



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## **RAPPORT DE CERTIFICATION V2010**

# **CENTRE HOSPITALIER JEAN MARTIN CHARCOT**

30 avenue marc laurent Bp 20 - 78375 - Plaisir

MARS 2012

# SOMMAIRE

<b>PREAMBULE</b>	<b>4</b>
1. Les objectifs de la certification des établissements de santé	5
2. Les niveaux de certification	6
<b>1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>8</b>
<b>2. DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	<b>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>18</b>
1. Le positionnement de l'établissement sur l'ensemble des thématiques	21
2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires	23
3. Regard Patient	25
<b>4. SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	<b>25</b>

<b>5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES</b>	<b>31</b>
<b>CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	<b>33</b>
PARTIE 1. Management stratégique	34
PARTIE 2. Management des ressources	59
PARTIE 3. Management de la qualité et de la sécurité des soins	100
<b>CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT</b>	<b>127</b>
PARTIE 1. Droits et place des patients	128
PARTIE 2. Gestion des données du patient	153
PARTIE 3. Parcours du patient	160
PARTIE 4. Prises en charge spécifiques	208
PARTIE 5. Evaluation des pratiques professionnelles	222
<b>6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	<b>229</b>
<b>7. 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 de Santé) et est rendu public. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés par les établissements de santé et leur Agence Régionale de Santé définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et comportent des engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui font

## 2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

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

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

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

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

# 1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

# CENTRE HOSPITALIER JEAN MARTIN CHARCOT

**Adresse :** 30 avenue marc laurent Bp 20 Plaisir  
78375 YVELINES

**Statut :** Public

**Type d'établissement :** CHS / EPSM

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Santé mentale	146	180	0

Nombre de sites.:	18
Activités principales.:	Psychiatrie : - psychiatrie générale ; - psychiatrie infanto-juvénile ; - psychiatrie pénitentiaire.
Activités de soins soumises à autorisation.:	Le CH Jean-Martin-Charcot dispose des autorisations réglementaires en cours de renouvellement pour l'hospitalisation à temps plein et les hôpitaux de jour.
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	/

## Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	<p>L'établissement a formalisé de nombreux partenariats sous la forme GCS et de conventions sur le territoire du sud des Yvelines avec notamment l'hôpital gériatrique et médico-social de Plaisir, l'Institut Marcel-Rivière, l'hôpital Mignot à Versailles et la clinique d'Yvelines à Rambouillet - prise en charge en psychiatrie de liaison par le secteur 78 G 12, au pôle des handicapés adultes de l'hôpital gériatrique et médico-social (HGMS) de Plaisir-Grignon (mise à disposition d'un praticien hospitalier qualifié en psychiatrie à mi-temps), convention de décembre 1996.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adhésion de l'établissement au groupement d'intérêt public (GIP) « Réseau de promotion pour la santé mentale dans les Yvelines Sud » (RPSM 78) ayant adopté une convention constitutive avec le « Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier » (GMSIH).</li> <li>- Convention générale de coopération avec l'Institut Marcel-Rivière de La Verrière pour la prise en charge des adolescents jeunes adultes dans le sud des Yvelines (secteurs 78 G 16, 78 G 14 et 78 G 11 pour l'unité « Equipe rapide d'intervention de crise »), convention de décembre 2003.</li> <li>- Participation du secteur 78 G 16 à l'activité des urgences et de la psychiatrie de liaison au CH de Rambouillet, convention de mai 2005.</li> <li>- Conventions du secteur 78 G 16 avec les EHPAD du secteur.</li> </ul>
--	--

## Réorganisation de l'offre de soins

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Convention avec le SIH de l'hôpital gériatrique de Plaisir-Grignon.</li><li>- Le blanchissage : activité assurée par la blanchisserie interhospitalière (BIH).</li><li>- Le laboratoire : activité assurée par le laboratoire du CHI de Poissy - Saint-Germain-en-Laye.</li></ul>
Regroupement/Fusion.:	/
Arrêt et fermeture d'activité.:	Fermeture du laboratoire en 2008.
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	L'établissement a créé les activités suivantes après autorisation de l'ARS : <ul style="list-style-type: none"><li>- une unité mobile d'intervention pour les personnes ayant des troubles du développement : UMI - TED ;</li><li>- un CSAPA : transformation du CSST en CSAPA généraliste.</li></ul>

## 2.DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## 1.Niveau de certification

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

## Décisions

### RESERVE(S)

10.b Santé mentale (Respect de la dignité et de l'intimité du patient) ;10.e Santé mentale (Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté) .

### RECOMMANDATION(S)

1.b (Engagement dans le développement durable) .

14.a Santé mentale (Gestion du dossier du patient) .

## 2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport en partie 7. Elles n'ont pas été validées par l'Agence Régionale de Santé. L'ARS n'a en effet pas retourné la fiche interface ES/HAS à la Haute Autorité de Santé.

L'établissement fait l'objet sur plusieurs de ses bâtiments d'avis défavorables à l'exploitation des locaux, émis par la commission communale de sécurité incendie.

### 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.

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

La visite de certification s'est déroulée du 03/10/2011 au 07/10/2011.

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

##### **MANAGEMENT STRATÉGIQUE**

1.b, 1.c, 1.f, 2.e

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

4.b, 5.c, 6.c, 6.d, 6.f, 7.b, 7.c, 7.d

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

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

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

10.b Santé mentale, 10.c Santé mentale, 10.e Santé mentale, 11.b Santé mentale, 12.a Santé mentale, 13.a Santé mentale

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

14.a Santé mentale, 14.b Santé mentale, 15.a Santé mentale

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

17.a Santé mentale, 17.b, 18.a Santé mentale, 19.a Patients porteurs de maladie chronique, 19.a Enfants et adolescents, 19.a Personnes détenues, 19.a Personnes atteintes d'un handicap, 19.a Personnes démunies, 19.a Personnes âgées, 19.b Santé mentale, 19.c Santé mentale, 19.d, 20.a Santé mentale, 20.a bis Santé mentale, 23.a Santé mentale, 24.a Santé mentale

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

28.a, 28.b, 28.c

## 5.Suivi de la décision

L'établissement devra produire un rapport de suivi dans un délai de 12 mois sur l'ensemble de ses réserves. L'établissement a la possibilité de lever tout ou partie de ses recommandations par le biais de ce rapport de suivi. S'il ne souhaite pas ou n'a pas la possibilité de lever les recommandations dont il fait l'objet, il devra fournir dans le même délai à la Haute Autorité de Santé un plan d'actions avec échéancier.

## 3.PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS

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

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

### Ensemble des thématiques du manuel

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

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

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

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

### Pratiques exigibles prioritaires

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

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

Ces pratiques exigibles prioritaires concernent les critères suivants :

- Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles (1.f)
- Gestion des fonctions logistiques au domicile (6.g)
- Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins (8.a)
- Gestion des évènements indésirables (8.f)
- Système de gestion des plaintes et des réclamations (9.a)
- Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté (10.e)
- Prise en charge de la douleur (12.a)
- Gestion du dossier du patient (14.a)
- Accès du patient à son dossier (14.b)
- Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge (15.a)
- Prise en charge somatique des patients (17.b)
- Continuité et coordination de la prise en charge des patients (18.a)
- Management de la prise en charge médicamenteuse du patient (20.a)
- Prise en charge médicamenteuse du patient (20.a bis)
- Prise en charge des urgences et des soins non programmés (25.a)
- Organisation du bloc opératoire (26.a)
- Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur (26.b)

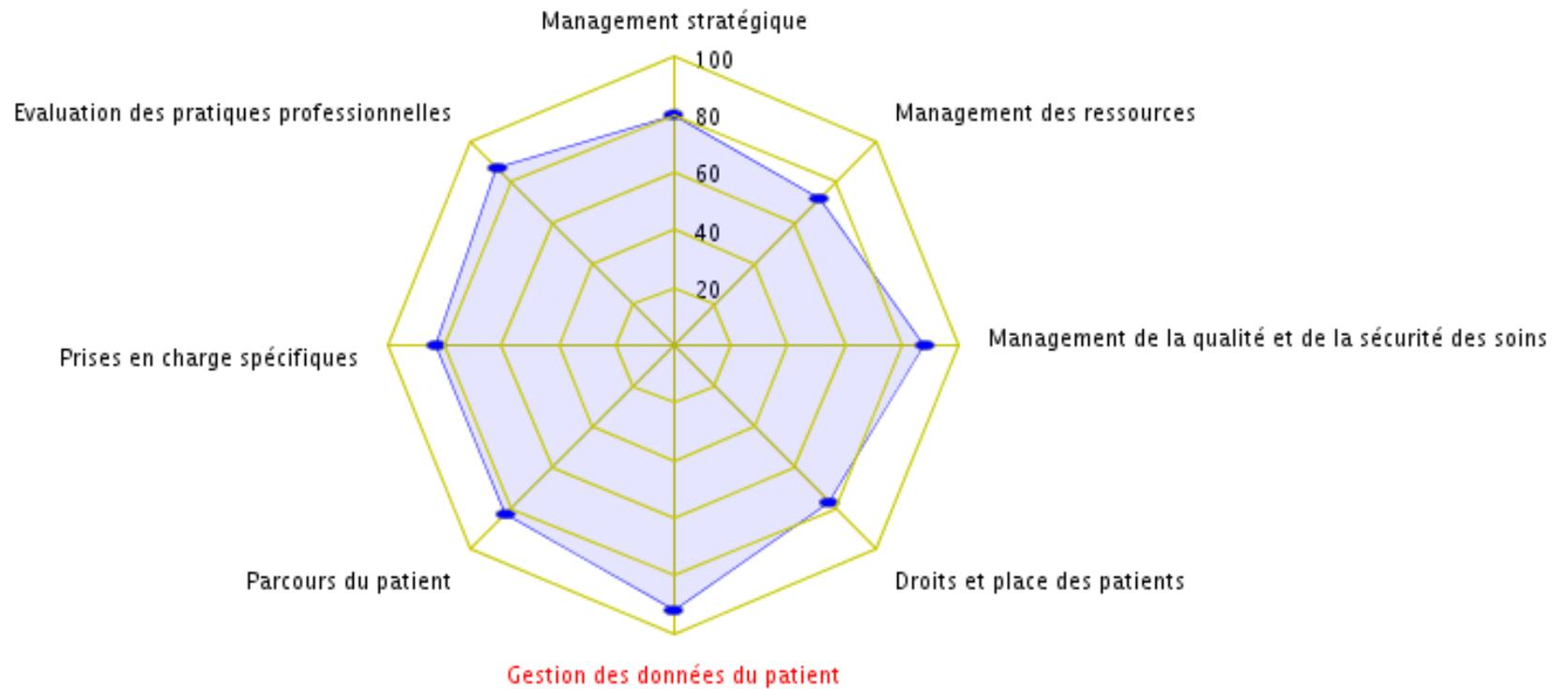
Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement.

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

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

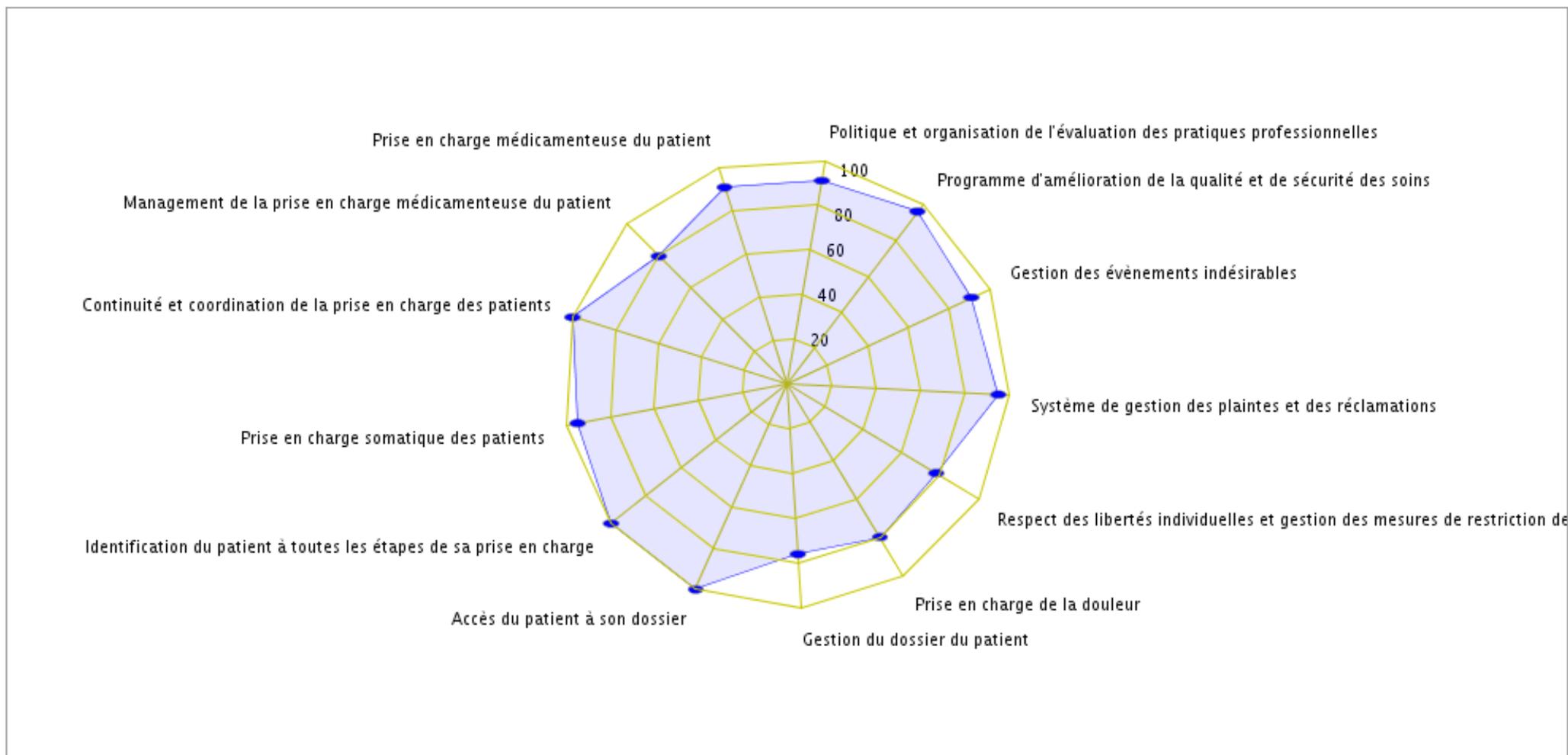
- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (10a),
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b),
- Respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c),
- Accueil et accompagnement de l'entourage (10d),
- Information du patient sur son état de santé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

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

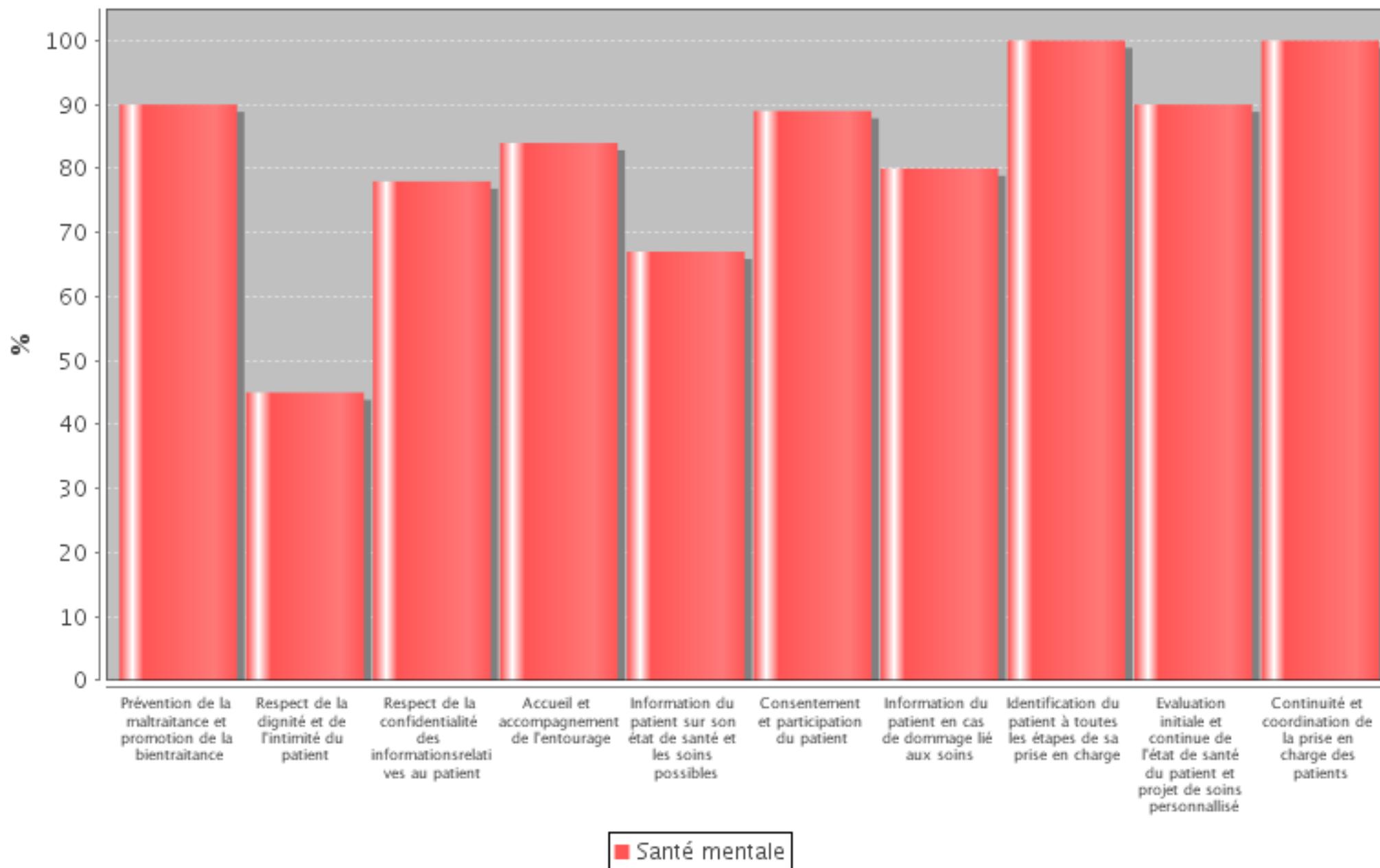


Les libellés des points fort (> 90%) sont en rouge.

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



### 3. Regard patient



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

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
36 a Les conditions de prescription, de validation, de dispensation et d'administration des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont maîtrisées afin de réduire le risque iatrogène évitable.	Type 1	Oui	L'accès au logiciel de prescription est opérationnel pour l'ensemble des prescripteurs, des professionnels qui participent à l'administration des traitements et des pharmaciens. Un système d'alerte sur les associations déconseillées est en place et une aide à la prescription est proposée grâce à une base thériaque opérationnelle. L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée de la prescription à la traçabilité de l'administration des traitements. Les règles de droit d'accès et les domaines d'utilisation sont définis dans le manuel d'utilisation du logiciel de prescription informatisé. Les objectifs d'améliorer et de sécuriser le circuit du médicament, des produits et prestations et de garantir leur bon usage sont mis en œuvre dans le cadre d'audits annuels. Les résultats des audits sont présentés en COMEDIMS et au COVIRIS. Le suivi d'indicateurs en lien avec le système de gestion des risques du centre hospitalier se met progressivement en place. Un logiciel de déclaration des évènements indésirables est en place depuis 2009. Cependant, face au constat d'une sous déclaration des erreurs médicamenteuses, une démarche d'EPP a été initiée par la pharmacienne responsable et une cadre supérieur de santé. L'objectif d'améliorer le repérage des erreurs dans le circuit du médicament a d'abord conduit à une analyse du nombre de déclarations intervenant durant les mois de juillet, août et septembre 2011. 0 déclaration en 2010, 15 en 2011. De nouvelles étapes sont prévues.
15 c Une organisation permettant de répondre à une alerte sanitaire	Type 1	Oui	La procédure relative à la réception d'une alerte relative aux vigilances sanitaires a été formalisée et diffusée en novembre 2010. Elle précise l'organisation interne

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
concernant les produits de santé est en place.			permettant de répondre 24h/24 à une alerte sanitaire concernant la pharmaco et la matériovigilance. Elle s'appuie sur la réglementation en cours. Elle est accessible sur l'intranet. Le fax permettant de réceptionner les alertes se situe au standard. Les standardistes, les cadres de santé de garde et les directeurs de garde sont formés à la gestion des alertes sanitaires.
29 d La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient.	Type 1	En cours	La traçabilité de l'information bénéfique / risque a été réfléchié dans le cadre du groupe DPA. La mise en place de cette traçabilité a fait l'objet de réflexions menées en collège médical, réunion du groupe dossier patient, sous-commission qualité et sécurité des soins. Cette thématique n'a pas encore été évaluée. La mise en place du dossier patient informatisé, envisagée à partir de 2012, facilitera cette traçabilité qui n'a été retrouvée que dans 3 des 6 dossiers consultés.
43 b Les volontés et les convictions du défunt sont respectées.	Type 1	Oui	La procédure relative au décès du patient décrit les modalités de prise en charge de la personne décédée dans l'établissement. Elle s'applique à tous les services de soins infra-hospitaliers. Elle concerne les médecins, les équipes soignantes, l'administrateur de garde, le service des admissions, la direction des achats, de la logistique, des finances et de l'activité et le standard. Elle intègre la recherche des intentions et les volontés du patient et/ou de la famille.
02 c Une réflexion éthique autour de la prise en charge du patient est conduite.	Type 1	En cours	Un groupe de réflexion éthique a été créé. Il a défini un programme de sensibilisation/formation des professionnels. Ce programme devrait être enrichi des remarques faites dans le cadre de la visite de certification notamment concernant la mise en pyjama, la fermeture des unités et les modalités d'utilisation des téléphones

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
			portables.
<p>19 a La sécurité des bâtiments, des installations et des équipements fait l'objet d'un suivi.</p> <p>19 b La prévention du risque incendie est organisée et les professionnels bénéficient d'une formation programmée et régulièrement actualisée.</p>	Type 1	En cours	Concernant les aspects de la sécurité des bâtiments, les professionnels concernés par cette gestion ont tous été regroupés sous une même direction fonctionnelle. Un organigramme a été réactualisé en 2010, précisant les responsabilités de chaque professionnel. Une GMAO est en cours de déploiement. Les entreprises prestataires sont toutes identifiées et le suivi des recommandations est organisé.

Libellé de la décision V2/V2007	APPRECIATION DE L'ARS	
	Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
19 b La prévention du risque incendie est organisée et les professionnels bénéficient d'une formation programmée et régulièrement actualisée.	En cours	Certaines unités font l'objet d'avis défavorables de la commission de sécurité. Un important retard ayant été pris dans la reconstruction des unités d'hospitalisation (bâtiment dit des 139 lits) des mesures transitoires ont été mises en œuvre. Il s'agit notamment d'un plan de formation des professionnels à la sécurité incendie (formation théorique et formation à l'évacuation). Ce plan est pluriannuel. La formation est obligatoire pour les professionnels qui y travaillent. Par ailleurs une société de surveillance est missionnée par le directeur pour assurer la surveillance des 3 centrales de détection. Un agent de sécurité est ainsi placé devant chaque centrale toutes les nuits. Des escaliers extérieurs visant à favoriser l'évacuation des bâtiments vont être installés fin 2011 conformément aux recommandations de la CSSI. Un ensemble de procédures a été formalisé afin de permettre la transmission des informations et des consignes à chaque professionnel de l'établissement.

## 5.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

# CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

# PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

Les orientations stratégiques sont élaborées, en concertation avec les parties prenantes en interne et en externe.

Oui

La stratégie de l'établissement prend en compte les besoins de la population définis dans les schémas de planification sanitaire et, le cas échéant, le projet médical de territoire.

Oui

Les valeurs et les missions de l'établissement sont déclinées dans les orientations stratégiques.

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

Les différentes politiques (ressources humaines, système d'information, qualité et sécurité des soins, etc.) sont déclinées, en cohérence avec les orientations stratégiques.

Oui

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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

Cotation

C

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Partiellement

Un audit de gestion des ressources au regard de la réglementation a été réalisé en juillet 2009. Un bilan énergétique a été fait, mais l'absence de relevé de consommation d'énergie par bâtiment n'a pas permis d'y intégrer le chauffage. Un diagnostic global n'est pas réalisé.

Un volet développement durable est intégré dans les orientations stratégiques.

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

En grande partie

Le projet d'établissement intègre des orientations en matière de développement durable et préconise de confier ce volet au groupe de pilotage de la politique hôtelière, chargé de proposer des indicateurs et d'assurer le suivi des actions d'amélioration. La déclinaison de ces orientations ne fait pas l'objet d'une programmation pluriannuelle

Le personnel est sensibilisé au développement durable et informé des objectifs de l'établissement.	Partiellement	Le groupe de pilotage est également chargé de la communication et de la sensibilisation du personnel dans ce domaine. Des actions ponctuelles de sensibilisation sont conduites en accompagnement des évolutions mises en œuvre telles que le tri des déchets. Des résistances aux changements sont relevées par les responsables de projet. L'établissement n'a pas défini de stratégie d'information et de sensibilisation des professionnels dans ce domaine.
L'établissement communique ses objectifs de développement durable aux acteurs sociaux, culturels et économiques locaux.	Partiellement	Des actions d'information ponctuelles sont faites en fonction des projets conduits, l'établissement n'a pas organisé la communication auprès des acteurs externes et partenaires.
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	Les actions conduites sont évaluées ponctuellement. Cette évaluation n'est pas formalisée, elle n'est pas intégrée à un programme pluriannuel.

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

### Critère 1.c Démarche éthique

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Partiellement

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

En grande partie

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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

**Cotation**

B

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

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

Partiellement

**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 œuvre dans chaque secteur d'activité, en lien avec la CRU.	Partiellement	
---	---------------	--

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

Cotation		
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	

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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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



**Cotation**

A

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

La stratégie de développement de l'EPP est inscrite dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et intégrée au projet d'établissement. Une politique et des objectifs sont définis. Les moyens de sa mise en œuvre sont en place. Une sous-commission EPP est chargée du pilotage et de la mise en œuvre. Un médecin responsable EPP est en lien avec le médecin responsable qualité, la responsable qualité et le gestionnaire de risques. L'articulation formation médicale continue - EPP est organisée. Les choix de thèmes sont faits en sous-commission EPP et les indicateurs qualité sont intégrés. L'accompagnement méthodologique est assuré ainsi que la communication relative aux EPP.

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

Oui

Le dispositif mis en place prévoit la concertation entre professionnels du soin et gestionnaires. Le comité de pilotage qualité et gestion des risques est l'instance de pilotage, de concertation et de coordination. Il est coprésidé par le directeur et le président de CME. Le directeur et le directeur des soins sont membres de la sous-commission spécialisée de la CME Qualité et sécurité des soins, et le

	Oui	directeur des soins est membre de droit de la sous-commission FMC/EPP. Des points d'étape des EPP sont faits à chaque comité de pilotage.
Les missions et les responsabilités sont définies pour organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médico-technique.	Oui	Les missions et les responsabilités relatives à l'organisation et au suivi des démarches sont définies et formalisées dans une annexe du projet qualité et gestion des risques. Elles sont précisées pour chacun des acteurs et chacune des instances concernées.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en œuvre de l'EPP.	Oui	Un accompagnement adapté aux besoins des professionnels est réalisé. Des personnes ressources identifiées au sein du service qualité assurent l'accompagnement méthodologique et des formations à l'utilisation des outils qualité. La qualicienne assiste le responsable médical qualité, le référent médical FMC/EPP et les référents des groupes EPP. L'établissement dispose d'un centre de documentation avec une documentaliste qui assiste les professionnels dans la constitution de bibliographies et l'accès à des bases documentaires. Un organisme agréé, choisi par la communauté médicale et validé par la direction, accompagne le développement de la démarche EPP.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	En grande partie	L'organisation mise en place identifie les référents chargés de la coordination des actions et du suivi. Des points d'étape sont faits lors des instances : sous-commission EPP CME, COPIL qualité gestion des risques, CSIRMT. Les comptes-rendus des réunions et les documents utiles (programme EPP, fiches projets et tableau de bord des EPP) sont accessibles sur l'intranet. L'évaluation de l'impact des démarches EPP est proportionnelle au niveau d'avancement des démarches.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	Oui	Des points d'étape sont faits dans les instances concernées. Le volet Qualité et gestion des risques du projet d'établissement ainsi que la politique de l'EPP ont été présentés et diffusés. Ils sont accessibles sur intranet. Le

	Oui	journal interne de l'établissement et la lettre qualité ("L'Acturiques" et "Qualité de Charcot") contribuent également à l'information des professionnels. Les résultats des audits et le suivi d'indicateurs qualité sont communiqués aux professionnels.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	Une présentation régulière des démarches EPP est faite en CME et commissions ad hoc par les responsables identifiés : responsable médical qualité, référent médical EPP/FMC. Une information régulière est faite en directoire et comité de direction. La commission des soins infirmiers de rééducation et médicotехniques ainsi que la commission des relations avec les usagers sont également informées des projets et de leur suivi.
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	En grande partie	Les points d'étape réguliers en sous-commission EPP et en comité de pilotage qualité-gestion des risques permettent d'apporter les ajustements nécessaires en lien avec les objectifs définis, les actions mises en œuvre et les moyens utilisés. Toutefois, la périodicité de révision de la stratégie de développement de l'EPP en fonction des résultats obtenus n'est pas organisée de façon structurée et régulière.

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

## Cotation

A

### E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

### E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

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

### Critère 2.a

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

<b>Cotation</b>		
<b>B</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les organigrammes de l'établissement et des différents secteurs d'activité sont définis.	En grande partie	
Les circuits de décision et de délégation sont définis.	En grande partie	
<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.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

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

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

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

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

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

### Critère 2.c Fonctionnement des instances

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

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

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

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

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

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

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



<b>Cotation</b>		
	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les tableaux de bord comprennent des indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés à la conduite du projet d'établissement.	En grande partie	
L'établissement a défini une stratégie de communication des résultats des indicateurs, des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les tableaux de bord sont examinés au sein des instances, réunions de direction de l'établissement et des secteurs d'activité.	En grande partie	
Les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés, et rendus publics par l'établissement de santé.	Oui	

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

## PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

### Référence 3: La gestion des ressources humaines

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	Oui	
Les compétences spécifiques pour les activités à risque ou innovantes sont identifiées.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des dispositions sont mises en oeuvre afin d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient, dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents.	Oui	

L'évaluation périodique du personnel est mise en œuvre.	Oui	
Un plan de formation est mis en œuvre.	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.	En grande partie	
Le dispositif de gestion des compétences est réajusté en fonction de l'atteinte des objectifs des secteurs et de l'évolution des activités, notamment en cas d'innovation diagnostique et thérapeutique.	Partiellement	

## Référence 3: La gestion des ressources humaines

### Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants

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

## Référence 3: La gestion des ressources humaines

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

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

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

Des actions d'amélioration des conditions de travail sont mises en œuvre.	En grande partie	
<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.	Oui	
Ces évaluations donnent lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	

### Référence 3: La gestion des ressources humaines

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

**Cotation**

B

#### **E1 Prévoir**

#### **Réponses aux EA**

#### **Constats**

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

Oui

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

Partiellement

#### **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.	Partiellement	
La satisfaction du personnel est évaluée.	Partiellement	

## Référence 4: La gestion des ressources financières

### Critère 4.a Gestion budgétaire

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

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

## Référence 4: La gestion des ressources financières

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

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

## Référence 5: Le système d'information

### Critère 5.a Système d'information

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

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

## Référence 5: Le système d'information

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

**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

**E3 Evaluer et améliorer**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Partiellement

## Référence 5: Le système d'information

### Critère 5.c Gestion documentaire

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Un dispositif de gestion documentaire est en place.

En grande partie

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Le dispositif est connu des professionnels.

Oui

Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent.

Oui

Le système de mise à jour des documents est opérationnel.

En grande partie

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

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

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

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

Le niveau de sécurité des biens et des personnes est évalué, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	En grande partie	
---	------------------	--

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

### Critère 6.b Gestion des infrastructures et des équipements (hors dispositifs médicaux)

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

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

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

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

### Critère 6.c Qualité de la restauration

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

<b>Cotation</b>		<b>B</b>	
<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.	En grande partie		
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.	En grande partie		
Des solutions de restauration sont proposées aux accompagnants.	Partiellement		

<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 œuvre.	En grande partie	

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

### Critère 6.d Gestion du linge

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

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

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

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

### Critère 6.e Fonction transport des patients

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

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

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

### Critère 6.f Achats écoresponsables et approvisionnements

<b>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 relation avec les fournisseurs prend en compte les principes applicables à un achat éco-responsable.	Partiellement	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les secteurs d'activité utilisateurs sont approvisionnés à périodicité définie et en cas d'urgence.	Oui	
L'établissement initie une démarche d'achat éco-responsable pour certains produits ou services.	En grande partie	

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

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

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



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

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

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

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

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

### Critère 7.a Gestion de l'eau

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

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

En grande partie

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

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

En grande partie

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

Oui

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

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

### Critère 7.b Gestion de l'air

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

NA

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

Partiellement

Des dispositions sont prévues en cas de travaux.

En grande partie

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

En grande partie

La traçabilité des différentes interventions est assurée.	En grande partie	
<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 œuvre.	Partiellement	

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

### Critère 7.c Gestion de l'énergie

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

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un diagnostic énergétique est réalisé.	En grande partie	Un diagnostic énergétique a été fait, mais l'absence de relevé de consommation d'énergie par bâtiment n'a pas permis d'y intégrer le chauffage.
Une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie est définie.	Partiellement	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un plan de maintenance des installations est mis en oeuvre.	En grande partie	
Un programme d'actions hiérarchisées de maîtrise de l'énergie est mis en oeuvre.	Partiellement	

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

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

### Critère 7.d Hygiène des locaux

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

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

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

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

### Critère 7.e Gestion des déchets

<b>Cotation</b>	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.	Oui	
La politique en matière de déchets est définie en concertation avec les instances concernées.	Oui	
Les procédures de gestion des déchets sont établies.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le tri des déchets est réalisé.	En grande partie	

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

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

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

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est formalisé.	Oui	<p>Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins a été formalisé. C'est la sous-commission qualité et sécurité des soins en place qui est chargée de son suivi. Les champs de compétence de la sous-commission sont les domaines relevant de la qualité et de la sécurité des soins, et notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire des produits de santé ;</li> <li>• prévention du risque infectieux associé aux soins, y compris le risque VIH/infections sexuellement transmissibles ;</li> <li>• définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et organisation de la lutte contre les affections iatrogènes ;</li> <li>• prise en charge de la douleur ;</li> <li>• qualité de la prise en charge nutritionnelle et de l'ensemble de la prestation alimentation ;</li> <li>• lutte contre le tabagisme et les autres addictions ;</li> <li>• dispositif de recueil formalisé de l'information clinique.</li> </ul> <p>Les groupes de travail pour couvrir l'ensemble des champs</p>

	Oui	<p>de compétence de la sous-commission qualité et sécurité des soins sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) qui gère un sous-groupe de travail (comité de l'eau) ainsi que l'ensemble des problématiques liées à l'antibiothérapie ;</li> <li>• commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) ;</li> <li>• comité SIDA-infections sexuellement transmissibles (comité SIDA-IST) ;</li> <li>• comité de prévention des addictions (CPA) ;</li> <li>• groupe « Dossier du patient » (DPA) ;</li> <li>• comité de lutte contre la douleur (CLUD) ;</li> <li>• groupe alimentation nutrition (GAN) qui assure de manière adaptée à la taille et aux besoins de l'établissement les missions d'un comité de liaison alimentation nutrition (CLAN).</li> </ul>
Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements, ainsi que les risques majeurs et récurrents.	Oui	<p>Les avis de la commission de sécurité, concernant le risque incendie, ont été pris en compte et des mesures préventives mises en œuvre, dans l'attente de l'ouverture des nouveaux bâtiments. Les risques de fugue et de violence, identifiés comme risques majeurs, sont également pris en compte en associant les professionnels. Par ailleurs, la sous-commission avait inclus dans son règlement intérieur la possibilité de création ou d'intégration de nouveaux groupes ; c'est ainsi qu'en 2009 le groupe « dossier du patient - DPA » a intégré la sous-commission. De la même manière, en fin d'année 2010, à la demande de la direction des soins, le comité de pilotage « Promotion de la santé, éducation pour la santé, éducation thérapeutique » (CEST) créé en juin 2010, a présenté son projet puis a demandé et obtenu son intégration à la sous-commission qualité et sécurité des soins.</p>
Les activités, réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins, sont prises en compte.	NA	/

Le programme est soumis aux instances.	Oui	Le programme qualité et sécurité des soins est présenté en CME. Les documents (ordre du jour, compte-rendu...) pour les réunions de la sous-commission qualité et sécurité des soins sont transmis par courrier et par mail. Les travaux de la sous-commission ont été présentés à plusieurs reprises en collège médical et en CME. Ils ont été évoqués en CA, à la CRUQPC, à la CSIRMT et au CHSCT. Les membres de la sous-commission siègent dans de nombreuses instances et groupes de travail de l'établissement.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Des plans d'action à l'initiative de la commission sont en place et concernent notamment les protocoles et procédures, la participation à l'évaluation des pratiques professionnelles, la réalisation d'enquêtes et d'audits, le suivi d'indicateurs, la mise en place de travaux intergroupes, la formation des professionnels, la communication, des actions de sensibilisation des usagers.
<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.	Oui	Le suivi des plans d'action est assuré par les différents comités et groupe de travail. À titre d'exemple pour le CLIN, un tableau d'indicateurs d'activité et de résultats dans la lutte contre le risque infectieux est en place.
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	En grande partie	Un rapport d'activité annuel de la sous-commission qualité et sécurité des soins est réalisé. Ce rapport est présenté en CME. Il permet de suivre l'efficacité du programme en fonction des objectifs attendus par domaine de risque. Le suivi des actions est réalisé à partir de plusieurs tableaux de bord identifiant les étapes mises en œuvre et celles à poursuivre ou à réaliser. Le rapport d'activité regroupe les bilans des différentes sous-commissions (CLIN, COMEDMS, comité d'éducation à la santé, CLUD, CLAN). Ce rapport d'activité n'est pas aujourd'hui présenté aux autres instances du CH et notamment à la CSIRMT et au CHSCT.

<p>Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.</p>	<p>Oui</p>	<p>Chaque année, en fonction du bilan d'activité, un réajustement du programme est réalisé sur la base duquel portera le rapport d'activité suivant. Pour l'année 2012, il est prévu de poursuivre le travail sur l'iatrogénie, le déploiement des outils d'évaluation de la douleur et la formation des professionnels, le développement de l'éducation thérapeutique, le plan de maîtrise sanitaire dans les nouveaux offices, la gestion du linge. Ces éléments seront travaillés dans la perspective du déménagement dans les nouvelles unités de soins.</p>
---	------------	--

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

**Critère 8.b**

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

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

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

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

<b>Cotation</b>	A	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une veille réglementaire est organisée par un responsable identifié.	Oui	
La direction établit un plan de priorisation des actions à réaliser suite aux contrôles internes et externes. Ce plan prend en compte la parution de nouvelles exigences réglementaires.	Oui	
<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.	Oui	
<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 de la sécurité des soins

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

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement évalue les risques dans les secteurs d'activité.	Oui	
Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie.	Partiellement	La cartographie des risques est en cours de réalisation. Sa construction va s'appuyer sur les évaluations menées dans les secteurs d'activité, les analyses a posteriori, le document unique relatif aux risques professionnels.
<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.	En grande partie	
Les professionnels concernés sont formés à l'analyse des risques a priori.	En grande partie	

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

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

Critère 8.e  
Gestion de crise

<b>Cotation</b>	B	
<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.	En grande partie	

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

Critère 8.f  
Gestion des évènements indésirables



<b>Cotation</b>	A	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une organisation est en place afin d'assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.	Oui	Le signalement des événements indésirables est en place depuis 2001 dans l'établissement. Après une phase de paramétrage du logiciel et de test fin 2008, ce dispositif a été informatisé début 2009 dans l'ensemble de l'établissement. Parallèlement, deux procédures ont été élaborées : "Circuit des événements indésirables" et "Traitement informatisé des événements indésirables". À réception d'un événement indésirable, le gestionnaire des risques transfère la déclaration vers un responsable d'action pour le traitement. Une analyse mensuelle de ces événements indésirables est assurée par le comité de coordination des vigilances et des risques (COVIRIS) créé en 2008, dont les coprésidents sont le directeur de l'établissement et le responsable médical qualité. Suite à ces analyses, des actions d'amélioration sont proposées et centralisées dans un tableau de bord qui est suivi trimestriellement par le COVIRIS. Parallèlement, les professionnels peuvent signaler un événement indésirable (grave, exceptionnel...) par le biais d'un rapport au directeur. Selon le type de l'événement indésirable, il peut être

	Oui	rediscuté dans d'autres instances (par exemple en réunion de direction) et faire l'objet de COVIRIS spécial.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.	Oui	En amont du déploiement du logiciel, des formations à l'utilisation du support de signalement (logiciel) ont été dispensées en avril 2009 à l'ensemble de l'encadrement qui a eu pour mission de faire le lien dans les services. Une information a été également relayée dans des réunions existantes (par exemple en réunion de cadres de santé). Chaque responsable d'action a été spécifiquement formé à l'utilisation du logiciel pour le traitement des événements indésirables ; la procédure relative au traitement des événements indésirables leur est remise. Lorsqu'un nouveau responsable d'action ou un nouvel arrivant est identifié, le gestionnaire des risques se charge de le former à l'utilisation du logiciel. Parallèlement, il existe une procédure qui décrit les modalités d'utilisation du rapport au directeur.
Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	En grande partie	Le gestionnaire des risques et la responsable qualité sont formés à la méthodologie d'analyse des causes et la hiérarchisation des risques. Ils interviennent mensuellement en COVIRIS où ces aspects sont traités. Une formation des responsables d'action est intégrée au plan d'action qualité et gestion des risques 2011. Ces formations seront assurées par le gestionnaire des risques.
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée, en associant les acteurs concernés.	Oui	L'analyse de ces événements indésirables est réalisée en COVIRIS. Lorsque l'événement indésirable est grave, une analyse des causes profondes est réalisée grâce à la mobilisation d'un COVIRIS spécial (membres du COVIRIS en réunion plénière ou restreinte et professionnels concernés invités). L'établissement mène actuellement une réflexion sur le signalement des événements indésirables graves associés aux soins (en utilisant notamment un support de signalement proposé par la direction territoriale 78 de l'ARS

	Oui	Ile-de-France).
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions correctives sont mises en œuvre suite aux analyses.	Oui	Suite à l'analyse des événements indésirables, des actions d'amélioration sont proposées et centralisées dans un tableau de bord qui est suivi trimestriellement par le COVIRIS. Par ailleurs, d'autres actions d'amélioration peuvent être identifiées par le COVIRIS suite à d'autres problématiques évoquées en séance (hors signalement d'un événement indésirable). 12 COVIRIS ont été tenus en 2010 et 9 en 2011.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	Oui	Le COVIRIS engage l'analyse spécifique des causes profondes des événements indésirables récurrents et inscrit dans son tableau de bord les actions d'amélioration, qu'elles soient à l'échelle d'un service ou de l'établissement. Ces actions d'amélioration sont traitées par les acteurs concernés (instances, responsables d'action, directions) et suivies par le COVIRIS.
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	En grande partie	Le recours à la fiche de recueil des événements indésirables est en augmentation chez tous les professionnels. Les réunions mensuelles du COVIRIS permettent de vérifier indirectement l'efficacité des actions mises en œuvre par la diminution ou l'absence de déclarations d'événements indésirables dans des domaines précédemment traités. Le suivi trimestriel du tableau de bord permet de vérifier la mise en œuvre des actions d'amélioration proposées. Cette analyse est un moyen de vérifier l'efficacité des actions menées. De plus, le bilan annuel des événements indésirables permet de mettre en évidence l'efficacité des actions correctives menées à travers la réduction des déclarations.

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

### Critère 8.g Maîtrise du risque infectieux



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

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

Critère 8.h  
Bon usage des antibiotiques



<b>Cotation</b>	A	
<b>Indicateur ICATB du tableau de bord des infections nosocomiales</b>	<b>Classe associée à la valeur du score ICATB</b>	<b>Constats</b>
Score à disposition de l'établissement au moment de la visite.	A	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	
La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heure est inscrite dans le dossier du patient.	Oui	

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

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

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

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

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

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

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

<b>Cotation</b>	NA	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le dispositif d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle est en place.	NA	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les procédures, relatives à la maîtrise du processus transfusionnel, sont mises en oeuvre.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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 de la sécurité des soins

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

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

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

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

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



<b>Cotation</b>	A	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La gestion des plaintes et des réclamations est organisée (CRU en place, procédure formalisée, responsabilités définies).	Oui	Une organisation est en place pour le recueil des plaintes et des réclamations. Toutes sont collectées et enregistrées à la direction et suivies de réponse. La CRU est en place et informée. Les différentes responsabilités sont définies (présidence, médiateurs, représentants d'usagers, etc.). Les usagers sont informés par le livret d'accueil et des dépliants mis à disposition et diffusés.
Le système de gestion des plaintes et des réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.	En grande partie	Le dispositif permettant d'échanger des informations sur les plaintes et les réclamations vers le système de déclaration des événements indésirables est coordonné par la présidence de la CRU. Toutefois, ce dispositif ne repose pas sur une procédure de signalement formalisée, mais plutôt sur des échanges au sein de la sous-commission de la CME et du COVIRIS qui associent les responsables qualité et gestion des risques.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	Les plaintes orales sont entendues et traitées directement au sein des services ou auprès des membres de la CRU. Les personnes interpellées dans les unités et la CRU ont envisagé de chercher une méthode pour pouvoir mieux évaluer et répondre à ces demandes qui ne suivent pas un circuit officiel. Les plaintes qui arrivent à l'administration font l'objet d'une diffusion aux services concernés avec lesquels ils sont traités.
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en œuvre.	Oui	Le plaignant est informé par courrier de la réception de sa plainte et de la suite qui lui est donnée (soit orientation vers le service concerné avec proposition de rencontre ou explications, soit autre solution selon le type de réclamation), et les actions correctives sont entreprises, si nécessaire.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et des réclamations, incluant le suivi du délai de réponse au plaignant, contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.	Oui	L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et des réclamations est réalisée, d'autant que leur nombre reste faible. La CRU informée sur tous les cas est attentive à appuyer l'élaboration d'un programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Elle fait des propositions dans ce sens qui sont inscrites dans le rapport annuel. La rencontre des représentants des usagers a permis de confirmer leur connaissance de la vie institutionnelle et leur participation.

**Référence 9: La gestion des plaintes et l'évaluation de la satisfaction des usagers****Critère 9.b  
Evaluation de la satisfaction des usagers**

<b>Cotation</b>	<b>B</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 œuvre au niveau des secteurs d'activité, et font l'objet d'un suivi.	Partiellement	
La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est revue à partir des résultats de l'évaluation.	En grande partie	

## CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

# PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS

## Référence 10: La bientraitance et les droits

### Critère 10.a - Santé mentale Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance

Cotation		
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.).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'expression des patients et de leurs proches est favorisée.	Oui	

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

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

C

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

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

Oui

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

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

Partiellement

Les équipes soignantes prennent en compte les contraintes architecturales dans l'organisation des soins. Des actions de sensibilisation et de formation du personnel sont menées. Le respect de la dignité et de l'intimité des patients est recherché malgré des locaux inadaptés. Toutefois, les patients rencontrés sont en pyjama tant dans les services que dans le parc. Si cela fait l'objet d'une prescription au départ de la prise en charge, il n'a pas été retrouvé lors de la visite de réévaluation de cette prescription pour les patients présents.

<p>Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>La vétusté des locaux et le nombre de chambres à plusieurs lits ne permettent pas de garantir pleinement le respect de l'intimité du patient. Si les aménagements ou les mobiliers sont peu évidents à implanter du fait de chambres à deux lits plutôt petites, des travaux sont ponctuellement mis en œuvre afin de préserver la dignité des personnes hospitalisées. Ceci dans l'attente de la finalisation du projet architectural pour l'hospitalisation à temps plein. Le déménagement vers les nouveaux locaux attendu depuis plusieurs années est envisagé pour 2012.</p>
<p><b>E3 Evaluer et améliorer</b></p>	<p><b>Réponses aux EA</b></p>	<p><b>Constats</b></p>
<p>L'évaluation du respect de la dignité et de l'intimité des patients donne lieu à des actions d'amélioration.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'évaluation du respect de la dignité et de l'intimité des patients n'est pas structurée. Des actions d'amélioration ponctuelles sont conduites dans le cadre contraint de locaux devenus inadaptés.</p>

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

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

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

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

B

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

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

En grande partie

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

NA

Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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

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

Oui

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

Oui

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

Critère 10.e - Santé mentale

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



Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement.	Oui	Le projet d'établissement intègre dans le projet médical et le projet de soins la promotion du respect des libertés individuelles.
Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.	En grande partie	Les projets de prise en charge des patients font l'objet d'une concertation pluriprofessionnelle lors de réunions cliniques. La prévention des risques liés aux soins est intégrée à la réflexion. Le risque d'atteinte à la liberté individuelle du patient est identifié et les conditions visant à sa préservation recherchées. Cette réflexion est rarement formalisée sauf dans le cadre des soins sans consentement. Dans ce cas, la traçabilité est toujours assurée.
Les projets médicaux ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier celle d'aller et venir (isolement et contention, mais aussi limitation des contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.).	Oui	Des protocoles d'isolement et de contention sont élaborés et utilisés. Des chartes et un règlement intérieur d'unités de soins existent. Les situations de soin et d'organisation de la prise en charge, ayant un impact sur les libertés individuelles, sont identifiées : telles que les modalités de fermeture des portes des services, la limitation des visites, le retrait du téléphone portable et des effets personnels et le

	Oui	port du pyjama.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles.	Oui	Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles. La préparation de la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 a aussi permis de procéder à une information dans ce domaine.
La mise en œuvre du respect des libertés individuelles est organisée.	En grande partie	Il existe des protocoles institutionnels de mise en chambre d'isolement et d'utilisation de la contention. Pour les autres situations mettant en jeu les libertés individuelles dans l'organisation de la prise en charge et le fonctionnement des services, ce n'est pas mis en œuvre de manière harmonisée sur l'établissement.
La réflexion bénéfice-risque et la recherche du consentement du patient ou de son entourage concernant les restrictions de liberté font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante intégrée dans le projet de soins personnalisé.	Oui	Les réunions cliniques permettent la réflexion en équipe pluriprofessionnelle sur les situations de soins entraînant des restrictions de liberté. Un compte-rendu de la réunion est tracé dans le dossier de soins du patient. La concertation a lieu avec l'entourage du patient en cas de besoin.
Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.	Partiellement	Les restrictions de liberté comme la mise en isolement et la contention font l'objet d'une prescription médicale écrite dans le dossier du patient, réévaluée à périodicité définie, soit en réunion clinique, soit en concertation médecin - équipe soignante. En revanche, les restrictions de liberté liées au fonctionnement et à l'organisation du service (fermeture des portes, mise en pyjama) ne font pas l'objet de prescriptions écrites individualisées et ne sont pas mises en œuvre de manière harmonisée dans l'ensemble des unités.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

<p>Le respect des bonnes pratiques en matière de préservation des libertés individuelles et de restriction de liberté est évalué à périodicité définie, en lien avec les instances et structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRU, CME, CSIRMT, etc.).</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'établissement a identifié les instances et les structures concernées par la préservation des libertés individuelles et par le respect des bonnes pratiques en matière de restriction de liberté. Un groupe éthique est en place. Des évaluations ont été conduites sur les pratiques d'isolement et de contention. Toutefois, le dispositif d'évaluation n'est pas structuré.</p>
<p>Des actions d'amélioration, portant sur la préservation des libertés individuelles et sur la gestion des mesures de restriction de liberté, sont mises en place.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Des actions d'amélioration sont identifiées et mises en œuvre ponctuellement. Leur déploiement est organisé en lien avec des actions d'évaluation concertées et harmonisées sur l'établissement, notamment dans le cadre des EPP et de la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 concernant les soins sans consentement.</p>

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

### Critère 11.a - Santé mentale

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

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

L'accès à des ressources d'information diversifiées (support écrit, espace d'information, etc.) est facilité.	Partiellement	
<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.	Partiellement	

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

### Critère 11.b - Santé mentale Consentement et participation du patient

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

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

### Critère 11.c - Santé mentale

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

<b>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.	En grande partie	
<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	
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.	En grande partie	
--	------------------	--

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

Critère 12.a - Santé mentale  
Prise en charge de la douleur



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

Un comité de lutte contre la douleur (CLUD) a été créé en mars 2008. Il dispose d'un règlement intérieur. La liste des membres est sur le site intranet du centre hospitalier. La composition est multidisciplinaire et intersectorielle. Des référents douleur sont identifiés et disposent d'une fiche de poste. Deux enquêtes ont été réalisées (l'une portant sur la formation des soignants, l'autre sur les soins douloureux). Lors du CLUD de décembre 2010, il a été défini une organisation du déploiement des échelles d'évaluation, de leur traçabilité dans le dossier du patient et du rôle de chaque soignant dans la prise en charge de la douleur. Un article présentant le CLUD a été publié dans le journal de l'établissement.

Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonnes pratiques et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.

Oui

Des protocoles existent : protocole d'utilisation de la crème EMLA, guide d'utilisation des antalgiques, procédure d'utilisation du MEOPA dans les unités accueillant des enfants et des patients autistes. Ces protocoles ont été travaillés suite aux résultats de l'enquête concernant les soins douloureux.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Plusieurs formations ont été organisées pour les membres du CLUD : formations aux échelles d'évaluation et aux thérapeutiques médicamenteuses, formations assurées par l'Association nationale des soins somatiques en santé mentale : prise en charge de la douleur en psychiatrie. Une enquête a été réalisée auprès des soignants concernant les besoins en formation. Des membres du personnel médical et paramédical participent aux congrès concernant la douleur en santé mentale organisés par l'Association nationale des soins somatiques en santé mentale.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	La mise en place d'un comité "Promotion de la santé, éducation pour la santé, éducation thérapeutique" au sein de l'établissement a permis aux membres du CLUD de définir des modalités d'intervention auprès des patients afin de développer des actions de sensibilisation à l'éducation à la prise en charge de la douleur.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Partiellement	Un indicateur « Evaluation de l'échelle numérique de la douleur » a été mis en place dans le logiciel de prescription informatisée utilisé au sein des unités d'hospitalisation complète et partielle des adultes et des enfants. L'appropriation de cet outil n'est pas encore assurée par les professionnels au moment de la visite.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	En grande partie	Les outils d'évaluation de la douleur sont en cours de déploiement au sein des unités d'hospitalisation. Les médecins généralistes de l'établissement sont déjà interpellés pour la prise en charge de patients douloureux. Des prises en charge non médicamenteuses peuvent être organisées avec les professionnels paramédicaux (ergothérapeute, psychomotricien). Le recours à la balnéothérapie, aux massages et à la relaxation sont proposés en concertation avec les médecins.

Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non-communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Dans l'unité accueillant des patients atteints de troubles envahissants du développement, l'échelle des visages est utilisée dans l'attente d'une échelle validée pour patients autistes et schizophrènes (enquêtes nationales en cours auxquelles les professionnels du CH Charcot participent). Un guide de repérage d'expression de la douleur a été élaboré et mis à disposition des services concernés.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	En grande partie	La sous-commission de la CME "Qualité et sécurité des soins" a coordonné la demande du CLUD de se rendre dans les différentes unités. Le CLUD a adressé aux chefs de pôle un courrier demandant la possibilité pour les référents de participer aux réunions de pôle. Le CLUD a été présenté aux cadres de l'établissement. Une formation « Evaluation de la douleur en santé mentale » adressée à l'ensemble des professionnels de soins a été mise en place en lien avec la formation continue et le CLUD après avis de la CME.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	En grande partie	L'établissement a participé à des enquêtes et des audits depuis trois ans. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enquête « Identification des situations de soins douloureux » : concernant les soins réalisés dans les unités sont cités la contention puis les ponctions veineuses et les injections. Pour ces deux questions, des groupes de travail ont été mis en place. Le travail réalisé a permis l'écriture d'un protocole d'utilisation de l'EMLA pour les soins en relevant. Les soins réalisés en externe et repérés par les soignants comme étant douloureux sont les soins dentaires et les soins de pédicurie. Le CLUD a proposé des traitements médicamenteux permettant la prise en charge de ces patients avant ou après les soins. Concernant les soins de kinésithérapie, le CLUD propose de mener une réflexion sur le matériel nécessaire et sur des formations proposées au personnel concernant la mobilisation des patients handicapés ou douloureux.</li> <li>• Participation à l'enquête nationale de l'Institut UPSA « Evaluation de la douleur chez le patient schizophrène ».</li> </ul>

	En grande partie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participation à des travaux inter-CLUD régionaux et nationaux.</li> <li>• Participation à la deuxième réunion du Réseau régional francilien douleur et soins palliatifs en santé mentale. Ce réseau organise plusieurs enquêtes régionales auxquelles le CH de Plaisir participe.</li> <li>• Participation à l'enquête nationale de l'inter-CLUD Psy concernant l'organisation de la prise en charge de la douleur dans les établissements de santé mentale.</li> </ul>
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Les actions d'amélioration relatives à la prévention, la coordination et l'accompagnement des soins dentaires chez les patients psychotiques sont en place. Les enquêtes réalisées précédemment ont permis de réfléchir aux formations nécessaires ainsi qu'à des protocoles pour les autres soins.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	Les membres du CLUD participent à l'inter-CLUD d'Ile-de-France, aux congrès concernant la douleur en santé mentale organisés par l'Association nationale des soins somatiques en santé mentale en 2008, 2009 et 2010. L'établissement a adhéré à l'Association nationale des soins somatiques en santé mentale en 2010. Les médecins somaticiens et la cadre supérieure, vice-présidente du CLUD, sont inscrits à la plateforme SISIF de l'ARS Ile-de-France.

**Référence 13: La fin de vie****Critère 13.a - Santé mentale  
Prise en charge et droits des patients en fin de vie**

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une organisation, permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie, est en place.	NA	
Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	NA	
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.	NA	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	NA	

Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	NA	
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	NA	
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en œuvre.	NA	
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	NA	
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, commission de soins, etc.).	NA	
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	NA	

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	NA	
---	----	--

## PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

## Référence 14: Le dossier du patient

**Critère 14.a - Santé mentale**  
**Gestion du dossier du patient**



**Cotation**

C

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

Un groupe de travail pluridisciplinaire a été mis en place en 2004. Il a réalisé la formalisation et l'harmonisation du dossier du patient. Un guide d'utilisation, de tenue et de circulation du dossier a été rédigé et diffusé dans toutes les unités par intranet et en version papier. L'actualisation est effectuée quand c'est nécessaire par ce même groupe qui prépare également l'informatisation du dossier. Le dossier est adapté à la spécificité des différentes unités.

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

Oui

Les règles d'accès au dossier ont été définies dans le guide rédigé pour l'organisation des archives médicales et dans le guide d'utilisation du dossier du patient, tous deux consultables sur papier et sur intranet. Les modifications nécessaires sont du ressort du groupe de travail et diffusées ensuite dans les mêmes circuits. Tous les professionnels ont ainsi accès au dossier en tant que de besoin. Les structures extrahospitalières organisent l'accès au dossier selon les mêmes règles et l'articulation avec l'intrahospitalier se fait par l'utilisation de fiches de liaison et le transfert du dossier quand c'est nécessaire.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	Partiellement	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Tenue du dossier patient » et de sa valeur de 69 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [66 %– 73 %] pour la campagne de recueil 2010.
La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.	En grande partie	L'organisation actuelle du dossier et sa localisation dans chaque unité permettent sa communication à chaque professionnel impliqué dans la prise en charge, tant en intrahospitalier qu'en extrahospitalier où l'ensemble du dossier est structuré de la même façon. Les échanges entre les unités se font, pour l'intrahospitalier, par mise à disposition de l'intégralité du dossier lorsque le patient change d'unité ; pour les liaisons intra/extrahospitalières, le passage des informations seules ou du dossier complet se fait par fiches de liaison ou transfert du dossier, selon les besoins. Pour les correspondants externes, l'établissement a estimé nécessaire de recourir à une enquête dans le cadre d'une EPP pour évaluer les besoins et les améliorations à apporter. Le travail est en cours.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur « Tenue du dossier patient ». Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation : évaluation du dossier par des audits (2005, 2007, ciblé 2010), expérimentation des indicateurs COMPAQH (2010). Une évaluation de la traçabilité des prescriptions diététiques est réalisée depuis 2010.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Suite aux premiers audits, plusieurs améliorations ont été mises en œuvre : nouvelles maquettes de dossier et guide d'utilisation, suite à l'expérimentation COMPAQH, prise en compte de la mention sur les addictions et de l'IMC, ainsi que le suivi des indicateurs. Des actions de sensibilisation ont aussi été menées auprès de tous ceux qui interviennent dans la constitution et l'écriture du dossier. L'informatisation est en préparation à partir du travail effectué.

## Référence 14: Le dossier du patient

**Critère 14.b - Santé mentale**  
**Accès du patient à son dossier**



<b>Cotation</b>	A	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'accès du patient à son dossier est organisé.	Oui	Une procédure de demande d'accès aux informations de santé contenues dans le dossier du patient a été rédigée pour informer l'ensemble du personnel sur la conduite à tenir. Elle précise les personnes habilitées à accéder au dossier et les modalités d'accès.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.	Oui	Le livret d'accueil délivre également cette information pour tous les patients. Elle peut être relayée par le personnel dans les unités où la charte de la personne hospitalisée est aussi affichée.
L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	Oui	Une personne référente a été désignée au bureau des admissions où un tableau de bord de suivi est installé. Des indicateurs sont en place pour le respect des délais définis par la réglementation.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	Les évaluations réalisées sur les années 2009 et 2010 ont permis d'améliorer la traçabilité des délais de transmission du dossier.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.	Oui	La CRU est informée de l'ensemble des demandes ainsi que des actions d'amélioration mises en œuvre, tous éléments rapportés dans le rapport d'activité.

## Référence 15: l'identification du patient

**Critère 15.a - Santé mentale**  
**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 procédure d'identitovigilance a été rédigée par la cellule d'identitovigilance associant le bureau des admissions, le service informatique et le DIM. Le recueil des informations d'identité est défini et les responsables identifiés (personnel infirmier en intrahospitalier, secrétaire médicale dans les unités extérieures). La cellule d'identitovigilance assure la vérification des informations recueillies, leur validité et leur actualisation. Elle est aussi chargée de la formation/information des personnes responsables du recueil des données, du suivi, de la mise à jour et de la diffusion des guides utilisateurs.

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Des formations spécifiques ont été proposées dans les plans de formation antérieurs et dans le plan de formation en cours. Les formations ont impliqué tout le personnel administratif concerné par l'accueil du patient et les professionnels du soin : formations aux outils informatiques et à leur évolution, formations aux évolutions de la législation, à la surveillance et à la prévention des erreurs

	Oui	d'identification.
Le personnel de l'accueil administratif met en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	L'organisation et les outils mis en place permettent un suivi pratiquement quotidien et la détection rapide d'une erreur d'identification. Les formations organisées et les échanges réguliers au sein de la cellule d'identitovigilance et de ses membres avec les unités où sont recueillies les informations permettent de connaître le taux d'erreurs et d'y remédier.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	Oui	L'organisation du dossier, le circuit du médicament et la prescription médicamenteuse informatisée impliquent les vérifications d'identité avant tout acte diagnostique ou thérapeutique, comme cela a pu être vérifié en cours de visite lors de l'administration des traitements.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit), et les erreurs sont analysées et corrigées.	Oui	Plusieurs outils permettent d'assurer la fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge : le suivi régulier du nombre de doublons, le recueil des événements indésirables et l'audit des bases de données qui a été réalisé en vue de la mise en place du dossier informatisé.

## PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

**Référence 16: l'accueil du patient****Critère 16.a - Santé mentale  
Dispositif d'accueil du patient**

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

Le personnel est formé à l'accueil et à l'écoute du patient.	En grande partie	
Le délai prévisible de prise en charge est annoncé.	En grande partie	
<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 œuvre en lien avec la CRU.	Partiellement	

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

### Critère 17.a - Santé mentale

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé, et prend en compte l'ensemble de ses besoins.	Oui	
L'organisation des prises en charge, en fonction des objectifs de soins, permet aux patients hospitalisés sans consentement et aux détenus l'accès aux activités thérapeutiques.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	En grande partie	Pour les patients adultes, une évaluation psychiatrique est réalisée sans délai dès la demande de soins ou dans le cas de soins sans consentement. En psychiatrie infanto-juvénile, au vu des délais de prise en charge par un pédopsychiatre (entre 6 et 8 mois), une évaluation est proposée par un personnel paramédical au cours du premier mois, sans qu'une continuité de cette démarche soit assurée, sauf en cas d'urgence.

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	
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'évaluation sont conduites pour s'assurer de la traçabilité des informations.	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en place en fonction des résultats des évaluations.	En grande partie	

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

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



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

Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un projet de prise en charge somatique est formalisé.	Oui	Le projet d'établissement dispose d'un volet relatif à la prise en charge somatique des patients suivis en intra comme en extrahospitalier. L'évaluation des besoins repose sur un examen clinique d'entrée concerté entre les médecins psychiatres et les deux médecins somaticiens à temps partiel de l'hôpital Charcot. La mise en œuvre de l'examen somatique dans les 24 heures selon les attendus de la loi du 5 juillet 2011 est en place. L'examen somatique est réalisé selon les recommandations.
Le recours aux avis spécialisés est organisé et formalisé.	Oui	En cas de besoin, le recours aux spécialistes est organisé pour tous les publics accueillis. C'est par exemple le cas pour les soins dentaires, les problèmes endocriniens et les examens de radiologie. La coordination des soins est réalisée par les médecins somaticiens avec les praticiens libéraux et des hôpitaux généraux de proximité grâce à des conventions. L'organisation de certains soins (pédicurie, kinésithérapie), la prévention et le suivi odontologique, la collaboration avec les médecins traitants sont des actions développées complémentaires par les médecins généralistes et les psychiatres.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation initiale du patient comprend un volet somatique.	Oui	Dès l'admission du patient, un bilan biologique est réalisé ainsi qu'un ECG. Ces éléments avec la recherche des antécédents somatiques sont pris en compte dans l'évaluation initiale du patient qui, outre l'évaluation psychiatrique, contient un volet somatique. Ceci constitue un premier filtre. Si besoin est, l'avis du médecin somaticien est requis. La plupart des patients accueillis n'ayant pas de médecins traitants, les besoins de prise en charge pour des soins somatiques sont aujourd'hui très importants.
Un suivi somatique du patient est organisé tout au long de la prise en charge.	Oui	Le suivi somatique est organisé tout au long de la prise en charge tant en intra qu'en extrahospitalier par les psychiatres et grâce à l'implication des deux médecins généralistes. Une fiche de suivi somatique est présente dans les dossiers. Pour chaque patient, un suivi du poids est mis en œuvre pour le calcul de l'IMC à l'admission et dès le huitième jour. Dans le cas de la prescription d'une antibiothérapie, une évaluation de la prescription entre la 48e et la 72e heure est réalisée. La coordination de la prise en charge somatique peut à la demande du psychiatre être réalisée par le médecin somaticien.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'organisation de la prise en charge somatique est évaluée, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	En grande partie	Suite à des EPP relatives à la prise en charge somatique, des actions d'amélioration ont été conduites. Il s'agit notamment de la mise en place des staffs trimestriels animés par les médecins somaticiens mobilisant largement les psychiatres (hyponatrémie, oedème des membres inférieurs, migraines et céphalées). Suite à la loi du 5 juillet 2011, il n'y a pas encore eu d'évaluation de la mise en œuvre de l'examen somatique, rendu obligatoire dans le cadre des soins sans consentement. La nécessité de renforcer le nombre de somaticiens est apparue ces dernières années, au bénéfice d'un public souvent peu suivi dans ce domaine. Toutefois, le nombre de somaticiens dans l'établissement n'a pas évolué depuis la mise en place de la RTT médicale.

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

**Critère 18.a - Santé mentale**  
**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 d'astreintes sont définis, afin d'assurer la permanence des soins 24 h/24.

Oui

Une organisation est en place pour assurer la permanence des soins 24 h/24. Elle a été validée par les instances. Des tableaux diffusés dans l'ensemble des unités prévoient les gardes et les astreintes pour tous les professionnels chargés des soins, de l'administration et de l'entretien. Une prévision est aussi envisagée pour des astreintes infirmières supplémentaires. Une liste de disponibilité pour des heures supplémentaires est également prévue.

Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes associées aux différents modes de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, temps plein) et avec les partenaires extérieurs.

Oui

Plusieurs mécanismes de coordination sont en place pour assurer le relais entre toutes les équipes intervenant dans la prise en charge. En intrahospitalier, des moments de transmission entre équipes sont prévus dans les emplois du temps. Des réunions pluridisciplinaires régulières articulent les prises en charge et peuvent associer des professionnels de structures extérieures. Le lien intra-, extrahospitalier se fait par des réunions, des dossiers communs ou des fiches de liaison, tout ceci articulé selon les projets de service et les projets de soins personnalisés. Avec les partenaires extérieurs, de nombreux liens ont été développés au sein du Réseau de promotion pour la santé mentale dans les

	Oui	Yvelines Sud. Par ailleurs, des contacts se prennent avec de nombreuses institutions lorsque le projet de soins implique une réorientation du patient.
Des modalités de transmission d'informations entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.	Oui	L'établissement dispose de plusieurs outils pour favoriser les transmissions d'informations, certains organisationnels, type circuit du dossier avec guide et protocoles ; d'autres matériels comme l'informatisation, les réunions régulières, les colloques organisés et la participation active à des réseaux.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les secteurs d'activité collaborent pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	Oui	Les secteurs d'activité collaborent pour la prise en charge multidisciplinaire du patient en mutualisant les moyens quand c'est nécessaire : partage de personnel spécialisé, circulation du dossier dans son ensemble pour accompagner le patient, etc. Le projet d'établissement et les projets de service en décrivent les modalités.
Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur, lorsque l'état du patient le nécessite.	Oui	L'établissement a développé un large éventail de conventions et de partenariats avec les réseaux et les établissements voisins pour, d'une part réfléchir à l'organisation générale des soins et à la participation de chacun, (Réseau de promotion pour la santé mentale dans les Yvelines Sud), et d'autre part pour élargir les possibilités de prise en charge des patients : consultations médicales spécialisées, traitement en urgence, etc.
Un ou des professionnels référents sont désignés pour la prise en charge du patient.	Oui	Chaque unité organise les prises en charge selon ses spécificités et ses objectifs, mais les projets de soins pour les patients définissent les personnes qui vont intervenir auprès du patient et en rendre compte lors de réunions de service.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

La continuité et la coordination de la prise en charge sont évaluées, notamment au regard des événements indésirables, et des actions d'amélioration sont menées.	Oui	L'organisation mise en place au niveau qualité (commissions, signalement des événements indésirables, EPP, etc.) permet l'évaluation de la continuité et de la coordination de la prise en charge et les ajustements nécessaires.
---	-----	---

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - Enfants et adolescents

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

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - Personnes âgées

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

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - Personnes démunies

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

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - Personnes détenues

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

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

**Critère 19.b - Santé mentale**  
**Troubles de l'état nutritionnel**



Cotation		
B		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les patients, ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique, sont identifiés.	Oui	
L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge, en lien avec le CLAN ou son équivalent.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.	En grande partie	
Les éléments, permettant le dépistage des troubles nutritionnels, sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.	Partiellement	Compte tenu de la classe de l'indicateur "Dépistage des troubles nutritionnels" et de sa valeur de 64 % avec un intervalle de confiance à 95 % de [53 % - 74 %] pour la campagne de recueil 2010.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur "Dépistage des troubles nutritionnels". Il n'a pas mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Partiellement	

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.c - Santé mentale Risque suicidaire

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

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

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	En grande partie	
Tout suicide ou tentative de suicide, intervenant dans le temps de la prise en charge, fait l'objet d'une analyse pluriprofessionnelle, en particulier psychiatrique, et formalisée.	Oui	Tout passage à l'acte autoagressif fait l'objet d'un débriefing sous forme de staff pluridisciplinaire et d'un travail d'équipe selon la méthodologie de l'arbre des causes. Les comptes-rendus de ces réunions sont intégrés dans le dossier du patient.
Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient.	En grande partie	

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.d Hospitalisation sans consentement

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

Cotation	B	
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.	Oui	
Les procédures d'hospitalisation sans consentement sont définies.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Une sensibilisation et une formation des professionnels à ces modalités d'hospitalisation sont mises en place.	Oui	
Des procédures d'hospitalisation sans consentement sont mises en oeuvre.	Oui	

L'adhésion du patient à sa prise en charge est recherchée tout au long de son hospitalisation.	Partiellement	Dans le cadre de la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011, les dispositions réglementaires d'information et de notification du patient sur ces droits et ses recours sont organisées (avocat, juge des libertés et de la détention). Cette démarche repose sur l'équipe soignante qui, dès le début, cherche à donner sens à l'hospitalisation et à la prise en charge. Les dispositions pour permettre la rencontre du patient avec le juge des libertés sont assurées. Le recours à l'isolement et à la contention apparaît mesuré dans les unités et fait l'objet de protocoles. Toutefois, la mise en pyjama fréquente tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des unités de soins ne garantit pas le respect des libertés individuelles. La prévention des fugues ne peut justifier une mesure aussi générale.
<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 œuvre.	En grande partie	
La CRU est tenue informée de l'ensemble des dysfonctionnements survenus au cours de la totalité du processus d'hospitalisation sans consentement, jusqu'à la levée de la mesure et des visites de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).	En grande partie	La commission des relations avec les usagers est tenue informée des dysfonctionnements par le biais de la fiche d'évènement indésirable et par les rapports de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP). Les visites de la CDHP sont régulières, jouant son rôle d'écoute des patients et de régulateur que lui confère le Code de la santé publique. Toutefois, le recours à la mise en pyjama dans le cadre du processus d'hospitalisation sans consentement n'a pas fait à ce jour l'objet d'une information à la CRU.

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

**Critère 20.a - Santé mentale**  
**Management de la prise en charge médicamenteuse du patient**



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

La politique qualité de la prise en charge médicamenteuse est formalisée et déclinée en plans d'action dans le cadre du COMEDIMS. Le COMEDIMS est de composante pluriprofessionnelle. Les médecins, pharmaciens et infirmiers sont issus des différents services de psychiatrie générale et infanto-juvénile. Créé en 2001, le COMEDIMS a rejoint en 2008 la sous-commission de la CME chargée de la qualité et de la sécurité des soins.

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

Oui

La politique d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est intégrée dans la politique du système d'information de l'hôpital Charcot et de l'hôpital gériatrique (HGMS) voisin. Un comité de pilotage associe les directeurs des systèmes d'information, les médecins DIM, le président de la CME, un médecin chef de pôle, un pharmacien, le responsable informatique et le directeur technique de la société éditrice du logiciel déployé.

Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	L'accès au logiciel de prescription est opérationnel pour l'ensemble des prescripteurs, des professionnels qui participent à l'administration des traitements et des pharmaciens. Un système d'alerte sur les associations déconseillées est en place et une aide à la prescription est proposée grâce à une base Thériaque opérationnelle.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Partiellement	Des actions de sensibilisation aux erreurs médicamenteuses ont été réalisées sous l'égide du COMEDIMS et en lien avec le COVIRIS. Toutefois, chez les professionnels rencontrés, le risque d'erreur en lien avec la prise en charge médicamenteuse est minoré, voire nié du fait de la confiance mise dans le système en place.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée de la prescription à la traçabilité de l'administration des traitements. Les règles de droit d'accès et les domaines d'utilisation sont définis dans le manuel d'utilisation du logiciel de prescription informatisé.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Partiellement	Les objectifs d'améliorer et de sécuriser le circuit du médicament, des produits et prestations et de garantir leur bon usage sont mis en oeuvre dans le cadre d'audits annuels. Les résultats des audits sont présentés en COMEDIMS et au COVIRIS. Le suivi d'indicateurs en lien avec le système de gestion des risques du CH se met progressivement en place.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Un logiciel de déclaration des événements indésirables est en place depuis 2009. Cependant, face au constat d'une sous-déclaration des erreurs médicamenteuses, une démarche d'EPP a été initiée par la pharmacienne responsable et une cadre supérieure de santé. L'objectif d'améliorer le repérage des erreurs dans le circuit du médicament a d'abord conduit à une analyse du nombre de déclarations intervenant durant les mois de juillet, août et septembre 2011. Si aucune déclaration n'avait été signalée

	Oui	en 2010, 15 l'ont été depuis le début de l'année 2011, démontrant ainsi le travail de sensibilisation mené. Des actions d'amélioration ont été mises en place suite aux analyses, notamment sur la traçabilité des injections retard. De nouvelles étapes sont prévues.
Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs avec rétro-information des professionnels.	Oui	Systématiquement, les fiches d'évènements indésirables sont traitées avec rétro-information aux déclarants. Ces évènements indésirables et les dysfonctionnements liés à la prise en charge médicamenteuse font l'objet d'une analyse en COVIRIS et au sein de la commission qualité et gestion des risques de la CME. Des mesures correctives peuvent être mises en œuvre. Suite aux audits et au constat d'un faible retour concernant les erreurs médicamenteuses, une EPP a été mise en route afin d'améliorer le recueil des incidents dans le cours du circuit du médicament.

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

**Critère 20.a bis - Santé mentale**  
**Prise en charge médicamenteuse du patient**



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.	Oui	L'accès au logiciel de prescription est opérationnel pour l'ensemble des prescripteurs. Les règles de droit d'accès et les domaines d'utilisation du logiciel sont définis dans le document "Règles d'utilisation du logiciel de prescription informatisée".
La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.	Oui	Dès l'arrivée du patient, le médecin prend en compte le traitement antérieur. Une ordonnance précise le traitement à poursuivre. La pharmacie organise alors l'approvisionnement. Lors de la sortie ou du transfert vers un autre établissement, la disponibilité du traitement dans la structure d'aval est évaluée. En cas de besoin, le patient sort avec la quantité suffisante pour une journée.
Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.	Oui	Les demandes des services sont préparées par un préparateur en pharmacie. Elles sont préparées suite à l'analyse et la validation pharmaceutique qui sont mises en œuvre. Les produits sont placés dans des containers scellés avant le départ pour l'acheminement vers les unités de soins. Les containers sont transportés vers les unités de soins par les chauffeurs du centre hospitalier. Dans le cas où

	Oui	la chaîne du froid doit être respectée, les containers peuvent être revêtus d'une étiquette portant la mention "renferme des produits à conserver au réfrigérateur". Les containers sont réceptionnés par le personnel infirmier contre émargement sur un cahier dédié. En cas d'urgence, les besoins en médicaments sont assurés dans le cadre du GCS.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	Les règles d'administration des traitements sont définies dans les bulletins d'information pharmaceutique dont les parutions sont trimestrielles et diffusées à l'ensemble des professionnels. Les informations sont issues d'une revue bibliographique réalisée par les pharmaciens ("Prescrire", Afssaps, HAS, Thériaque). La traçabilité de l'acte est mise en œuvre au moment de la prise du médicament qui est individualisée.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les règles de prescription sont mises en œuvre.	Oui	Compte tenu de la valeur du critère "rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation" de l'indicateur "Tenue du dossier" (93 %) pour la campagne de recueil 2010.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	En grande partie	L'analyse pharmaceutique de toutes les prescriptions a lieu lors de chaque validation pharmaceutique : des commentaires/opinions peuvent être émis. La délivrance nominative est effective pour les patients en hôpital de jour et certains médicaments à délivrance contrôlée (méthadone, antibiotique, rispéridone injectable, clozapine). Une automatisation de la préparation des doses est envisagée.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	/
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	L'information du patient sur la maladie et les traitements est engagée dès le début par les médecins et les infirmiers. Un comité d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique créé en 2010 développe actuellement des outils

	En grande partie	d'information à destination des patients et des soignants. L'ensemble des patients n'est pas encore tout à fait impacté par cette activité.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'administration des traitements est assurée sur le logiciel de prescription. En extrahospitalier, où la prescription n'est pas informatisée, les administrations des traitements sont tracées sur le support papier associé à la prescription.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Depuis 2009, le circuit du médicament fait l'objet d'un audit annuel. Des actions d'amélioration sont identifiées, prises en compte et suivies par la sous-commission qualité et sécurité des soins de la CME. En 2010, l'audit a porté sur la traçabilité de l'administration des traitements par les infirmiers. Le circuit du médicament fait l'objet d'un suivi dans le cadre des indicateurs IPAQSS.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Les actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre tant en psychiatrie générale qu'en psychiatrie infanto-juvénile. Des programmes d'EPP viennent soutenir les réflexions des équipes médico-soignantes sur la pertinence de certaines prescriptions (formalisation du cadre de prescription des antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent de moins de 16 ans déprimé, pertinence de la prescription des neuroleptiques chez le sujet de plus de 60 ans). Un guide sur le bon usage des anti-infectieux a été élaboré dans le cadre du CLIN et des protocoles d'utilisation de certains médicaments ont été élaborés dans le cadre du CLUD (à l'exemple du MEOPA).

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

### Critère 20.b - Santé mentale Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

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

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

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

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

### Critère 21.a - Santé mentale

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

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

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

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

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

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

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

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

### Critère 22.a - Santé mentale

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

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

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

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

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

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

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

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

### Critère 23.a - Santé mentale Education thérapeutique du patient

Cotation		
B		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'offre de programmes d'éducation thérapeutique, au sein de l'établissement et au sein du territoire de santé, est identifiée.	Oui	Un comité d'éducation à la santé et thérapeutique a été créé en 2010. Il assure le développement et la coordination d'actions centrées sur le développement de compétences d'autosoins pour les patients dont le diagnostic est déjà posé. Cette activité vise actuellement les patients stabilisés et leur entourage dans l'objectif de favoriser l'observance des traitements médicamenteux, des activités de soins ou des consultations (dont les suivis en psychothérapie). Les acteurs impliqués sont les professionnels de l'intra- et de l'extrahospitalier qui se coordonnent dans un souci de qualité, de proximité et d'efficacité.
Les maladies ou situations nécessitant l'élaboration d'une démarche structurée d'éducation thérapeutique du patient (ETP), intégrée à sa prise en charge, sont identifiées.	Oui	
Une coordination avec les professionnels extra-hospitaliers et les réseaux est organisée.	En grande partie	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
<p>Selon la nature des besoins et des attentes des patients, des programmes d'ETP autorisés sont proposés aux patients et mis en œuvre ; si l'établissement de santé ne met pas en œuvre de programme autorisé, il lui est demandé de proposer au patient une inscription dans un programme autorisé dans son environnement proche, en lui ayant présenté l'intérêt de l'ETP pour la gestion de sa maladie.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Des rencontres intersectorielles ont été organisées depuis la création du comité d'éducation à la santé et thérapeutique. Ces rencontres ont permis d'identifier des thématiques prioritaires devant être proposées dans le cadre des groupes de travail avec les patients (interaction cannabis et médicaments, connaissance de la maladie et des traitements). Un état des lieux des besoins a été établi, décliné en projets d'actions pluriannuelles 2011-2012.</p>
<p>L'établissement définit, dans son plan, une formation à l'ETP (sensibilisation des professionnels impliqués dans la prise en charge des maladies chroniques et acquisition de compétences pour ceux qui mettent en œuvre un programme d'ETP).</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'établissement a défini pour les professionnels impliqués dans les programmes d'éducation thérapeutique un cahier des charges de "la formation éducation thérapeutique". Elle est inscrite au plan de formation 2011-2012. Elle permettra d'acquérir des compétences pédagogiques pour améliorer l'efficacité des programmes. Pour les autres professionnels, le plan de formation 2010-2011 a proposé une journée de sensibilisation à l'éducation thérapeutique qui a mobilisé une vingtaine de participants.</p>
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
<p>L'évaluation des conditions d'accès et de mise en œuvre des programmes d'ETP (patients, professionnels de santé impliqués) donne lieu à des actions d'amélioration.</p>	<p>En grande partie</p>	

## Référence 24: La sortie du patient

**Critère 24.a - Santé mentale**  
**Sortie du patient**



### Cotation

B

#### 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 son état clinique.

Oui

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

Oui

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

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Partiellement	Compte tenu de la classe de l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » et de sa valeur de 49 % avec un intervalle de confiance à 95 % de [38 %- 60 %] pour la campagne de recueil 2010.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation ». Il n'a pas mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

## PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

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

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



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

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

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

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

### Critère 26.a Organisation du bloc opératoire



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

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

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

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

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



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

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

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

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



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

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

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

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



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

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

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

### Critère 26.c

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

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

<b>Cotation</b>	NA	
<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.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique, et sont formés, notamment en matière d'information des familles.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Dans les établissements autorisés, les bonnes pratiques de prélèvement sont mises en oeuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

Les activités relatives au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
---	----	---

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

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

## PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

## Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28.a

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



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

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

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

B

**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 œuvre d'actions d'amélioration.

Oui

Des guides de bon usage des soins sont mis à la disposition des professionnels.

En grande partie

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

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

## Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

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



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

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

## 6.INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## Les indicateurs généralisés actuellement recueillis

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

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

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

### Éléments de lecture du tableau

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

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

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

### Remarque :

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

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

## 7.BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE

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

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Circuit du médicament	Inspection Régionale de la Pharmacie	14/03/1997	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Anciennement N°FINESS 780000402) La pharmacie à usage intérieur a été transférée depuis le 1 <sup>er</sup> janvier 2006 à la pharmacie à usage intérieur du Syndicat Inter-Hospitalier de Plaisir (rétrocession).
Stérilisation des dispositifs médicaux		Aucun contrôle réalisé	<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		Aucun contrôle réalisé	<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		NC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infrastructures	Commission communale de sécurité de Saint Cyr l'Ecole	05/05/2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pavillon La Terrasse (N° FINESS : 780809430)
Infrastructures	Commission communale de sécurité de Saint Cyr l'Ecole	05/05/2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pavillon La Fontaine (N° FINESS : 780809430)
Infrastructures	Commission communale de sécurité de Saint Cyr l'Ecole	05/05/2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pavillon Les Saules (N° FINESS : 780809430)
Infrastructures	Commission communale de sécurité de Plaisir	04/03/2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bâtiment ATED Polyvalent (N° FINESS : 780000402)
Infrastructures	Commission communale de sécurité de Plaisir	10/11/2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pavillon Ivoire (N° FINESS : 780000402)
Infrastructures	Commission communale de sécurité de Plaisir	04/03/2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bâtiment ATED Hébergement (N° FINESS : 780000402)
Infrastructures	Commission communale de sécurité de Plaisir	04/03/2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bâtiment Gris (N° FINESS : 780000402)

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	
Infrastructures	Commission communale de sécurité de Plaisir	10/11/2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pavillon Jaune (N° FINESS : 780000402)
Infrastructures	Commission communale de sécurité de Plaisir	10/11/2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pavillon Vert (N° FINESS : 780000402)
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input checked="" type="checkbox"/>	Commission communale de sécurité de Saint Cyr l'Ecole	05/05/2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pavillon La Terrasse (N° FINESS : 780809430)
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 périodique <input type="checkbox"/>	Commission communale de sécurité de Saint Cy l'Ecole	05/05/2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pavillon La Fontaine (N° FINESS : 780809430)
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 périodique <input type="checkbox"/>	Commission communale de sécurité de Saint-Cyr l'Ecole	05/05/2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pavillon Les Saules (N° FINESS : 780809430)
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input checked="" type="checkbox"/>	Commission communale de sécurité de Plaisir	04/03/2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bâtiment ATED Polyvalent (N° FINESS : 780000402)
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 périodique <input type="checkbox"/>	Commission communale de sécurité de Plaisir	10/11/2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pavillon Ivoire (N° FINESS : 780000402)
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input type="checkbox"/>	Commission communale de	04/03/2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bâtiment ATED Hébergement (N° FINESS :

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	
- Catégorie 5 : absence de visite périodique <input checked="" type="checkbox"/>	sécurité de Plaisir									780000402)
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 périodique <input type="checkbox"/>	Commission communale de sécurité de Plaisir	04/03/2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bâtiment Gris (N° FINESS : 780000402)
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 périodique <input type="checkbox"/>	Commission communale de sécurité de Plaisir	10/11/2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pavillon Jaune (N° FINESS : 780000402)
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 périodique <input type="checkbox"/>	Commission communale de sécurité de Plaisir	10/11/2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pavillon Vert (N° FINESS : 780000402)
Sécurité électrique	Commission communale de sécurité de Saint Cyr l'Ecole	05/05/2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pavillon La Terrasse (N° FINESS : 780809430)
Sécurité électrique	Commission communale de sécurité de Saint Cyr l'Ecole	05/05/2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pavillon La Fontaine (N° FINESS : 780809430)
Sécurité électrique	Commission communale de sécurité de Saint Cyr l'Ecole	05/05/2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pavillon Les Saules (N° FINESS : 780809430)
Sécurité électrique	Commission communale de sécurité de Plaisir	04/03/2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bâtiment ATED Polyvalent (N° FINESS : 780000402)
Sécurité électrique	Commission communale de sécurité de Plaisir	10/11/2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pavillon Ivoire (N° FINESS : 780000402)





## SUIVI DES DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

### Concernant la stérilisation, la sécurité alimentaire et la sécurité incendie

Libellé de(s) décision(s) (avec indication des références et critères concernés)	Suivi réalisé par l'établissement Oui / Non / En cours	Commentaire synthétique de l'établissement
La HAS invite l'établissement à poursuivre sa démarche d'amélioration de la qualité sur le point suivant : - 19b : La prévention du risque incendie est organisée et les professionnels bénéficient d'une formation programmée et régulièrement actualisée	Oui	Un exercice incendie a été réalisé. Un autre exercice est planifié pour 2011.

#### COMMENTAIRES DE L'ÉTABLISSEMENT

Ci-dessous la liste des structures extra-hospitalières classées en catégorie 5 avec leur numéro finess :

780001384 - CMP - 14 RUE EUGENE HENAFF 78190 TRAPPES  
780001434 - SMPR - 5 RUE ALEXANDRE TURPAULT 78390 BOIS-D'ARCY  
780003158 - CSST - 5 RUE ALEXANDRE TURPAULT 78390 BOIS-D'ARCY  
780011789 - MAISON THERAPEUTIQUE - RUE MOLIERE 78000 VERSAILLES  
780018008 - CMP - PLACE PIERRE BEREGOVY 78114 MAGNY-LES-HAMEAUX  
780018149 - CMP - 26 RUE PASTEUR 78120 RAMBOUILLET  
780020558 - HJ - 18 RUE DUBUC 78120 RAMBOUILLET  
780809240 - CMP - 27 RUE COSTES ET BELLONTE 78220 VIROFLAY  
780809414 - CMP - 6 AVENUE DE LA DRIONNE 78170 LA CELLE-SAINT-CLOUD  
780809448 - CMP - 2 AVENUE DE SAINT GERMAIN 78370 PLAISIR  
780809455 - CMP - 2 PASSAGE ROCHE 78000 VERSAILLES  
780809463 - CMP - 4 RUE ARISTIDE BRIAND 78140 VELIZY-VILLACOUBLAY  
780809505 - CMP - 42 RUE DE PARIS 78550 HOUDAN  
780821757 - CMP - 55 RUE SADI CARNOT 78120 RAMBOUILLET  
780821773 - CMP - 2 SQUARE DU BAZOIS 78310 MAUREPAS  
780821781 - CMP - 9 ALLEE DU COMMERCE 78041 GUYANCOURT  
780823472 - HDJ - 6 RUE DU GANDOUGET 78990 ELANCOURT  
780823498 - JARDIN D'ENFANT THERAPEUTIQUE - 15 RUE BLAISE PASCAL 78390 BOIS-D'ARCY  
780823514 - CMP - 3 RUE MARCEAU 78210 SAINT-CYR-L'ECOLE  
780823522 - CMP - 3 RUE EMILE DUREUIL 78320 LA VERRIERE  
780824983 - HDJ - 2 PASSAGE ROCHE 78000 VERSAILLES