



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## **RAPPORT DE CERTIFICATION V2010**

# **CENTRE HOSPITALIER GEORGES MAZURELLE**

Rue d'Aubigny  
Hôpital Sud  
85026 LA ROCHE-SUR-YON

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	17
<b>3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS</b>	<b>19</b>
1. Le positionnement de l'établissement sur l'ensemble des thématiques	22
2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires	24
3. Regard Patient	26
<b>4. SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	<b>26</b>

<b>5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES</b>	<b>33</b>
<b>CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	<b>35</b>
PARTIE 1. Management stratégique	36
PARTIE 2. Management des ressources	61
PARTIE 3. Management de la qualité et de la sécurité des soins	102
<b>CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT</b>	<b>128</b>
PARTIE 1. Droits et place des patients	129
PARTIE 2. Gestion des données du patient	177
PARTIE 3. Parcours du patient	192
PARTIE 4. Prises en charge spécifiques	267
PARTIE 5. Evaluation des pratiques professionnelles	281
<b>6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	<b>288</b>
<b>7. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE</b>	<b>290</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 GEORGES MAZURELLE

**Adresse :** Rue d'Aubigny - Hôpital Sud  
85026 LA ROCHE-SUR-YON

**Statut :** Public

**Type d'établissement :** Centre Hospitalier

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Soins de longue durée	50	0	0
Santé mentale	342	307	0

Nombre de sites.:	- 1 site principal Santé mentale et USLD sur La Roche-sur-Yon - 29 structures extra hospitalières alternatives à l'hospitalisation (La Roche-sur-Yon et Vendée)
Activités principales.:	- Soins en santé mentale pour enfants, adolescents, adultes et personnes âgées - Hospitalisation complète, à temps partiel et soins ambulatoires
Activités de soins soumises à autorisation.:	- Activité de Psychiatrie - Activité de Soins de Longue Durée
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	/

## Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	<p>Avec le Centre Hospitalier MCO de La Roche-sur-Yon (CHD) conventions pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des vacations de praticiens au CHGM,</li> <li>- Analyses biologiques par le laboratoire du CHD et stérilisation,</li> <li>- Partenariat pour les interventions à la maison d'arrêt et dans le cadre de l'UCSA,</li> <li>- Psychiatrie de liaison et astreintes au CHD,</li> <li>- Participation au réseau départemental Hygiène,</li> <li>- Participation au réseau départemental Qualité,</li> <li>- Prises en charge des urgences psychiatriques sur le site du CHD</li> </ul> <p>Avec le CH des Sables d'Olonne, conventions pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge des urgences psychiatriques sur le site du CHCL,</li> <li>- Psychiatrie de liaison,</li> </ul> <p>Avec le CH de Challans et le CH de Fontenay, convention pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychiatrie de liaison infanto-juvénile</li> <li>- Accès à l'USLD du CHGM</li> </ul>
--	--

## Réorganisation de l'offre de soins

	<p>Avec le CHU de Nantes : antenne du centre de ressources pour la prise en charge des auteurs d'agression sexuelles (CRAVS) Avec le CHU d'Angers : partenariat dans le cadre du centre de ressources Autisme (CRERA) Autres coopérations et conventions pour les personnes âgées ou dans le domaine du handicap : structures médico-sociales (ARIA, Sauvegarde), Conseil général de la Vendée, CAF Vendée, Ville de La Roche-sur-Yon, Commissariat de Police et gendarmerie départementale, Inspection Académique, associations d'usagers.</p>
Regroupement/Fusion.:	/
Arrêt et fermeture d'activité.:	Prévu en 2012 : fermeture de structures alternatives à l'hospitalisation en pédopsychiatrie (CMP) et en psychiatrie générale (HDJ) avec redéploiement des capacités sur d'autres sites.
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	<p>2006 : Création d'une antenne d'urgence psychiatrique à l'hôpital MCO de La Roche-sur-Yon, 2007 : Création d'une Maison Départementale des Adolescents, 2009 : Création d'une antenne d'urgence psychiatrique à l'hôpital MCO des Sables d'Olonne, 2010 : Transformation de 40 lits de psychiatrie en 40 places de MAS, s'ajoutant à une précédente transformation de 60 lits en 60 places de MAS en 2005, 2011 : Transformation du CATTPI « Arc en ciel » en CMPI basé à la Maison de la santé proche du CHD de La Roche-sur-Yon.</p>

## 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 décide de surseoir à la certification de l'établissement.

### Décisions

#### RESERVE(S) MAJEURE(S)

15.a Santé mentale (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge) ;15.a Soins de longue durée (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge) .

#### RESERVE(S)

8.h (Bon usage des antibiotiques) .

20.a Santé mentale (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) ;20.a Soins de longue durée (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) ;20.b Santé mentale (Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé) ;20.b Soins de longue durée (Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé) .

22.b (Démarche qualité en service d'imagerie) .

#### RECOMMANDATION(S)

1.b (Engagement dans le développement durable) .

8.a (Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins) ;8.d (Evaluations des risques à priori) .

10.e Santé mentale (Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté) .

14.a Santé mentale (Gestion du dossier du patient) ;14.a Soins de longue durée (Gestion du dossier du patient) .

20.a bis Santé mentale (Prise en charge médicamenteuse du patient) ;20.a bis Soins de longue durée (Prise en charge médicamenteuse du patient) .

22.a Santé mentale (Demande d'examen et transmission des résultats) ;22.a Soins de longue durée (Demande d'examen et transmission des résultats) .

## 2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

- La sécurité incendie
- L'imagerie et exploration fonctionnelle

L'établissement fait l'objet d'un avis défavorable de la Commission départementale de sécurité et d'accessibilité en date du 20/01/11.

### 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 05/12/2011 au 09/12/2011.

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

##### **MANAGEMENT STRATÉGIQUE**

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

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

3.a, 3.d, 4.b, 5.b, 5.c, 6.b, 6.c, 6.e, 7.b

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

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

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

10.e Santé mentale, 10.e Soins de longue durée, 11.b Santé mentale, 11.c Santé mentale, 11.c Soins de longue durée, 12.a Santé mentale, 12.a Soins de longue durée, 13.a Soins de longue durée, 13.a Santé mentale

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

14.a Soins de longue durée, 14.a Santé mentale, 14.b Santé mentale, 14.b Soins de longue durée, 15.a Santé mentale, 15.a Soins de longue durée

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

16.a Soins de longue durée, 17.a Santé mentale, 17.a Soins de longue durée, 17.b, 18.a Santé mentale, 19.a Personnes détenues, 19.a Personnes démunies, 19.a Patients porteurs de maladie chronique, 19.a Personnes atteintes d'un handicap, 19.a Enfants et adolescents, 19.a Personnes âgées, 19.b Soins de longue durée, 19.b Santé mentale, 19.c Santé mentale, 19.c Soins de longue durée, 19.d, 20.a Soins de longue durée, 20.a Santé mentale, 20.a bis Santé mentale, 20.a bis Soins de longue durée, 20.b Santé mentale, 20.b Soins de longue durée, 22.a Santé mentale, 22.a Soins de longue durée, 22.b, 23.a Santé mentale, 23.a Soins de longue durée, 24.a Soins de longue durée, 24.a Santé mentale

##### **PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES**

27.a

## **EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

28.a, 28.b, 28.c

## 5.Suivi de la décision

L'établissement fera l'objet d'une visite de suivi dans un délai de 12 mois sur l'ensemble de ses réserves majeures et réserves. L'établissement a la possibilité de lever tout ou partie de ses recommandations par le biais de cette visite 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)
- Maîtrise du risque infectieux (8.g)
- 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)
- Prise en charge et droits des patients en fin de vie (13.a)
- Gestion du dossier du patient (14.a)
- Accès du patient à son dossier (14.b)
- Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge (15.a)
- Prise en charge somatique des patients (17.b)
- 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)

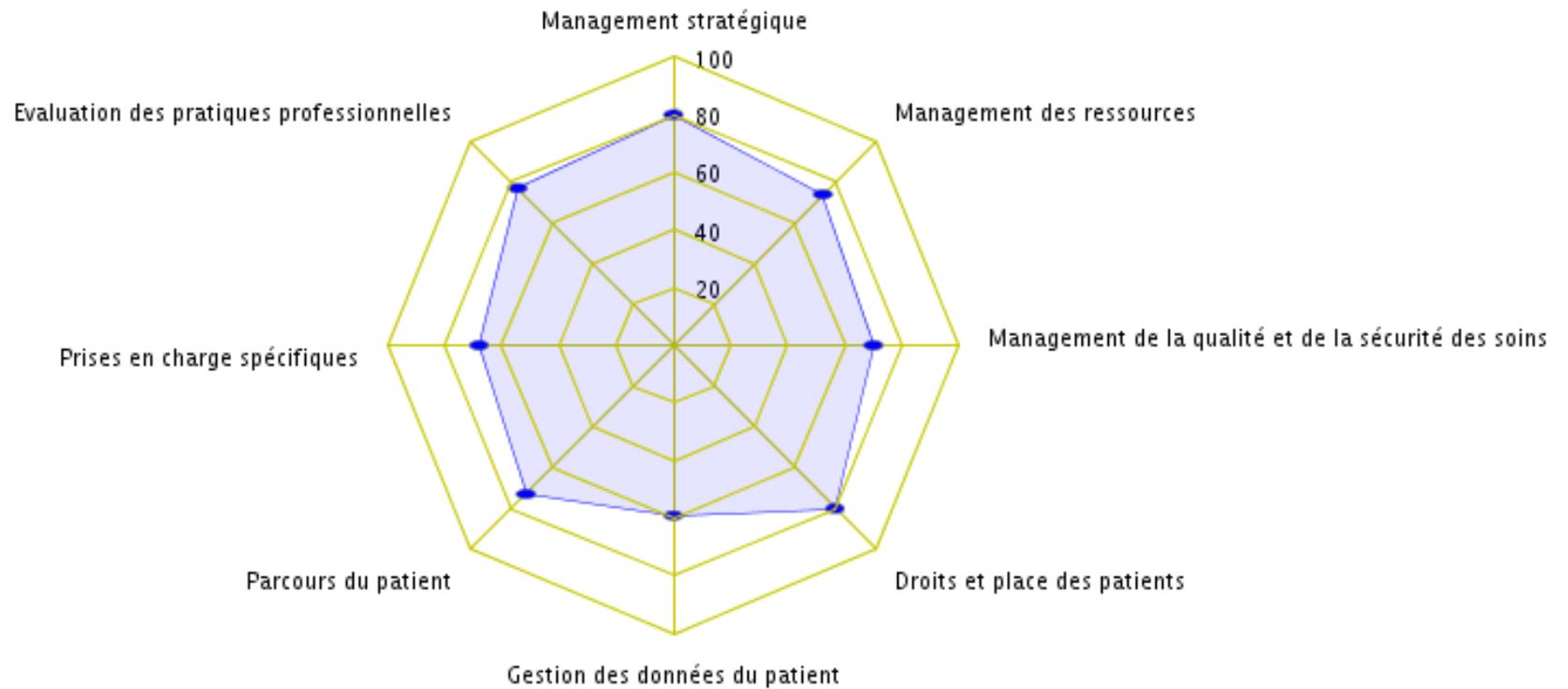
Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement.

[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 :

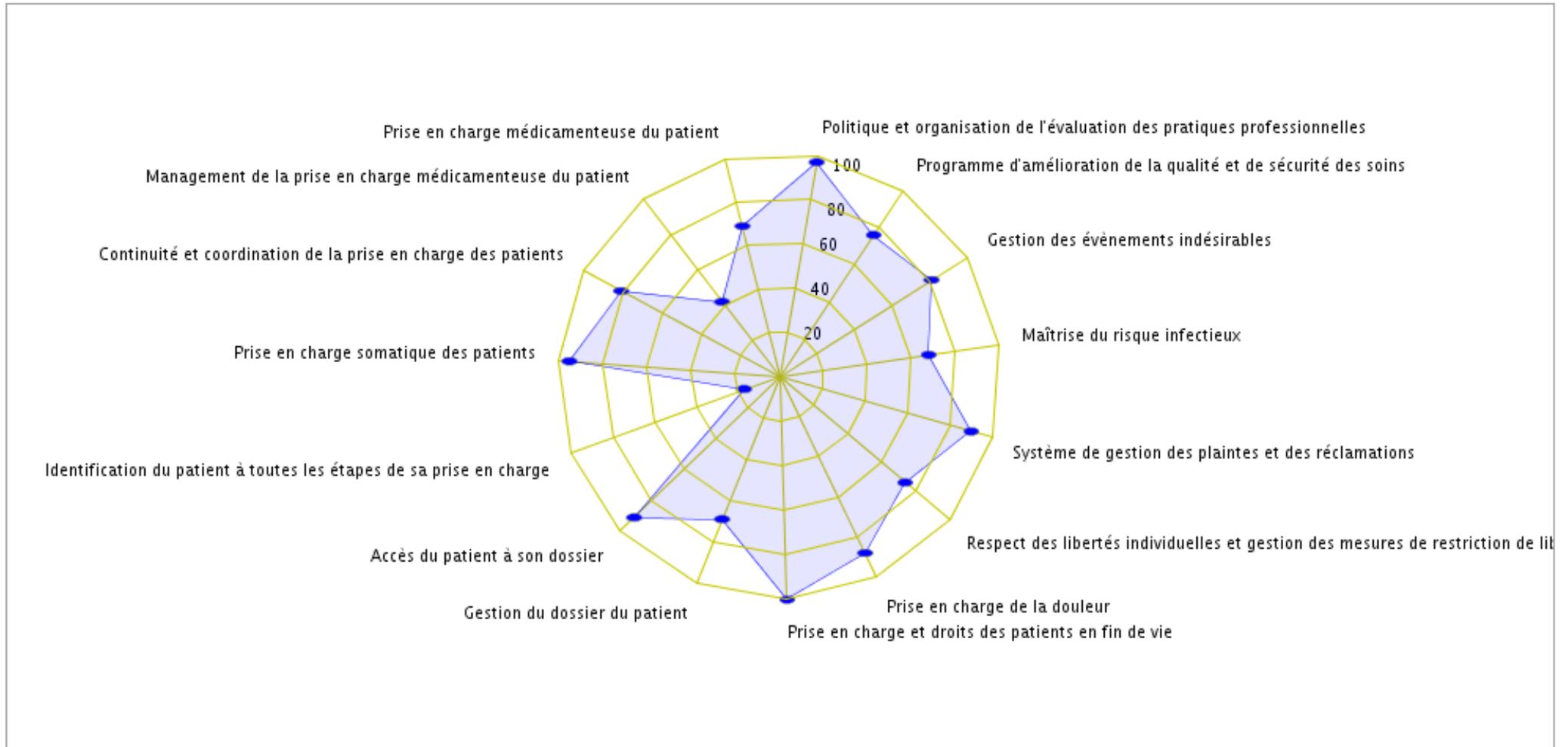
- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (10a),
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b),
- Respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c),
- Accueil et accompagnement de l'entourage (10d),
- Information du patient sur son état de santé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

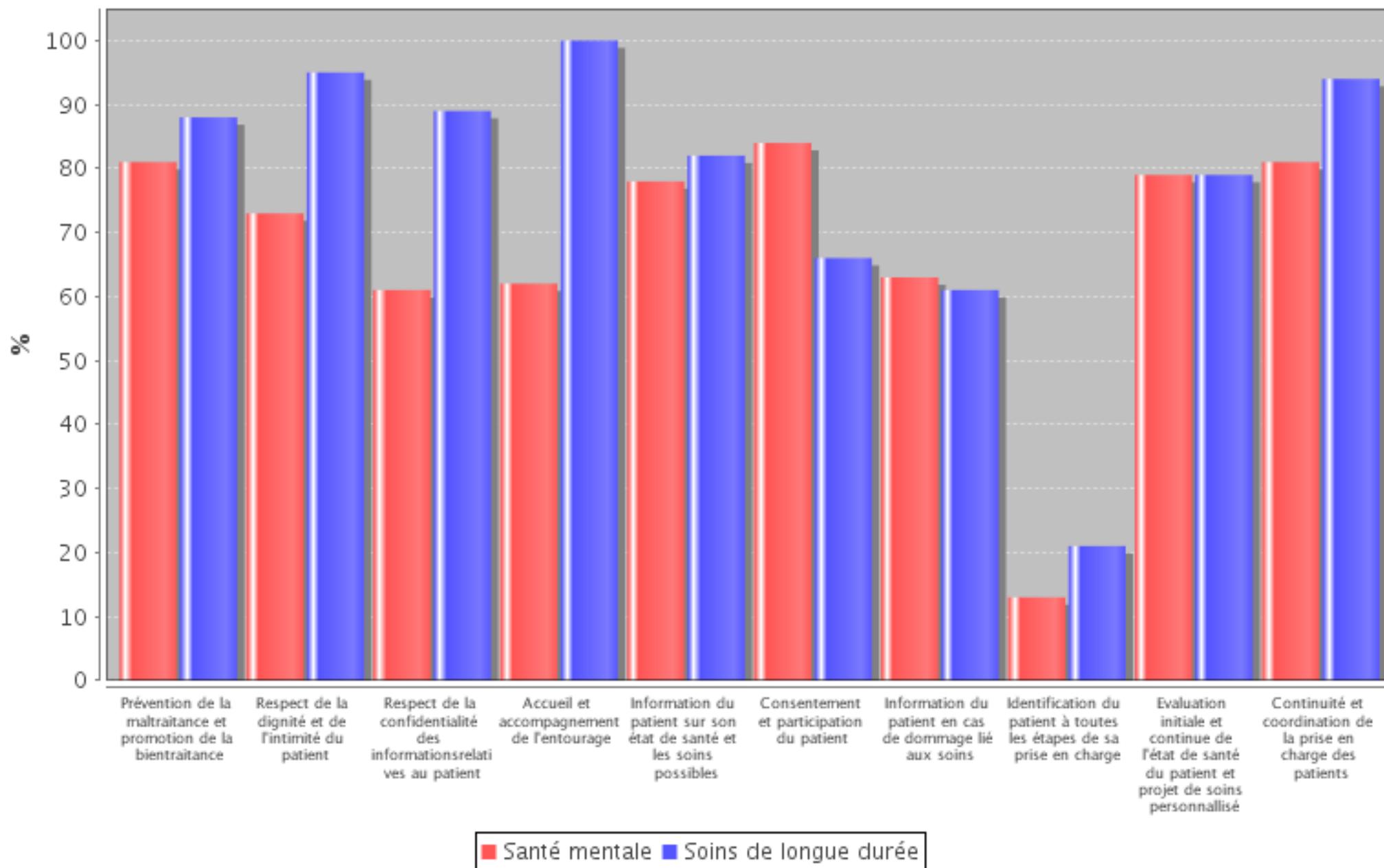


Les libellés des points fort (> 90%) sont en rouge.

## 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
4b (Une politique du dossier du patient est définie afin d'assurer la qualité et la continuité des soins.).	Type 1	Oui	La politique du dossier patient fait l'objet d'un document qualité "Politique et guide d'utilisation du dossier", élaboré et validé en 2009. Une procédure d'anonymisation a été élaborée, validée et diffusée en 2011. La charte de l'utilisateur Cortexte a été diffusée à tous les utilisateurs.
6a (La direction et les instances définissent les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.).	Type 1	Oui	La délibération annuelle relative à la politique de l'ES en ce qui concerne le droit des usagers et la qualité de la prise en charge est approuvée en conseil de surveillance. La Direction, la Commission Médicale d'établissement et le Comité de Pilotage Qualité ont élaboré un programme d'amélioration qualité et de gestion des risques en lien avec le projet d'établissement 2009/2013. Ce programme est déclinée annuellement avec des actions priorisées, des objectifs et des indicateurs de suivi. Un tableau de bord de suivi / bilan annuel complète ces documents.
7a (L'établissement met en oeuvre un dispositif permettant la maîtrise des coûts.).	Type 1	Oui	L'établissement suit son EPRD. Les services financiers rencontrent tous les mois les services dépensiers et un bilan des investissements est fait tous les 2 mois. Le CPOM 2007/2011 est revu annuellement. Des mesures de maîtrise des coûts sont effectives. Des tableaux de bord sont élaborés par les services financiers et communiqués à chaque Pôle et Fédération. Des réunions d'orientations budgétaires ont lieu annuellement avec chaque pôle et fédération. Les mesures de maîtrise des coûts sont effectives.
8e (La gestion administrative des personnels assure la qualité et la confidentialité des informations individuelles.).	Type 1	En cours	Un aménagement des locaux des services DRH est actuellement étudié. Cet aménagement doit permettre la mise à disposition de bureaux pour les entretiens individuels avec les agents.
9a (Une organisation est en place	Type 1	En cours	Les locaux actuels ont fait l'objet de travaux pour

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
pour assurer la qualité et l'hygiène en restauration.).			améliorer ces points. La reconstruction de l'unité de production culinaire améliorera encore la qualité et l'hygiène en restauration. Les travaux ont débuté en septembre 2011. La livraison de la nouvelle unité de production est prévue pour mai 2012.
11b (La gestion des risques est organisée et coordonnée.).	Type 1	Oui	Le coordonnateur de la gestion des risques liés aux soins est désigné. Ses missions sont définies. Les vigilants pour les principaux risques sont connus (incendie, hygiène, risques alimentaires, pharmaco et matérieo-vigilance...). Un groupe de coordination de la Gestion des Risques est mis en place.
18b (Une identification fiable et unique du patient est assurée.).	Type 1	En cours	Les outils informatiques utilisés dans l'établissement permettent la recherche des doublons et collisions de dossiers. Une cellule d'identitovigilance est en place depuis Septembre 2011. Une charte d'identitovigilance est en cours de rédaction.
19d PSY (Le patient est informé de la survenue d'un événement indésirable grave lors de sa prise en charge.) ; 19d SLD (Le patient est informé de la survenue d'un événement indésirable grave lors de sa prise en charge.).	Type 1	En cours	La mise en oeuvre de la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est définie. Une procédure d'annonce d'un dommage associé aux soins et une fiche d'information du patient et/ou de son représentant légal sont élaborées et validées. La diffusion de ces document est en cours. Ils ne sont pas à ce jour connus de l'ensemble des professionnels concernés. A ce jour, l'information du patient est réalisée au cas par cas.
20a PSY (La volonté du patient est respectée et son consentement éclairé est requis pour toute pratique le concernant.) ; 20a SLD (La volonté du patient est respectée et son consentement éclairé est requis pour	Type 1	Oui	Le consentement est recherché et tracé. Concernant la gestion des restrictions de liberté d'aller et venir, les modalités de recherche du consentement ont été définies et diffusées dans un guide de bonnes pratiques et figurent dans le livret d'accueil du patient.

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
toute pratique le concernant.).			
21c SLD (La prévention de la maltraitance du patient au sein de l'établissement est organisée.).	Type 1	Oui	Il existe une procédure de déclaration des situations de maltraitance depuis 2009. Une nouvelle procédure concernant la conduite à tenir en cas d'agression sexuelle sur un patient a été élaborée et est en cours de validation. Les formations des professionnels à la bientraitance et au respect des droits des patients ont débuté (3 groupes en 2011). Une formation spécifique a été déclinée en USLD.(MOBIQUAL)
22a PSY (L'accueil et les locaux sont adaptés aux handicaps du patient et/ou de son entourage.) ; 22d PSY (Des solutions d'hébergement et de restauration sont proposées aux accompagnants.) ; 22d SLD (Des solutions d'hébergement et de restauration sont proposées aux accompagnants.).	Type 1	En cours	Les structures les plus récentes sont adaptées aux normes d'accessibilité. Dans les autres des accès ont été aménagés. Les bâtiments en construction intègrent cette dimension d'accessibilité. Il n'y a pas de solution d'hébergement.(Non approprié en santé mentale). Le nouveau restaurant permettra la restauration des accompagnants (2012).
24a PSY (Le patient et, s'il y a lieu, son entourage, sont partie prenante dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique.) ; 24a SLD (Le patient et, s'il y a lieu, son entourage, sont partie prenante dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique.) ; 24b PSY (Le projet thérapeutique prend en compte l'ensemble des besoins du patient et organise la coordination entre les professionnels des différents secteurs d'activité.) ; 24b SLD (Le projet thérapeutique	Type 1	Oui	Ces critères sont intégrés dans les pratiques des professionnels. Le consentement et l'alliance thérapeutique sont recherchés et tracés. Les informations sont adaptées à l'état de santé du patient. Les plans de soins sont élaborés en équipe. La coordination entre professionnels se base sur les temps de transmission et l'utilisation du dossier patient informatisé. La préparation à la sortie a été évaluée par AUDIT en 2010. Ces points ne sont pas toujours tracés( indicateurs IPAQSS

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
prend en compte l'ensemble des besoins du patient et organise la coordination entre les professionnels des différents secteurs d'activité.) ; 24c PSY (La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient.).			55% pour les délais d'envoi et le contenu du courrier de sortie).
25a PSY (L'état nutritionnel du patient est évalué et ses besoins spécifiques sont pris en compte.).	Type 1	En cours	L'établissement recueille l'indicateur IPAQSS "dépistage des troubles nutritionnels". Il a été créé une fiche diététique dans le dossier informatique et celui-ci permet le calcul automatisé de l'IMC. Une sensibilisation au recueil de l'IMC est réalisé auprès des professionnels. L'établissement prévoit une EPP sur cette thématique.
28a PSY (Les règles de tenue du dossier sont connues et appliquées par les différents intervenants.) ; 28a SLD (Les règles de tenue du dossier sont connues et appliquées par les différents intervenants.) ; 28b PSY (L'information contenue dans le dossier du patient est actualisée tout au long de sa prise en charge et également après sa sortie.).	Type 1	En cours	Le guide d'utilisation du dossier patient a été diffusé dans tous les secteurs d'activité concernés. Ce guide est complété par un guide de la prescription sur Cortexte. Tous les nouveaux utilisateurs sont formés à l'utilisation du logiciel et sont signataires de la charte d'utilisation. Le plan de formation 2012 prévoit une remise à niveau pour les plus anciens utilisateurs. Les règles de tenue sont encore appliquées de façon hétérogène et leur appropriation est en cours.
30b PSY (Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies.) ; 30b SLD (Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies.).	Type 1	Oui	Des outils d'aide à la réalisation des examens biologiques sont accessibles via intranet (site du laboratoire). Une EPP évalue la pertinence du bilan biologique à l'admission.
34b PSY (Les professionnels et le	Type 1	Oui	Ce critère n'est plus applicable en santé mentale mais il

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
public sont sensibilisés au don d'organes et de tissus.) ; 34b SLD (Les professionnels et le public sont sensibilisés au don d'organes et de tissus.).			est envisagé une action d'information pour les professionnels
43c (La satisfaction des correspondants externes est évaluée et prise en compte.).	Type 1	Non	Action reportée en 2012 mais un bilan est réalisé annuellement entre le CHGM et les CH MCO pour la psychiatrie de liaison et le interventions en milieu pénitentiaire.
44d (L'efficacité du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est régulièrement évaluée.) ; 44f (La direction et les instances disposent d'éléments permettant des comparaisons avec des établissements similaires.).	Type 1	Oui	Le programme d'amélioration continue est suivi via un tableau de bord contenant des indicateurs. Il fait l'objet d'un bilan en Comité de Pilotage Qualité et Gestion des Risques. Des opérations de benchmarking sont menées. Les comparaisons sont établies et transmises aux directions concernées et dans les instances. (rapport de comparaison issu de la BD-FHF base d'Angers, ATIH).

## 5.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

# CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

# PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les orientations stratégiques sont élaborées, en concertation avec les parties prenantes en interne et en externe.	Oui	
La stratégie de l'établissement prend en compte les besoins de la population définis dans les schémas de planification sanitaire et, le cas échéant, le projet médical de territoire.	Oui	
Les valeurs et les missions de l'établissement sont déclinées dans les orientations stratégiques.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les différentes politiques (ressources humaines, système d'information, qualité et sécurité des soins, etc.) sont déclinées, en cohérence avec les orientations stratégiques.	Oui	

L'établissement met en place des partenariats, en cohérence avec les schémas de planification sanitaire, le projet médical de territoire et les orientations stratégiques.	Oui	
Les valeurs et les missions de l'établissement sont communiquées au public et aux professionnels.	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.	Oui	
L'établissement fait évoluer ses partenariats sur la base des évaluations réalisées.	En grande partie	

Référence 1: La stratégie de l'établissement		
<p><b>Critère 1.b</b>  <b>Engagement dans le développement durable</b></p>		
<b>Cotation</b>	C	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un diagnostic développement durable a été établi par l'établissement.	Partiellement	L'établissement n'a pas réalisé de diagnostic permettant d'identifier les enjeux liés au développement durable, que ce soit dans le domaine environnemental ou sociétal. La direction des affaires économiques recherche un prestataire pour établir un état des lieux et déterminer les actions à mettre en place. L'échéance retenue est 2013. La direction des ressources humaines a engagé une démarche d'identification des risques psycho-sociaux avec un prestataire et participe au programme PHARE sur l'identification des causes de l'absentéisme.
Un volet développement durable est intégré dans les orientations stratégiques.	Non	Le projet d'établissement 2009-2013 ne comporte pas de volet développement durable. L'établissement prévoit la rédaction d'un avenant au projet d'établissement, traitant de ce thème.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

La stratégie, liée au développement durable, est déclinée dans un programme pluriannuel.	En grande partie	La stratégie liée au développement durable n'est pas formalisée dans un programme pluriannuel. Il est prévu de le faire soit par voie d'avenant à l'actuel projet d'établissement, soit dans le cadre de la rédaction du suivant. Les projets de reconstruction ont toutefois largement intégré cette notion et les directions fonctionnelles mettent en oeuvre des actions témoignant de leur engagement dans le développement durable.
Le personnel est sensibilisé au développement durable et informé des objectifs de l'établissement.	En grande partie	Plusieurs actions ponctuelles ont été engagées en vue de sensibiliser le personnel à ce thème : incitation au covoiturage, recyclage des barquettes alimentaires à usage unique, éco-conduite pour les ambulanciers.
L'établissement communique ses objectifs de développement durable aux acteurs sociaux, culturels et économiques locaux.	Non	En l'absence de définition d'une stratégie globale en matière de développement durable, il n'y a pas de plan de communication destiné aux différents acteurs externes.
Le développement durable est pris en compte en cas d'opérations de construction ou de réhabilitation.	Oui	Les opérations de construction en cours (services d'hospitalisation, cuisine et self du personnel) ont pris en compte le développement durable. Des objectifs de maîtrise des impacts sur l'environnement en matière d'éco-construction et d'éco-gestion ont été fixés. Les enjeux environnementaux (gestion des ressources, réduction des pollutions...) et les enjeux sociaux et de qualité de vie ont été pris en compte dans les projets.
<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	Il n'y a pas de programme pluriannuel permettant de procéder à un suivi et à des réajustements réguliers. Des actions d'évaluation sont conduites ponctuellement (exemple : le recyclage des barquettes a fait l'objet d'un audit pour mesurer l'efficacité du dispositif, dans une approche d'efficience économique).

## 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.

En grande partie

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

En grande partie

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

En grande partie

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

En grande partie

<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.	Non	

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

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

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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

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.	En grande partie	

## 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 le programme qualité-gestion des risques 2009-2013 et dans sa déclinaison annuelle, dans le projet d'établissement 2009-2013 dans ses parties médicales, soignantes et du projet qualité. La politique d'évaluation des pratiques professionnelles a été formalisée dans un document spécifique, validé en CME. Les éléments de stratégie de développement, de lien avec les secteurs d'activité et de communication y sont définis. Les usagers et leurs représentants sont impliqués dans les démarches EPP.

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

Oui

Un groupe projet issu du COPIL qualité-certification, réunissant des médecins, des membres de la direction, le directeur des soins, des cadres de santé et la responsable qualité, s'est réuni tous les deux mois depuis mai 2010. Les missions de concertation entre les professionnels de santé et les gestionnaires ainsi que le développement des EPP par ce groupe ont été définis. Un médecin MEE du réseau régional qualité CRIQUE a été associé à la démarche.

Les missions et les responsabilités sont définies afin d'organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médico-technique.	Oui	Le groupe projet EPP a identifié au sein de chaque secteur d'activité clinique le binôme médecin-cadre responsable du développement de l'EPP du pôle comme personnes ressources. Les missions et responsabilités ont été définies en lien avec l'implication effective des professionnels dans une démarche EPP.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en oeuvre de l'EPP.	Oui	La responsable qualité, formée aux EPP dans le cadre d'un diplôme universitaire, a accompagné les professionnels pour la mise en oeuvre des EPP. Un MEE a participé à plusieurs réunions du groupe projet EPP.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	Oui	La responsable qualité, en tant que référente, et le groupe projet EPP dans son ensemble suivent l'avancement et l'impact des démarches EPP tous les deux mois depuis 2010 dans le cadre de la préparation de la certification. La périodicité en "routine" est trimestrielle. Le tableau de bord des EPP est actualisé.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	Oui	Les professionnels sont informés de la stratégie, du déploiement des EPP et des résultats obtenus sur le site intranet, par le journal de l'établissement HSI, dans les comités de soins. Les cadres supérieurs transmettent l'information aux cadres et aux soignants. La responsable qualité assure des informations dans les différents pôles au cours des conseils de pôle ainsi que dans des réunions avec les professionnels non soignants (services administratifs et logistiques).
<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	Les démarches EPP sont présentées en CME et CSIRMT trimestriellement, en CRU, en comité de soins et réunion des cadres supérieurs de santé. Les thématiques EPP ont été validées en CME.

<p>La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La stratégie de développement de l'EPP a été révisée en 2010 avec la création du groupe projet EPP, dans le cadre de la préparation de la certification. Le groupe projet a défini des objectifs en termes de formation des professionnels, de poursuite, diffusion et valorisation des EPP. Il n'est pas défini de périodicité de révision de la stratégie.</p>
---	-------------------------	---

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

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

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

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

### Critère 2.a

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

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

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

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

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

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

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

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

### Critère 2.c Fonctionnement des instances

<b>Cotation</b>	<b>B</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.	En grande partie	
Les instances sont informées des suites données à leurs avis et décisions.	En grande partie	
<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.).	Non	
---	-----	--

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

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La concertation avec les partenaires sociaux est organisée.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions, favorisant l'implication et l'expression 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.	Partiellement	

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

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



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

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

## PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

### Référence 3: La gestion des ressources humaines

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

**Cotation**

B

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

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

En grande partie

Un groupe de travail sur la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, qui constitue un des axes prioritaires du projet social, a été mis en place. Une cartographie des métiers de l'établissement et la rédaction de fiches métiers ont été réalisées. Ces dernières doivent être validées par le comité de pilotage du groupe. Cela permettra ensuite d'établir de nouvelles fiches de poste par agent, qui serviront également pour la mise en place de la nouvelle évaluation.

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

En grande partie

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Des dispositions sont mises en œuvre 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.	Partiellement	
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

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

## Référence 3: La gestion des ressources humaines

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

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les risques professionnels sont identifiés à périodicité définie.	En grande partie	
Le document unique est établi.	En grande partie	
Un plan d'amélioration des conditions de travail est défini.	Oui	
<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.	Partiellement	
Ces évaluations donnent lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	

### Référence 3: La gestion des ressources humaines

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

**Cotation**

B

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

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

En grande partie

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

**E3 Evaluer et améliorer**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Les actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont évaluées.	Partiellement	Quelques actions font l'objet d'une évaluation. Une enquête a été conduite sur la fonction d'encadrement. Les actions de formation sont évaluées.
La satisfaction du personnel est évaluée.	Partiellement	

## Référence 4: La gestion des ressources financières

### Critère 4.a Gestion budgétaire

<b>Cotation</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.	Oui	
<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

**Cotation**

B

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

L'établissement fixe chaque année des objectifs d'amélioration de l'efficience de ses organisations.

En grande partie

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

L'établissement conduit des études ou des audits sur ses principaux processus de production.

En grande partie

**E3 Evaluer et améliorer**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Les résultats des études ou des audits donnent lieu à la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.

Partiellement

## Référence 5: Le système d'information

### Critère 5.a Système d'information

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

En grande partie

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

En grande partie

#### E3 Evaluer et améliorer

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

En grande partie

La diversité des modes de diffusion et la complexité des chemins d'accès ne permet pas de garantir que tous les professionnels aient un accès assuré aux documents diffusés. La mise en place de la gestion électronique des documents garantira cet accès.

Le système de mise à jour des documents est opérationnel.

Partiellement

<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>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).	En grande partie	
<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.	En grande partie	L'établissement dispose d'un programme pluriannuel pour les opérations de travaux et équipements importants, suite à définition des priorités au vu des demandes effectuées par les services. Une partie des travaux et entretien courant est réalisée par la main d'oeuvre interne et une partie par des prestataires disposant de contrats. Ces derniers précisent bien les conditions et périodicité des interventions mais elles ne donnent pas lieu à une programmation formalisée : celle-ci sera mise en place lors du déploiement de la GMAO, actuellement en test dans un bâtiment (MAS de La Roche-sur-Yon).
<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.	En grande partie	Le dépannage d'urgence est opérationnel lorsqu'il relève de la main d'oeuvre interne, mais peut poser problème quand un prestataire ne dispose pas d'une permanence pour assurer les interventions.
<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.	Oui	

## 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>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.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les préférences des patients sont prises en compte.	Oui	
Des solutions de restauration sont proposées aux accompagnants.	Non	

<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.	Oui	

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

### Critère 6.d Gestion du linge

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

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

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

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

### Critère 6.e Fonction transport des patients

<b>Cotation</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.	Oui	
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.	Partiellement	
--	---------------	--

## 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.	Partiellement	
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.*

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

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

La traçabilité des différentes interventions est assurée.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les paramètres de la qualité de l'air font l'objet d'un suivi périodique.	Partiellement	
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.*

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi périodique est réalisé.	Oui	
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>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.	Partiellement	
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.	Oui	

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

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

### Critère 7.e Gestion des déchets

**Cotation**

B

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Partiellement

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

En grande partie

Les procédures de gestion des déchets sont établies.

Oui

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Le tri des déchets est réalisé.

Oui

Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont organisées.	Oui	
Le patient et son entourage sont informés des risques liés aux déchets d'activités de soins à 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.	En grande partie	
<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.	Partiellement	
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

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Un programme de la qualité/gestion (PAQ/GDR) des risques 2009-2013, validé par la direction et les instances et intégré au volet qualité du projet d'établissement, décline la politique globale et les objectifs d'amélioration fixés pour l'établissement. Les actions menées au niveau de l'établissement sont déployées et mises en oeuvre dans les secteurs d'activité concernés.

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

En grande partie

Le PAQ/GDR est construit pour une grande partie autour des recommandations et décisions de la certification HAS. Il est décliné sous forme de fiches actions hiérarchisées et il est actualisé annuellement, prenant en considération les orientations stratégiques de l'établissement, la conformité et les évolutions réglementaires, les nouvelles exigences et recommandations. L'analyse des dysfonctionnements et des événements indésirables recensés, des plaintes et des réclamations est prise en compte. L'analyse des risques a priori n'est pas encore généralisée aux différents secteurs d'activité (approche effective dans les domaines des risques professionnels, sécurité incendie, sécurité alimentaire ou

	En grande partie	maîtrise du risque infectieux par exemple mais restant encore limitée dans les secteurs d'activité clinique aux quelques actions d'EPP mises en oeuvre).
Les activités, réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins, sont prises en compte.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Le programme est soumis aux instances.	Oui	Le programme est présenté annuellement aux instances 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.	Partiellement	Les actions sont menées au niveau institutionnel, déployées et mises en oeuvre dans les secteurs concernés. En dehors de cas particuliers concernant des champs d'intérêt institutionnel (risques professionnels, sécurité incendie, sécurité alimentaire, maîtrise du risque infectieux) et en l'absence de projets et de contrats de pôle établissant et contractualisant des objectifs qualité, il n'y a pas de plans d'actions formalisés par secteur d'activité (par secteur : responsable identifié, calendrier de réalisation, état d'avancement et indicateurs de suivi, pour les différentes actions qui y sont menées).
<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.	En grande partie	Le suivi est assuré pour des domaines d'intérêt institutionnel (risques professionnels, sécurité incendie, sécurité alimentaire, maîtrise du risque infectieux). Il n'y a pas de plans d'actions formalisés par secteur d'activité clinique (pôle ou fédération). Les actions mises en oeuvre font l'objet d'un suivi régulier dans les secteurs d'activité où elles sont déployées, par la cellule qualité et/ou les personnes ou groupes de personnes en charge de leur mise en oeuvre. Un suivi des différentes actions est assuré en comité de pilotage

	En grande partie	de la démarche qualité/gestion des risques.
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	Oui	Un tableau de bord de suivi du PAQ/GDR est élaboré annuellement qui tient compte du degré d'avancement des actions mises en oeuvre. Les indicateurs nationaux (indicateurs de qualité des soins et de lutte contre les infections nosocomiales) et des indicateurs élaborés par l'établissement (indicateurs définis par action ou résultats de certains audits IGEQSI ou menés avec le réseau CRIQUE de prévention des risques de la région Vendée) contribuent à cette évaluation. Le tableau de bord de suivi est diffusé aux professionnels.
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	Oui	Le comité de pilotage de la démarche qualité/gestion des risques examine annuellement le degré d'avancement des actions et de réalisation des objectifs du programme. Il valide la révision du PAQ/GDR pour la période suivante.

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>	B	
<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.	En grande partie	
<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.	Non	

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

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

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

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

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

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

<b>Cotation</b>	<b>C</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement évalue les risques dans les secteurs d'activité.	En grande partie	La démarche d'évaluation des risques a priori est développée dans différents domaines : risques professionnels, sécurité incendie, sécurité alimentaire (démarche HACCP), qualité de l'eau, gestion d'une situation de crise. Dans les secteurs d'activité clinique, elle reste limitée à des situations ponctuelles dans le cadre de la réalisation des EPP (mise en chambre d'isolement, contention, restriction des libertés, chutes).
Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie.	Partiellement	Les risques sont évalués et hiérarchisés selon une méthodologie définie (APR, AMDEC, HACCP) dans certains domaines de risques qui relèvent essentiellement du domaine institutionnel (risques professionnels, sécurités alimentaire et incendie).
<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	Pour les risques identifiés, et au regard de leur criticité (gravité, fréquence, vraisemblance), des actions de prévention sont mises en place. Des actions d'atténuation et de récupération sont identifiables dans certains domaines (pour exemple : violence et agressivité dans le domaine des

	En grande partie	risques professionnels avec formation pluriannuelle en termes de prévention et récupération, et accompagnement psychologique pour les victimes en termes d'atténuation, risque legionella pour la qualité de l'eau avec chloration systématique du réseau d'eau dans un premier temps et conduite à tenir en cas de détection de legionella dans l'eau chaude sanitaire dans un second temps).
Les professionnels concernés sont formés à l'analyse des risques a priori.	Partiellement	Quelques personnes ressources seulement sont aujourd'hui formées à ce type d'analyse (directeur des soins, responsable qualité, responsables de la sécurité incendie et de la démarche HACCP en restauration). Le groupe gestion des risques mis en place récemment en est actuellement à déterminer son organisation et ses objectifs et à s'interroger sur les méthodologies à mettre en oeuvre.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un suivi de la mise en œuvre de ces actions est réalisé à périodicité définie.	Partiellement	Le suivi n'est presque jamais assuré dans la durée pour l'ensemble des actions mises en oeuvre. Il est régulier et systématique pour la démarche HACCP, la qualité de l'eau ou certains risques professionnels.
L'analyse de leur efficacité est réalisée.	Partiellement	L'analyse d'efficacité des actions mises en place est rarement réalisée à l'exception des suivis (réglementaires, démarche qualité) concernant les sécurités incendie ou alimentaire et la maîtrise de la qualité de l'eau. L'efficacité est évaluable et constitue un indicateur de suivi pour certaines autres actions : formation à la manutention des charges lourdes et dorsalgies en matière de risques professionnels, prévention des chutes et nombre de chutes déclarées par exemple.

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.	Oui	

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

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

Critère 8.f  
Gestion des évènements indésirables



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Le signalement des événements indésirables est organisé. Une procédure précise les modalités de signalement, le circuit et le rôle des différents acteurs. La fiche de déclaration unique des événements indésirables, transmise à la cellule qualité, est complétée par des fiches de déclaration spécifiques (accidents du travail, chutes, situations de violence et d'agressivité, infections nosocomiales, AES) adressées directement au référent du domaine de risques concerné. Les événements indésirables font l'objet d'une analyse systématique par la cellule qualité (les données relatives aux événements pouvant relever des autres filières sont échangées). Un bilan semestriel est établi et diffusé ; il mentionne la nature des événements déclarés les plus fréquents, ainsi que leur classification par degré de criticité.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les professionnels ont été formés lors de la mise en place de la procédure en 2005. Les personnels nouveaux arrivants sont informés de l'existence du dispositif et de son fonctionnement. Les documents et les feuilles de déclaration

	Oui	sont désormais consultables sur un serveur intranet (mi-novembre 2011). Le dispositif et les documents sont connus des professionnels interrogés.
Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	Oui	Certaines personnes ressources ainsi que les référents de certains domaines de risques ont été formés aux techniques de hiérarchisation et d'analyse des causes, pour répondre aux besoins identifiés ou aux cibles fixées (directeur chargé des relations avec les usagers, directeur des soins et de la qualité, responsable qualité, responsable de la sécurité incendie).
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.	En grande partie	Les événements indésirables identifiés comme graves par les personnes qualifiées (cellule qualité, référent chargé de la déclaration externe des infections nosocomiales, responsable sécurité incendie...) sont rares. Ils sont analysés en associant les professionnels concernés et des référents formés aux méthodes d'analyse utilisables. Toutefois, la procédure d'analyse n'est pas formalisée.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions correctives sont mises en œuvre suite aux analyses.	En grande partie	Des actions correctives sont identifiées par la cellule qualité ou les référents du domaine de risques concernés, en concertation avec les professionnels concernés, au regard de l'analyse des événements indésirables déclarés (événements graves ou récurrents). La formalisation de la mise en œuvre ou du suivi (plan d'actions, tableau de suivi) de leur mise en œuvre est généralement faite.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	En grande partie	Les situations d'agression du personnel sont les événements indésirables les plus récurrents et les plus fréquents. Ils font l'objet d'un dispositif de déclaration et de surveillance particulier (médecine du travail, CHSCT). Des actions correctives sont menées au niveau institutionnel (plan de formation, programme d'amélioration de la qualité, projet social). D'autres situations sont gérées plus ponctuellement (pénurie de linge, manque de personnel).

L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	Partiellement	A l'exception du domaine des risques professionnels, le dispositif d'évaluation des actions mises en oeuvre n'est pas formalisé. L'efficacité est évaluée ponctuellement avec les responsables des secteurs concernés.
--	---------------	--

## 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>	B	
<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.	B	

Critère 8.h  
Bon usage des antibiotiques



<b>Cotation</b>	D	
<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.	D	<p>En matière d'antibiothérapie, un tableau de bord des consommations est établi et diffusé régulièrement par la pharmacie. Un référent antibiotique vient juste d'être désigné dans l'établissement. Il n'y a pas de commission des antibiotiques opérationnelle et pas de protocoles thérapeutiques propres à l'établissement. Pour l'antibiothérapie curative, les professionnels peuvent se référer à un livret édité par la CRIQUE en 2004 mais non remis à jour depuis (coordination de la prévention des risques et de la qualité dans les établissements de santé de la région Vendée). La réévaluation systématique de l'antibiothérapie à 48-72h, même si elle est assurée par les somaticiens, n'est pas tracée dans le dossier patient.</p>
<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.	Partiellement	

**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>	<b>B</b>	
<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.	Partiellement	
Une coordination est organisée entre l'établissement et les structures régionales (ou interrégionales), nationales de vigilance et de veille sanitaire.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles.	En grande partie	

<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.	En grande partie	

**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>	B	
<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.	En grande partie	
<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.	Partiellement	

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.	Partiellement	

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

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



**Cotation**

A

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

La gestion des plaintes et réclamations est structurée, organisée et formalisée. Le dispositif d'information des usagers est défini et mis en oeuvre. La composition et le fonctionnement de la CRU sont conformes à la réglementation.

Le système de gestion des plaintes et des réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.

Partiellement

Certains événements indésirables signalés, compte tenu de leur nature, peuvent être communiqués au responsable de la gestion des plaintes et réclamations. La CRU quant à elle est le lieu où sont réunis les responsables des différents dispositifs ainsi que les représentants des usagers, et où sont débattues à la fois de l'analyse régulière des événements indésirables signalés, et des plaintes ou réclamations déclarées. La mise en place récente d'un comité de gestion des risques (première réunion en novembre 2011), qui inclut les référents des différents risques recensés sur l'hôpital (dont les plaintes et réclamations) ainsi que certaines personnes ressources (responsable qualité, directeur chargé des relations avec les usagers...), est le moyen de formaliser davantage le lien entre ces différents dispositifs et de coordonner leurs actions.

<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	La procédure interne de gestion des plaintes et réclamations est mise en oeuvre. Les demandes sont transmises aux professionnels jugés les plus à même de les traiter. Le recours à un médiateur, quand il s'impose, est tracé (fiche de transmission de la demande et réponse) et fait l'objet systématiquement d'un compte-rendu en CRU. La réponse et la mise en place d'actions correctives, s'il y a lieu, associent et sont communiquées aux professionnels concernés.
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives, mises en oeuvre.	Oui	Le patient est systématiquement informé du traitement de sa plainte. Il est informé de la possibilité et des conditions de recours à un médiateur. Les délais de réponses sont suivis par le responsable du dispositif et, sauf cas particuliers, correspondent aux délais généralement recommandés.
<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	Les plaintes et réclamations sont systématiquement analysées en CRU. Le délai de réponse au plaignant est une donnée disponible et analysable. Leur bilan est intégré au rapport de la CRU. Certaines analyses ont abouti à l'élaboration d'actions correctives et de recommandations institutionnelles dans le cadre de la prise en charge des patients.

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

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

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre au niveau des secteurs d'activité, et font l'objet d'un suivi.	En grande partie	
La politique d'amélioration de la qualité et de 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**

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

Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre.	En grande partie	
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.a - Soins de longue durée Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance

<b>Cotation</b>		
	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées.	Oui	
Un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance est réalisé en lien avec la CRU.	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	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'expression des patients et de leurs proches est favorisée.	En grande partie	

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.	En grande partie	

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

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

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

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

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

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

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

B

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

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

Oui

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

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

En grande partie

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

Partiellement

Les professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient.

En grande partie

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.	En grande partie	

**Référence 10: La bientraitance et les droits****Critère 10.c - Soins de longue durée  
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.	Oui	
Les modalités de partage des informations relatives au patient permettent le respect de la confidentialité.	Oui	
Les professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	Oui	

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

**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.

Partiellement

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.

Partiellement

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.	En grande partie	
Un bilan d'activité annuel du service social et du service de soutien psychologique, comprenant les actions d'amélioration réalisées, est établi.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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

A

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

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

Oui

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

NA

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.	Oui	
Un bilan d'activité annuel du service social et du service de soutien psychologique, comprenant les actions d'amélioration réalisées, est établi.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

Critère 10.e - Santé mentale

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



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement.

Oui

La promotion du respect des libertés individuelles est inscrite dans le projet d'établissement 2009-2013 dans ses parties médicales, de soins et de démarche qualité. Dans le projet médical départemental de psychiatrie et santé mentale en Vendée validé en CME en 2007, cette thématique est abordée sous l'angle de la prévention et du traitement des problèmes de violence, de dangerosité et de sécurité. Le livret d'accueil des patients aborde de façon étendue leurs droits. Le président de CME, dans le cadre de ses missions nationales, a co-rédigé un ouvrage intitulé "Le souci de sécurité en psychiatrie, un droit des patients, un droit des soignants, un droit des citoyens". La culture du respect des libertés individuelles des patients est une valeur inscrite dans la vie de l'établissement. Les usagers et leurs représentants sont étroitement associés à la vie de l'établissement (CRU, participation à divers groupes de travail, au comité de pilotage qualité...).

<p>Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>En 2009, suite à une EPP pluridisciplinaire sur l'analyse des modalités de restriction d'aller et venir des personnes hospitalisées sans leur consentement, un guide de bonnes pratiques sur les restrictions d'aller et venir a été rédigé, validé en CME et diffusé. Il précise les conditions de préservation des libertés individuelles et inclut une dimension éthique. Le projet d'établissement est décliné dans les pôles. La majorité des pôles n'ont pas formalisé de projet individuel. Les risques du non-respect des libertés ne sont pas identifiés.</p>
<p>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.).</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La communauté médicale et soignante a identifié les situations nécessitant une restriction de liberté : isolement, contention, visite, habillage, sorties... Un protocole de mise en chambre d'isolement, un document de recommandation de bonnes pratiques sur les restrictions d'aller et venir du patient, des feuilles de prescriptions spécifiques pour la mise en chambre d'isolement et de mise en place de contention, sont diffusés aux soignants. Le projet d'établissement se décline dans les pôles mais il n'a pas été rédigé de projet médical spécifique.</p>
<p><b>E2 Mettre en oeuvre</b></p>	<p><b>Réponses aux EA</b></p>	<p><b>Constats</b></p>
<p>Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles au cours des réunions de synthèse clinique et des réunions de fonctionnement institutionnel. Environ 5 % des professionnels de soins ont bénéficié d'une formation spécifique sur "la bientraitance et les droits des patients", mise en place en 2011. Depuis 2009, environ 10 % des soignants ont reçu une formation sur le respect des libertés au cours des sessions de "consolidation et d'intégration des savoirs et pratiques pour l'exercice soignant en psychiatrie". Le rapport définitif du contrôleur général des lieux de privation de liberté est en cours de diffusion dans l'établissement.</p>

<p>La mise en œuvre du respect des libertés individuelles est organisée.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les règlements intérieurs de la majorité des unités de soins précisent les libertés individuelles. Un item particulier dans le dossier informatisé du patient précise les restrictions médicales aux droits à l'habillage, au téléphone, aux visites... Les prescriptions de contention et de mise en isolement peuvent être prescrites sur des documents papier spécifiques ou dans diverses rubriques du dossier informatisé. Des mises en isolement séquentiel en chambre individuelle sont pratiquées dans la majorité des unités d'hospitalisation. Diverses pratiques de prescription médicale sont alors mises en place (protocole mise en chambre d'isolement, prescription médicale dans "décision médicale", "prescription médicale de soins" ou en prescription manuelle sur une feuille de prescription médicamenteuse). L'établissement n'a pas défini de règle commune de prescription des isolements en chambre du patient. Suite à une réflexion médicale d'établissement, la très grande majorité des unités de soins est ouverte. De façon ponctuelle, certaines unités peuvent être fermées afin d'assurer la sécurité de patients à risque de fugue ou de dangerosité pour lui-même ou autrui.</p>
<p>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.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les réunions cliniques et de synthèses permettent la réflexion bénéfice-risque. Le consentement du patient est recherché. La traçabilité de ces informations est partielle. Dans le pôle adolescent, la famille est systématiquement contactée en cas de mise en chambre d'isolement. L'information des familles est réalisée en psychiatrie adulte lorsque les familles contactent le service pour prendre des nouvelles du patient.</p>
<p>Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les mises en chambre d'isolement et les contentions sont prescrites sur des documents papier spécifiques ou sur le dossier patient informatisé. La réévaluation est prévue toutes les 24 heures. Les isolements "en chambre" (chambre individuelle du patient fermée à clef) sont prescrites de façon diverses dans l'établissement (prescription MCI, dossier informatisé, ordonnance médicamenteuse).</p>

	En grande partie	L'évaluation de la présence des fiches de prescriptions de mise en chambre d'isolement note une présence à 90 % pour les prescriptions initiales et 75 % pour le renouvellement. Les prescriptions pour les isolements en chambre n'ont pas été évaluées.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le respect des bonnes pratiques en matière de préservation des libertés individuelles et de restriction de liberté est évalué à périodicité définie, en lien avec les instances et structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRU, CME, CSIRMT, etc.).	En grande partie	Une EPP sur la pertinence des prescriptions de soins en chambre d'isolement est menée dans l'établissement depuis 2007. Une EPP sur l'analyse des risques liés à la pratique des contentions a été réalisée en 2011 dans une unité de patients déficitaires. L'établissement a bénéficié de la visite du CGLPL en décembre 2009. Le rapport définitif est actuellement diffusé dans l'établissement après présentation aux instances. La préservation des libertés individuelles est abordée en CME, CSIRMT et CRU. Une inspection ARS en 2011 suite à une plainte de famille invite l'établissement à suivre dans un tableau de bord l'utilisation des chambres d'isolement et des isolements en chambre. Au moment de la visite, il n'a pas été mis en place de programme d'évaluation structuré autre que l'EPP sur la pertinence de mise en chambre d'isolement.
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.	Oui	Une évolution de la feuille de prescription des mises en chambre d'isolement est en test dans quelques unités. Une formation à l'utilisation du matériel de contention a été menée pour un tiers des soignants en trois ans. De nouveaux matériels de contention plus adaptés et respectueux des patients sont en cours d'achat. Une information formalisée a été menée suite à la promulgation de la loi du 5 juillet 2011 auprès d'un tiers des professionnels de l'établissement et a été étendue aux établissements de soins généraux de proximité. En collaboration avec une association d'usagers, la préservation des libertés individuelles a été prise en considération dans les projets architecturaux des bâtiments en construction.

## Référence 10: La bientraitance et les droits

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

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

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

Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles.	Oui	
La mise en œuvre du respect des libertés individuelles est organisée.	Oui	
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.	En grande partie	Les restrictions de liberté sont discutées en équipe pluridisciplinaire. Les familles sont informées au cas par cas. La traçabilité des informations est généralement réalisée.
Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.	Partiellement	La mise en chambre d'isolement n'est pas pratiquée en USLD. La mise en isolement en chambre est prescrite dans le dossier informatisé avec suivi infirmier associé. Lors de la visite, les prescriptions et les suivis ont été retrouvés par les experts dans les dossiers des patients concernés. L'établissement n'a pas réalisé d'évaluation formalisée du respect des règles de prescriptions.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le respect des bonnes pratiques en matière de préservation des libertés individuelles et de restriction de liberté est évalué à périodicité définie, en lien avec les instances et structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRU, CME, CSIRMT, etc.).	Partiellement	Le respect des bonnes pratiques est évalué de façon informelle. L'USLD n'a pas réalisé d'EPP sur ce thème. L'unité a fait l'objet de la visite du contrôleur des lieux de privation de liberté en décembre 2009 qui relève une traçabilité irrégulière de la prescription médicale de restriction de liberté en chambre ou des contentions. Des actions d'amélioration ont été mises en place pour corriger et sécuriser cette pratique mais il n'a pas été réalisé d'évaluation formalisée.
Des actions d'amélioration, portant sur la préservation des libertés individuelles et sur la gestion des mesures de restriction de liberté, sont mises en place.	Partiellement	Le service USLD est concerné par le projet d'achat de nouveau matériel de contention plus adapté aux patients. Quelques professionnels ont participé à la journée d'étude sur les droits des patients et au programme de consolidation

Partiellement	des savoirs abordant les libertés individuelles des patients.
---------------	---

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

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

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

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

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

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

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

**Référence 11: l'information, la participation et le consentement du patient****Critère 11.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.	En grande partie	
<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.b - Soins de longue durée 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.	Non	
<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 œuvre 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.	Non	
---	-----	--

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

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

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

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

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est définie.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins sont menées.	Partiellement	L'établissement n'a pas mis en place d'actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins. Quelques actions de sensibilisation des professionnels sur cette thématique sont réalisées par l'encadrement.
Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

La démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est évaluée et améliorée.	Non	
--	-----	--

## 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

L'établissement a défini sa politique de prise en charge de la douleur. Elle est inscrite dans le projet d'établissement 2009-2013. Le CLUD est en place dans l'établissement ; ses missions, ses objectifs et sa composition sont définis et formalisés. Il est opérationnel. Il élabore un programme annuel d'actions et réalise un bilan annuel.

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

Un protocole de prise en charge et d'évaluation de la douleur a été élaboré ; il permet aux IDE d'administrer un antalgique. Des protocoles sont définis et réactualisés à périodicité définie pour les différentes prises en charge ; protocole d'utilisation et de prescription de soins sous MEOPA (soins dentaires et soins d'escarres). Une EPP de prise en charge des soins douloureux sous gaz anesthésiant chez la personne âgée a été mise en oeuvre en 2007. Les recommandations liées à cette thématique sont diffusées aux professionnels (une information à l'utilisation du gaz anesthésiant a été réalisée auprès des médecins et du podologue). Ces protocoles sont adaptés à la prévention des douleurs liées aux pathologies accueillies, aux actes diagnostiques et aux traitements potentiellement

	Oui	douloureux. Les protocoles sont rédigés en associant les professionnels. L'accessibilité des protocoles est assurée. Ils sont connus de la plupart des soignants.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Des formations spécifiques sont mises en oeuvre pour la prise en charge de la douleur chez la personne âgée et les personnes polyhandicapées. Un cycle local de formation est proposé annuellement aux soignants. Il a été suivi par 20 % des professionnels concernés. Sept IDE représentant les différents pôles sont titulaires d'un DU de prise en charge de la douleur. Ils sont référents douleur auprès de leurs collègues. Le médecin de la consultation douleur du CH de La Roche assure des formations auprès des professionnels.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Oui	Les référents douleur participent, avec d'autres professionnels, à la mise oeuvre de l'éducation du patient à la prise en charge de sa douleur, adaptée à sa pathologie. Des conseils sont donnés sur les bonnes postures et pour apprendre à se relever en cas de chute. Le kinésithérapeute et l'ergothérapeute sont associés avec le patient sur la prise en charge de sa douleur.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Partiellement	La traçabilité de la douleur est réalisée à l'entrée des patients (algiques ou non) lors de l'examen somatique d'admission. Les résultats issus de l'audit montrent une évaluation de la douleur à l'admission de 48 %. 63 % d'évaluations de la douleur sont tracées lors d'une prescription d'antalgique.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	En grande partie	Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur. L'évaluation de la douleur est effectuée afin de vérifier l'efficacité des traitements antalgiques et de procéder à des ajustements. La traçabilité de ces actions est rarement retrouvée dans le dossier du patient.

Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non-communicants (échelles d'hétéroévaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les besoins en moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants sont identifiés. Des échelles spécifiques sont mises à disposition des professionnels sur le réseau intranet.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	Il existe des actions d'appropriation des outils réalisées par les référents douleur et les membres du CLUD dans l'ensemble des services ainsi que par la supervision cadre.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées annuellement par le CLUD. L'analyse est intégrée au rapport annuel de l'instance.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats des évaluations menées sur le plan institutionnel sur la qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	Il existe une organisation permettant à l'établissement de mettre en place des actions de partage des informations, d'identification des acteurs locaux : inter-CLUD Vendée-Réseau REDO- Colloques, formation, publications dans la revue de l'association de soins somatiques en santé mentale.

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

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



### Cotation

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

L'établissement a défini sa politique de prise en charge de la douleur. Elle est inscrite dans le projet d'établissement 2009-2013. Le CLUD est en place dans l'établissement ; ses missions, ses objectifs et sa composition sont définis et formalisés. Il est opérationnel. Il élabore un programme annuel d'actions et réalise un bilan annuel.

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

Un protocole de prise en charge et d'évaluation de la douleur a été élaboré ; il permet aux IDE d'administrer un antalgique. Des protocoles sont définis et réactualisés à périodicité définie pour les différentes prises en charge ; protocole d'utilisation et de prescription de soins sous MEOPA (soins dentaires et soins d'escarres). Une EPP de prise en charge des soins douloureux sous gaz anesthésiant chez la personne âgée a été mise en oeuvre en 2007. Les recommandations liées à cette thématique sont diffusées aux professionnels (une information à l'utilisation du gaz anesthésiant a été réalisée auprès des médecins et du podologue). Ces protocoles sont adaptés à la prévention des douleurs liées aux pathologies accueillies, aux actes diagnostiques et aux traitements potentiellement

	Oui	douloureux. Les protocoles sont rédigés en associant les professionnels. L'accessibilité des protocoles est assurée. Ils sont connus de la plupart des soignants.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Des formations spécifiques sont mises en oeuvre pour la prise en charge de la douleur chez la personne âgée et les personnes polyhandicapées. Un cycle local de formation est proposé annuellement aux soignants. Il a été suivi par 20 % des professionnels concernés. Sept IDE représentant les différents pôles sont titulaires d'un DU de prise en charge de la douleur. Ils sont référents douleur auprès de leurs collègues. Le médecin de la consultation douleur du CH de La Roche assure des formations auprès des professionnels.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Oui	Les référents douleur participent, avec d'autres professionnels, à la mise oeuvre de l'éducation du patient à la prise en charge de sa douleur, adaptée à sa pathologie. Des conseils sont donnés sur les bonnes postures et pour apprendre à se relever en cas de chute. Le kinésithérapeute et l'ergothérapeute sont associés avec le patient sur la prise en charge de sa douleur.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	La traçabilité de la douleur est réalisée à l'entrée des patients (algiques ou non) lors de l'examen somatique d'admission. Les résultats issus de l'audit montrent une évaluation de la douleur à l'admission de 48 %. 63 % d'évaluations de la douleur sont tracées lors d'une prescription d'antalgique.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Partiellement	Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur. L'évaluation de la douleur est effectuée afin de vérifier l'efficacité des traitements antalgiques et de procéder à des ajustements. La traçabilité de ces actions n'est pas toujours retrouvée dans le dossier du patient.

Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non-communicants (échelles d'hétéroévaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les besoins en moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants sont identifiés. Des échelles spécifiques sont mises à disposition des professionnels sur le réseau informatique interne ; elles sont connues et utilisées des professionnels.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	Il existe des actions d'appropriation des outils réalisées par les référents douleur et les membres du CLUD dans l'ensemble des services ainsi que par la supervision cadre.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées annuellement par le CLUD. L'analyse est intégrée au rapport annuel de l'instance.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats des évaluations menées sur le plan institutionnel sur la qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	Il existe une organisation permettant à l'établissement de mettre en place des actions de partage des informations, d'identification des acteurs locaux : inter-CLUD Vendée-Réseau REDO-Colloques, formation, publications dans la revue de l'association de soins somatiques en santé mentale.

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

A

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

Une organisation permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie est en place.

Oui

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

Oui

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.

En grande partie

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

Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.

Oui

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	En grande partie	
---	------------------	--

## Référence 13: La fin de vie

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



### Cotation

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

Une organisation permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie est en place.

Oui

Il existe une organisation permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients dont l'état de santé justifie la mise en place d'une démarche palliative (en parallèle ou en substitution d'un traitement curatif). Face à une situation de fin de vie, et après une réflexion et une évaluation pluriprofessionnelle, il peut être fait appel à l'équipe mobile de soins palliatifs du CH de La Roche-sur-Yon, partenaire de l'établissement. Il existe des protocoles de prise en charge de la douleur, et du matériel spécifique est mis à disposition du/des service(s) en cas de besoin. Pour chaque patient en fin de vie, des réunions pluriprofessionnelles sont mises en place, une analyse des besoins est effectuée et les plans de soins réévalués le cas échéant. Dans ces situations, une chambre individuelle est dédiée à ces patients.

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

Oui

Le livret d'accueil de l'établissement comporte une fiche précisant les modalités de recueil des directives anticipées. Les choix du patient ou de sa famille en cas de décès sont inscrits dans le dossier du patient.

Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	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. Le livret d'accueil comporte une fiche précisant les objectifs et les modalités de recueil des directives anticipées. Dans tous les cas, les choix des patients ou de sa famille sont pris en compte par les soignants concernés par la prise en charge et inscrits dans son dossier.
<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.	Oui	La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet de projets qui peuvent être élaborés conjointement avec l'équipe mobile de soins palliatifs.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Plusieurs IDE sont inscrites à une formation spécifique aux soins palliatifs "accompagner jusqu'au bout". Les professionnels concernés par des situations de fin de vie bénéficient d'informations et/ou de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles à la démarche palliative, essentiellement dispensées par les professionnels de l'EMSP.
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place. Elles font l'objet de synthèses et permettent la réévaluation et le réajustement des projets de soins.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre. Elles peuvent être assurées par l'EMSP ou une psychologue de l'établissement. Un dispositif institutionnel permet aux professionnels, s'ils le souhaitent, de recevoir un soutien assuré par un intervenant extérieur.

Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de la vie par le biais d'information (livret d'accueil des personnels) et/ou formations ("consolidation et intégration des savoirs et pratique pour l'exercice soignant en psychiatrie", "bienveillance et droits des patients").
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	Cette situation ne s'est pas présentée à l'USLD, mais dans cette éventualité, l'action serait facilitée. Les coordonnées d'associations d'usagers sont données aux familles et figurent dans la procédure de conduite à tenir en cas de décès.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, commission de soins, etc.).	Oui	La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle et en lien avec les structures concernées (CRU, CME, commission de soins, etc.).
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	Dans l'établissement, une réflexion est mise en oeuvre sur les situations d'obstination déraisonnable et la limitation ou l'arrêt de traitements à visée curative. L'EMSP peut intervenir à la demande et apporter accompagnement et conseil si nécessaire aux équipes de l'ensemble de l'établissement.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre : révision du livret d'accueil de l'USLD, fiche relative aux directives anticipées. Il n'y a pas de programme d'actions institutionnel car la coordination actuelle mise en oeuvre répond aux besoins de la structure.

## 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.

En grande partie

L'établissement a formalisé un document "Politique et guide d'utilisation du dossier patient", définissant les règles de gestion de la tenue du dossier, ainsi qu'un "guide de la prescription" sur le logiciel dossier patient. Le cadre supérieur du DIM a formé l'ensemble des utilisateurs aux règles en place. Le dispositif d'information est structuré. Ces documents sont accessibles aux professionnels qui les connaissent. Cependant, ce guide ne précise pas les modalités de classement des différents éléments (dossier informatisé et dossier papier) ainsi que le lieu de rédaction de certaines informations spécifiques telles que les prescriptions de restriction de liberté ; par exemple, document papier ou prescription sur le logiciel dans "Décision médicale" ou "Prescription médicale de soins".

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

En grande partie

Les règles d'accès au dossier par les professionnels ont été définies en conseil du DIM. Plus d'une dizaine de groupes d'utilisateurs distincts ont été créés. Depuis la mise en place du logiciel, la politique de l'établissement n'a cessé de se resserrer en matière de sécurisation des accès. La FIRM

	En grande partie	(Fédération d'Information et de Recherche Médicale) a formalisé une charte des utilisateurs du logiciel Cortexte qui a été envoyée à l'ensemble des utilisateurs en septembre dernier. Cette charte prévoit l'engagement des utilisateurs. A ce jour, le taux de retour global est de 85 %. Le cadre supérieur de la FIRM a formé l'ensemble des utilisateurs. Cependant, l'ensemble des règles d'accès par les différents utilisateurs ne sont pas formalisées ainsi que les règles de circulation du dossier.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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 68 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [66 % - 71 %] 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'informatisation d'une partie du dossier patient permet le partage du dossier patient en temps réel, dans le respect des règles d'accès définies pour les professionnels impliqués dans la prise en charge. La partie "papier" du dossier du patient, qui comprend les courriers des praticiens extérieurs, les comptes-rendus des examens complémentaires, est transmise de manière sécurisée entre les différents services. Le suivi du dossier papier est tracé dans le logiciel. Les règles de confidentialité ainsi que les règles d'archivage intermédiaire et centralisé sont définies. Néanmoins, ni les règles de communication du dossier "papier" entre professionnels, ni les règles d'accès au dossier informatisé ne sont formalisées.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur "Tenue du dossier patient". Il n'a pas mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation.

<p>Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le résultat des évaluations IPAQSS a donné lieu à deux actions d'amélioration sur l'ensemble de l'établissement. La première concerne la mise en place d'un questionnaire de recueil de l'IMC. Le chef de projet a été nommé et l'action mise en place rapidement. Les soignants rencontrés, cadres supérieurs, cadres de santé et infirmiers confirment l'évaluation de cette action qui est quasiment exhaustive. La seconde concerne un rappel des bonnes pratiques en matière de traçabilité des antécédents médicaux à la communauté médicale. Les médecins somaticiens de l'établissement sont en charge de l'amélioration de cette traçabilité qui a démarré. Il n'existe cependant pas de tableau de suivi.</p>
--	------------	--

## Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

En grande partie

L'établissement a formalisé un document "Politique et guide d'utilisation du dossier patient", définissant les règles de gestion de la tenue du dossier, ainsi qu'un "guide de la prescription" sur le logiciel dossier patient. Le cadre supérieur du DIM a formé l'ensemble des utilisateurs aux règles en place. Le dispositif d'information est structuré. Ces documents sont accessibles aux professionnels qui les connaissent. Cependant, ce guide ne précise pas les modalités de classement des différents éléments (dossier informatisé et dossier papier) ainsi que le lieu de rédaction de certaines informations spécifiques telles que les prescriptions de restriction de liberté. Par exemple, document papier ou prescription sur le logiciel dans "Décision médicale" ou "Prescription médicale de soins".

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

En grande partie

Les règles d'accès au dossier par les professionnels ont été définies en conseil du DIM. Plus d'une dizaine de groupes d'utilisateurs distincts ont été créés. Depuis la mise en place du logiciel, la politique de l'établissement n'a cessé de se resserrer en matière de sécurisation des accès. La FIRM (Fédération d'Information et de Recherche Médicale) a

	En grande partie	formalisé une charte des utilisateurs du logiciel Cortexte qui a été envoyée à l'ensemble des utilisateurs en septembre dernier. Cette charte prévoit l'engagement des utilisateurs. A ce jour, le taux de retour global est de 85 %. Le cadre supérieur de la FIRM a formé l'ensemble des utilisateurs. Cependant, l'ensemble des règles d'accès par les différents utilisateurs ne sont pas formalisées ainsi que les règles de circulation du dossier.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	En grande partie	Le dossier informatisé permet de tracer les éléments constitutifs de l'ensemble des étapes de la prise en charge du patient. Durant la visite, les experts ont constaté une traçabilité dans les dossiers généralement réalisée.
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'informatisation d'une partie du dossier patient permet le partage du dossier patient en temps réel, dans le respect des règles d'accès définies pour les professionnels impliqués dans la prise en charge. La partie "papier" du dossier du patient, qui comprend les courriers des praticiens extérieurs, les comptes-rendus des examens complémentaires, est transmise de manière sécurisée entre les différents services. Le suivi du dossier papier est tracé dans le logiciel. Les règles de confidentialité ainsi que les règles d'archivage intermédiaire et centralisé sont définies. Néanmoins, ni les règles de communication du dossier "papier" entre professionnels, ni les règles d'accès au dossier informatisé ne sont formalisées.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	En grande partie	L'établissement participe au recueil de l'indicateur "Tenue du dossier patient" en SM qu'il étend au secteur de SLD. Il n'a pas mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation.

<p>Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le résultat des évaluations IPAQSS a donné lieu à deux actions d'amélioration, sur l'ensemble de l'établissement. La première concerne la mise en place d'un questionnaire de recueil de l'IMC. Le chef de projet a été nommé et l'action mise en place rapidement. Les soignants rencontrés, cadres supérieurs, cadres de santé et infirmiers confirment l'évaluation de cette action qui est quasiment exhaustive. La seconde concerne un rappel des bonnes pratiques en matière de traçabilité des antécédents médicaux à la communauté médicale. Les médecins somaticiens de l'établissement sont en charge de l'amélioration de cette traçabilité qui a démarré. Il n'existe cependant pas de tableau de suivi.</p>
--	------------	---

## Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation		
A		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'accès du patient à son dossier est organisé.	Oui	L'établissement a élaboré, en 2005, une procédure de transmission du dossier patient pour l'ensemble de l'établissement. Elle définit des modalités spécifiques pour les patients mineurs, ainsi que l'accès par les ayants droit en cas de décès du patient.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.	En grande partie	L'établissement a mis en place un processus d'information des patients et de leurs proches sur les droits d'accès à leur dossier, par le biais du livret d'accueil, et qui prévoit qu'un professionnel accompagne la remise du livret au moment le plus opportun. Le dispositif d'information est déployé dans l'ensemble des secteurs d'activité mais n'est pas effectif dans tous les services comme le montre l'évaluation réalisée en 2011 : 47 % de livrets d'accueil ont été remis. La charte de la personne hospitalisée est affichée dans l'ensemble des services.

L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	Oui	La responsable du bureau des usagers suit annuellement un certain nombre d'indicateurs comme le nombre de demandes et le nombre de dossiers transmis par pôle, ainsi que les délais de transmission.
<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	En 2010, sur 51 transmissions de dossiers, seuls trois dossiers ont été transmis hors délais (neuf jours hors délais). Des rappels aux professionnels concernés ont été réalisés par la responsable du bureau des usagers ainsi que par le directeur adjoint en charge de ce 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 des données relatives à l'accès du patient à son dossier : nombre de demandes et nombre de dossiers transmis par pôle, délais de transmission, ainsi que le suivi des actions réalisées.

## Référence 14: Le dossier du patient

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



### Cotation

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

L'accès du patient à son dossier est organisé.

Oui

L'établissement a élaboré, en 2005, une procédure de transmission du dossier patient pour l'ensemble de l'établissement. Elle définit des modalités spécifiques pour les patients mineurs, ainsi que l'accès par les ayants droit en cas de décès du patient.

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.

En grande partie

L'établissement a mis en place un processus d'information des patients et de leurs proches sur les droits d'accès à leur dossier, par le biais du livret d'accueil, et qui prévoit qu'un professionnel accompagne la remise du livret au moment le plus opportun. Le dispositif d'information est déployé dans l'ensemble des secteurs d'activité mais n'est pas effectif dans tous les services comme le montre l'évaluation réalisée en 2011 : 47 % de livrets d'accueil ont été remis. La charte de la personne hospitalisée est affichée dans l'ensemble des services.

L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	Oui	La responsable du bureau des usagers suit annuellement un certain nombre d'indicateurs comme le nombre de demandes et le nombre de dossiers transmis par pôle, ainsi que les délais de transmission.
<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	En 2010, il n'y a pas eu de demande d'accès en USLD. En 2011, une demande a été formulée et transmise dans les délais.
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 des données relatives à l'accès du patient à son dossier : nombre de demandes et nombre de dossiers transmis par pôle, délais de transmission, ainsi que le suivi des actions réalisées le cas échéant.

## Référence 15: l'identification du patient

**Critère 15.a - Santé mentale**  
**Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge**



Cotation		
	D	
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.	Partiellement	L'établissement débute une organisation pour garantir la fiabilité de l'identification du patient. Une CIV a été créée deux mois avant la visite. Elle s'est réunie à deux reprises. Une charte d'identitovigilance est en cours de validation. Les doublons et collisions sont recherchés. Cependant, l'organisation n'est ni structurée ni opérationnelle.
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.	Non	Il n'existe pas de formation des personnels de l'accueil administratif et des professionnels de santé à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.
Le personnel de l'accueil administratif met en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Partiellement	Les personnels de l'accueil administratif recueillent et recherchent la vérification de l'identité des patients entrants. Cependant, il n'existe pas de procédure formalisée.

Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	Non	Les professionnels de santé rencontrés ne vérifient pas la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit), et les erreurs sont analysées et corrigées.	Non	Le dispositif est débutant. Il n'existe pas d'évaluation de sa fiabilité.

## Référence 15: l'identification du patient

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



### Cotation

D

#### 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.

Partiellement

L'établissement débute une organisation pour garantir la fiabilité de l'identification du patient. Une CIV a été créée deux mois avant la visite. Elle s'est réunie à deux reprises. Une charte d'identitovigilance est en cours de validation. Les doublons et collisions sont recherchés. Cependant, l'organisation n'est ni structurée ni opérationnelle.

#### 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.

Non

Il n'existe pas de formation des personnels de l'accueil administratif et des professionnels de santé à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.

Le personnel de l'accueil administratif met en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.

Partiellement

Les personnels de l'accueil administratif recueillent et recherchent la vérification de l'identité des patients entrants. Cependant, il n'existe pas de procédure formalisée.

Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	Partiellement	En USLD, les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription lors de l'administration des traitements par la présence des photos des patients. Cependant, cette vérification n'est pas tracée et il n'a pas été porté à la connaissance des experts pendant la visite, la réalisation d'autres vérifications d'identité.
<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.	Non	Le dispositif est débutant. Il n'existe pas d'évaluation de sa fiabilité.

## PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

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

B

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

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 pour assurer la prise en charge ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence.

Oui

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

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

En grande partie

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

## Référence 16: l'accueil du patient

### Critère 16.a - Soins de longue durée Dispositif d'accueil du patient

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
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.	Oui	
Des dispositions sont prises pour assurer la prise en charge ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de prise en charge.	Oui	

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

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

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

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

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

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

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

La réflexion bénéfico-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisé.	En grande partie	
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.	Non	
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	L'établissement a formalisé le projet médical du Pôle d'Explorations Fonctionnelles et de Soins Somatiques (PEFSS) qui définit l'ensemble des modalités de prise en charge somatique au sein de l'établissement. Cette activité transversale est organisée autour de consultations spécialisées en interne (radiologie, cardiologie, gynécologie, neurologie, pneumologie, kinésithérapie...) et de l'exercice de la médecine générale au sein de l'hôpital. Six ETP médicaux sont affectés dans les divers pôles de psychiatrie. Le document, défini avec les acteurs concernés, a été validé en CME et transmis à l'ensemble de la communauté médicale. Il est formalisé et intégré au projet d'établissement. Des praticiens (pédiatres et médecins de ville) interviennent en pédopsychiatrie.
Le recours aux avis spécialisés est organisé et formalisé.	Oui	Les plannings d'activités du PEFSS sont accessibles sur intranet et sont réactualisés le cas échéant. Les demandes d'examens en interne passent par le renseignement d'un formulaire de demande. Les demandes d'examens à l'extérieur sont accompagnées systématiquement d'un courrier. Une coordination est organisée avec les praticiens

	Oui	de l'établissement exerçant au service des urgences des établissements de soins généraux de La Roche-sur-Yon et des Sables D'Olonne.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation initiale du patient comprend un volet somatique.	Oui	Le projet de prise en charge somatique est déployé dans tous les secteurs de soins de l'établissement. L'évaluation initiale et son volet somatique sont tracés dans le dossier du patient.
Un suivi somatique du patient est organisé tout au long de la prise en charge.	Oui	Les données relatives au suivi somatique sont disponibles dans le logiciel dossier patient et sont accessibles aux personnes habilitées tout au long de la prise en charge. Un examen somatique est réalisé à l'entrée du patient, puis autant que de besoin, puis à périodicité définie, mensuellement ou trimestriellement (suivi du diabète et de l'hypertension) en fonction de l'état de santé du patient et de son projet de soins personnalisé. L'ensemble des besoins du patient sont évalués et pris en compte.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'organisation de la prise en charge somatique est évaluée, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	L'organisation de la prise en charge somatique est évaluée lors des réunions des médecins généralistes du pôle PEFSS. Les praticiens participent aux réunions de synthèse organisées dans les services ; les prises en charge et les organisations sont ainsi adaptées. Les médecins généralistes participent aux évaluations de pratiques professionnelles et des actions d'amélioration ont été mises en place comme par exemple depuis 2008, la réalisation d'ECG systématique et de suivi à un an des patients en hospitalisation de longue durée. Cependant, le dispositif d'évaluation n'est pas structuré et les actions d'amélioration ne sont pas systématiquement suivies et évaluées.

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

B

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

L'établissement a mis en place une organisation et formalisé les règles de présence et le système de gardes et d'astreintes permettant ainsi d'assurer la permanence des soins 24h/24 (tableau général des gardes et astreintes administratives, médicales, psychiatres, généralistes, internes, pharmaciens ; tableau du dispositif cadres relatif à la permanence des soins ; tableau "Tour de garde des praticiens hospitaliers somaticiens, contractuels, attachés, des assistants et des internes", visé en CROPS). Les règles de présence des soignants ont été déterminées et notamment en cas de grève. Ces documents sont disponibles et actualisés. Les règles de présence et le système de gardes et astreintes sont accessibles à l'ensemble des professionnels de l'établissement ainsi qu'aux correspondants externes via le service d'accueil de la permanence des soins.

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.

En grande partie

L'établissement organise sur l'ensemble de l'établissement les modalités de coordination entre les équipes associées à la prise en charge et avec l'extérieur (pour l'ensemble des pôles, réunions de synthèses cliniques avec présence des soignants du CMP et/ou HDJ, présence des correspondants

	En grande partie	externes, le cas échéant). Ces modalités de coordination sont rappelées dans le projet d'établissement. Elles ont été élaborées avec l'ensemble des professionnels concernés et notamment pour le projet de service de la Fédération des Thérapies Médiatisées (FTM), pour le projet médical du pôle d'exploration fonctionnelles et de soins somatiques (PEFSS). Cependant, tous les projets de services, de fédérations et de pôles ne sont pas formalisés.
Des modalités de transmission d'informations entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.	En grande partie	Le document "Politique et guide d'utilisation du dossier patient" définit les règles de gestion de la tenue du dossier patient et permet, pour partie, d'organiser la transmission d'information entre les secteurs et avec l'extérieur. En effet, l'ensemble des règles d'accès par les différents utilisateurs ainsi que les règles de circulation du dossier n'y sont pas inscrites. Le document est accessible aux professionnels concernés.
<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.	En grande partie	Les modalités de collaboration entre services sont structurées, organisées, connues et appliquées neuf fois sur dix par les professionnels mais ne sont pas toutes formalisées.
Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur, lorsque l'état du patient le nécessite.	Oui	Le pôle d'explorations fonctionnelles et de soins somatiques permet le recours à de nombreuses consultations spécialisées en interne (radiologie, pneumologie, consultations dentaires) ainsi que la présence dans chaque pôle de psychiatrie de praticiens somaticiens, de pédiatres et médecins de ville en pédopsychiatrie. Des conventions ont été signées avec d'autres hôpitaux du département concernant la prise en charge aux urgences (prise en charge psychiatrique). Il existe également une convention "Police/Gendarmerie" qui vise à améliorer la sécurité des patients sur l'ensemble des sites et qui renforce, aux abords des structures, la coopération entre les forces de l'ordre et les professionnels de santé. Ces organisations sont connues de l'ensemble des

	Oui	professionnels.
Un ou des professionnels référents sont désignés pour la prise en charge du patient.	Oui	Pour chaque patient de l'établissement, un médecin référent est nommé qui s'assure de la bonne coordination de la prise en charge, en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire, et dans la quasi-totalité des cas d'un infirmier référent. Les référents du patient travaillent en collaboration étroite avec leurs confrères, ainsi qu'avec le patient lui-même et dans la mesure du possible avec ses proches.
<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.	Partiellement	L'évaluation des mécanismes de continuité et de coordination de la prise en charge est évaluée au fil de l'eau et réajustée tout au long des prises en charge. Il existe un signalement des événements indésirables relatifs à la continuité et à la coordination des soins. Ceux-ci font l'objet d'un traitement par la direction des soins. Néanmoins, il n'existe pas de dispositif structuré d'évaluation.

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

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

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

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

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

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

La formation des professionnels à l'utilisation de ce matériel et aux premiers gestes de secours est assurée.	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.	En grande partie	

## 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 de 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>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	En grande partie	La prise en charge de personnes âgées est intégrée au projet d'établissement. Elle est formalisée et comprend le repérage et l'évaluation des besoins, en dehors de la prescription médicamenteuse.
<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.	Partiellement	
L'établissement développe de 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.	Partiellement	
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 de 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.	Oui	
L'établissement développe de réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.	En grande partie	

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - Personnes démunies

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

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

Cotation		B
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	Partiellement	Il n'existe aucun projet de prise en charge formalisé. Dans la pratique, une organisation est en place : les pôles et fédérations disposent d'Assistantes Sociales (AS) ou de Conseillères Economiques Sociales et Familiales (CESF), qui travaillent en étroite collaboration avec le bureau d'accueil. Le repérage est réalisé en amont de l'hospitalisation si le patient fait l'objet d'un suivi en ambulatoire, ou lors de l'admission ou dès que l'état clinique du patient le permet. L'évaluation des besoins est réalisée de façon systématique par une AS ou une CESF. Il est fait recours au mandataire de protection des majeurs en cas de besoin.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La sensibilisation/formation des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques est mise en oeuvre.	En grande partie	

La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	En grande partie	Les modalités de coordination des professionnels ne sont pas définies et structurées pour l'ensemble de l'établissement. Elles varient selon les pôles concernés. Dans certains cas, il y a participation des personnels sociaux aux transmissions, dans d'autres, participation à des réunions de soignants, de façon plus ou moins régulière. Les AS et les CESF présentes travaillent en collaboration avec les soignants, sur les cas particuliers, au cas par cas.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Partiellement	
L'établissement développe de réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.	En grande partie	

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - Personnes 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.	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 de 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.	En grande partie	
L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge, en lien avec le CLAN ou son équivalent.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.	Oui	
Les éléments, permettant le dépistage des troubles nutritionnels, sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.	Partiellement	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Dépistage des troubles nutritionnels" et de sa valeur de 26 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [17 % - 36 %] 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 oeuvre d'autres modalités d'évaluation.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Partiellement	

## Référence 19: Les prises en charge particulières

**Critère 19.b - Soins de longue durée**  
**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.

Oui

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.	Non	A ce jour, la qualité du dispositif mis en place n'est pas évalué.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Partiellement	L'établissement n'a pas développé de programme d'actions d'amélioration.

## 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>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les patients présentant un risque suicidaire sont identifiés.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement assure la coordination des différents professionnels autour de la prise en charge de ces patients.	Oui	
Les professionnels sont formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire.	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	
Tout suicide ou tentative de suicide, intervenant dans le temps de la prise en charge, fait l'objet d'une analyse pluriprofessionnelle, en particulier psychiatrique, et formalisée.	En grande partie	Tout suicide ou tentative de suicide fait l'objet d'une analyse pluridisciplinaire avec les professionnels de soins de l'unité dans le cadre des réunions de synthèse. Cette analyse est partiellement formalisée.
Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient.	Oui	

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les patients présentant un risque suicidaire sont identifiés.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement assure la coordination des différents professionnels autour de la prise en charge de ces patients.	Oui	
Les professionnels sont formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire.	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	
Tout suicide ou tentative de suicide, intervenant dans le temps de la prise en charge, fait l'objet d'une analyse pluriprofessionnelle, en particulier psychiatrique, et formalisée.	En grande partie	Tout suicide ou tentative de suicide fait l'objet d'une analyse pluridisciplinaire avec les professionnels de soins de l'unité dans le cadre des réunions de synthèse. Cette analyse est partiellement formalisée.
Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient.	Oui	

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.d Hospitalisation sans consentement

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

Cotation		A	
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.	Oui	
<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.	Oui	
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).	Oui	

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



### Cotation

D

#### 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.

Non

L'établissement n'a pas formalisé de politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

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

Oui

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

Partiellement

L'outil informatique permet de mettre à disposition des professionnels le livret thérapeutique, une base de médicaments en ligne (VIDAL) et les substitutions proposées. Il offre également la possibilité de tracer l'administration et de faire l'analyse pharmaceutique qui est réalisée pour toutes les prescriptions dès lors qu'elles sont faites sur informatique. En revanche, il n'existe aucun protocole thérapeutique (à l'exception d'un protocole d'antibiothérapie datant de 2004 et non réévalué depuis), aucun protocole de prescription des médicaments à risque, ni aucun protocole d'administration.

	Partiellement	
<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.	Non	Il n'existe aucune action de formation ou sensibilisation des professionnels à la prévention des erreurs médicamenteuses. Des référents pharmacie existent dans presque toutes les unités, mais leur mission n'a pas été définie et aucun outil n'a été mis à leur disposition.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est en place dans toutes les unités.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Partiellement	En dehors de l'indicateur IPAQSS "Tenue du dossier du patient" et du suivi des consommations, aucun autre indicateur de pratique pharmaceutique n'est suivi.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Partiellement	Les erreurs médicamenteuses sont gérées dans les unités avec les médecins responsables, mais ne sont pas déclarées. La fiche de recueil des événements indésirables permet la déclaration des erreurs médicamenteuses mais ce dispositif n'est pas utilisé. En 2011, deux déclarations ont été faites, sans qu'elles aient été suivies d'analyse.
Des actions d'amélioration sont mises en place, suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs avec rétro-information des professionnels.	Partiellement	En dehors d'un audit réalisé en 2008 par la CRIQUE (Coordination de la prévention des Risques et de la QUalité dans les Etablissements de santé vendéens) sur les unités de soins de longue durée, et d'une expérimentation sans suite de l'IGECSI (Instrument Global d'Evaluation de la Qualité des Soins Infirmiers), il n'y a pas eu d'autre évaluation du circuit du médicament. Il n'existe pas de plan d'actions d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse.

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



### Cotation

D

#### 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.

Non

L'établissement n'a pas formalisé de politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

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

Oui

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

Partiellement

L'outil informatique permet de mettre à disposition des professionnels le livret thérapeutique, une base de médicaments en ligne (VIDAL) et les substitutions proposées. Il offre également la possibilité de tracer l'administration et de faire l'analyse pharmaceutique qui est réalisée pour toutes les prescriptions dès lors qu'elles sont faites sur informatique. En revanche, il n'existe aucun protocole thérapeutique (à l'exception d'un protocole d'antibiothérapie datant de 2004 et non réévalué depuis), aucun protocole de prescription des médicaments à risque, ni aucun protocole d'administration.

	Partiellement	
<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.	Non	Il n'existe aucune action de formation ou sensibilisation des professionnels à la prévention des erreurs médicamenteuses. Des référents pharmacie existent dans presque toutes les unités, mais leur mission n'a pas été définie et aucun outil n'a été mis à leur disposition.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est en place dans toutes les unités.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Non	L'établissement n'assure pas de suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs en matière de pratique pharmaceutique.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Partiellement	Les erreurs médicamenteuses sont gérées dans les unités avec les médecins responsables, mais ne sont pas déclarées. La fiche de recueil des événements indésirables permet la déclaration des erreurs médicamenteuses, mais ce dispositif n'est pas utilisé. En 2011, deux déclarations ont été faites, sans qu'elles aient été suivies d'analyse.
Des actions d'amélioration sont mises en place, suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs avec rétro-information des professionnels.	Partiellement	En dehors d'un audit réalisé en 2008 par la CRIQUE (Coordination de la prévention des Risques et de la QUalité dans les Etablissements de santé vendéen) sur les unités de soins de longue durée, et d'une expérimentation sans suite de l'IGECSI (Instrument Global d'Evaluation de la Qualité des Soins Infirmiers), il n'y a pas eu d'autre évaluation du circuit du médicament. Il n'existe pas de plan d'actions d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse.

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



**Cotation**

C

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Partiellement

Les règles de prescription sur outil informatique sont formalisées dans le guide de prescription. La liste des prescripteurs habilités est établie et tenue à jour. La délégation de prescription faite aux internes sous responsabilité du chef de service est organisée. La prescription des médicaments à risque n'a pas fait l'objet de protocoles spécifiques. Deux médecins refusent de prescrire sur le dossier informatisé et continuent à utiliser des supports papier non validés.

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

Partiellement

A l'entrée, les patients sont systématiquement informés par les infirmiers de la nécessité de remettre leur traitement personnel. Les prescriptions tout au long du séjour et à la sortie tiennent compte du traitement antérieur à l'admission. Les ordonnances de sortie sont établies, ainsi que des fiches de liaison en cas de transfert vers une autre structure de soins. Une procédure de gestion du traitement personnel prévoyant les conditions de sa mise en sécurité et sa restitution à la sortie a été réalisée, mais elle n'est ni validée ni diffusée à ce jour. Les pratiques dans ce domaine sont hétérogènes et ne donnent que très rarement lieu à

	Partiellement	traçabilité dans le dossier du patient.
Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont définies.	En grande partie	<p>La sécurisation de la dispensation est assurée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la formalisation de l'organisation de l'analyse pharmaceutique et la prescription informatique qui permet l'analyse pharmaceutique de toutes les prescriptions ;</li> <li>- la mise en place de dotations d'urgence dans les unités d'hospitalisation ;</li> <li>- la réponse aux demandes urgentes par une astreinte de la pharmacie ;</li> <li>- l'organisation de l'acheminement des médicaments vers les unités ;</li> <li>- la dispensation nominative globalisée hebdomadaire ou bimensuelle est organisée pour les unités de longues hospitalisations (environ 50 % des lits). Les unités d'admission sont livrées deux fois par semaine après commande. Dans les deux cas, le contenant entier est distribué si le médicament ne se présente pas en conditionnement unitaire. La chaîne du froid n'est pas garantie lors des livraisons et, selon les organisations des unités, les médicaments peuvent attendre toute la journée avant d'être rangés par l'équipe de nuit.</li> </ul>
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Partiellement	<p>L'administration du médicament a fait l'objet d'une procédure et la traçabilité est organisée grâce au support informatique. Il n'y a pas de protocoles d'administration y compris pour les médicaments à risque. Il existe une procédure de vérification des péremptions tous les quatre mois ; sa traçabilité en est faite. Des référents pharmacie ont été nommés dans 75 % des unités. Ils n'ont pas de fiche de poste précisant leurs missions et n'ont pas été formés. Il n'y a pas de procédure de rangement de la pharmacie. Il n'y a pas non plus de procédure de nettoyage des contenants de transport, des piluliers, des armoires à pharmacie et des réfrigérateurs ni de contrôle des températures.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
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" et de sa valeur de 100 % pour la campagne 2010.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	Le déploiement de l'analyse pharmaceutique est effectif sur 96 % des lits. Les 4 % manquants sont liés à deux médecins qui refusent de prescrire sur le dossier informatisé et continuent à utiliser des supports papier non validés. La délivrance nominative hebdomadaire globalisée est organisée pour 200 lits d'hospitalisation complète sur un total de 392.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	Les professionnels, médecins et infirmiers assurent l'information du patient ou de son entourage sur le bon usage du médicament. Un support papier d'aide à l'information existe dans chaque unité. Il existe également dans quelques unités des supports vidéo pouvant soutenir cette information. Néanmoins, l'information du patient est rarement tracée dans le dossier.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	La traçabilité de l'administration est réalisée de manière incomplète (saisie sur un jour donné : 75 % de traçabilité des traitements administrés). La pratique de la traçabilité est généralement réalisée. Toutefois, elle est dépendante des professionnels présents. Elle est dépendante également de l'informatisation de la prescription.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Non	Aucun audit n'a été réalisé.

Des actions, visant le bon usage des médicaments, sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	En grande partie	Deux EPP ont été menées, une sur la pertinence de la prescription des substituts nicotiniques, une autre sur les soins douloureux sous "Kalinox" chez des personnes âgées ou très dépendantes.
--	------------------	--

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



### Cotation

C

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Partiellement

Les règles de prescription sur outil informatique sont formalisées dans le guide de prescription. La liste des prescripteurs habilités est établie et tenue à jour. La délégation de prescription faite aux internes sous responsabilité du chef de service est organisée. La prescription des médicaments à risque n'a pas fait l'objet de protocoles spécifiques. Deux prescripteurs continuent à prescrire sur des supports papier non validés.

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

Partiellement

A l'entrée, les patients sont systématiquement informés par les infirmiers de la nécessité de remettre leur traitement personnel. Les prescriptions tout au long du séjour et à la sortie tiennent compte du traitement antérieur à l'admission. Des fiches de liaison sont établies en cas de transfert vers une autre structure de soins. Une procédure de gestion du traitement personnel prévoyant les conditions de sa mise en sécurité et sa restitution à la sortie a été réalisée, mais elle n'est à ce jour ni validée ni diffusée. Les pratiques dans ce domaine sont à ce jour hétérogènes et ne donnent que très rarement lieu à traçabilité dans le dossier du patient.

<p>Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont définies.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La sécurisation de la dispensation est assurée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la formalisation de l'organisation de l'analyse pharmaceutique et la prescription informatique qui permet l'analyse pharmaceutique de toutes les prescriptions ;</li> <li>- la mise en place de dotations d'urgence dans les unités d'hospitalisation ;</li> <li>- la réponse aux demandes urgentes par une astreinte de la pharmacie ;</li> <li>- l'organisation de l'acheminement des médicaments vers les unités ;</li> <li>- la dispensation nominative globalisée hebdomadaire est organisée pour les unités de longues hospitalisations.</li> </ul> <p>Le contenant entier est distribué si le médicament ne se présente pas en conditionnement unitaire. La chaîne du froid n'est pas garantie lors des livraisons, et selon le contexte, les médicaments peuvent attendre toute la journée avant d'être rangés.</p>
<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'administration du médicament a fait l'objet d'une procédure et la traçabilité est organisée grâce au support informatique. Il n'y a pas de protocoles d'administration y compris pour les médicaments à risque. Il existe une procédure de vérification des péremptions tous les quatre mois ; sa traçabilité est faite. Des référents pharmacie ont été nommés. Ils n'ont pas de fiche de poste précisant leurs missions et n'ont pas été formés. Il n'y a pas de procédure de rangement de la pharmacie. Il n'y a pas non plus de procédure de nettoyage des contenants de transport, des piluliers, des armoires à pharmacie et des réfrigérateurs ni de contrôle des températures.</p>
<p><b>E2 Mettre en oeuvre</b></p>	<p><b>Réponses aux EA</b></p>	<p><b>Constats</b></p>
<p>Les règles de prescription sont mises en oeuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les règles de prescription sont mises en oeuvre selon les règles définies.</p>

Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	Le déploiement de l'analyse pharmaceutique est effectif. La délivrance nominative hebdomadaire globalisée est organisée.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	Les professionnels, médecins et infirmiers assurent l'information du patient ou de son entourage sur le bon usage du médicament. Un support papier d'aide à l'information existe dans chaque unité. Il existe également dans quelques unités des supports vidéo pouvant soutenir cette information. Néanmoins, l'information du patient est rarement tracée dans le dossier.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'administration est réalisée.
<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.	Partiellement	Un audit a été réalisé en 2008 dans les unités de soins de longue durée. Il n'a pas été suivi d'un plan d'actions d'amélioration de la qualité et n'a pas été reconduit.
Des actions, visant le bon usage des médicaments, sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	En grande partie	Deux EPP ont été menées, une sur la pertinence de la prescription des substituts nicotiniques, une autre sur les soins douloureux sous "Kalinox" chez des personnes âgées ou très dépendantes.

## 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>D</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.	Non	L'établissement n'a pas formalisé de politique de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé.	
<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.	Partiellement	Il n'y a pas d'outil d'aide à la prescription spécifique au sujet âgé. Les professionnels sont informés que les recommandations de la HAS sont accessibles par internet.	
Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.	Partiellement	Seule une sensibilisation à la réévaluation des traitements a été menée à la faveur de l'EPP "prévention des chutes" menée par la fédération de gérontopsychiatrie.	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	

<p>La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée individuellement et réajustée si nécessaire comme pour tout patient. L'analyse pharmaceutique réalisée grâce à l'outil informatique participe à cette évaluation. Il n'y a pas eu d'EPP sur ce thème en dehors de l'EPP sur les chutes qui aborde indirectement la polymédication du sujet âgé. En 2010, une étude menée dans la fédération de gérontopsychiatrie dans le cadre d'un mémoire de capacité de gérontologie a fait le lien entre la survenue d'infection nosocomiale chez le sujet âgé et la médication par une association de psychotropes "antipsychotiques/neuroleptiques". Cette étude n'a pas à ce jour été diffusée ni valorisée institutionnellement.</p>
<p>Des actions d'amélioration et leurs suivis sont mis en œuvre.</p>	<p>Non</p>	<p>Les EPP menées n'ont pas donné lieu à des actions d'amélioration au regard de la prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé.</p>

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

<b>Cotation</b>		
<b>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.	Non	L'établissement n'a pas formalisé de politique de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé.
<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.	Partiellement	Il n'y a pas d'outil d'aide à la prescription spécifique au sujet âgé. Les professionnels sont informés que les recommandations de la HAS sont accessibles par internet.
Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.	Partiellement	Seule une sensibilisation à la réévaluation des traitements a été menée à la faveur de l'EPP "prévention des chutes" menée par la fédération de gérontopsychiatrie.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

<p>La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée individuellement et réajustée si nécessaire comme pour tout patient. L'analyse pharmaceutique réalisée grâce à l'outil informatique participe à cette évaluation. Il n'y a pas eu d'EPP sur ce thème en dehors de l'EPP sur les chutes qui aborde indirectement la polymédication du sujet âgé. En 2010, une étude menée dans la fédération de gérontopsychiatrie dans le cadre d'un mémoire de capacité de gérontologie a fait le lien entre la survenue d'infection nosocomiale chez le sujet âgé et la médication par une association de psychotropes "antipsychotiques/neuroleptiques". Cette étude n'a pas à ce jour été diffusée ni valorisée institutionnellement.</p>
<p>Des actions d'amélioration et leurs suivis sont mis en œuvre.</p>	<p>Non</p>	<p>Les EPP menées n'ont pas donné lieu à action d'amélioration au regard de la prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé.</p>

## 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.	En grande partie	
Les demandes d'analyse sont identifiées, argumentées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en 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.	Oui	

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

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

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

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

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

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

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

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

<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

## Cotation

C

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Des règles de fonctionnement sont définies, en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les secteurs d'imagerie (y compris externalisés).

Oui

L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen d'imagerie médicale.

NA

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

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à disposition des professionnels.

En grande partie

Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.

Partiellement

Les supports de prescription d'examens d'imagerie médicale ainsi que la traçabilité de leur justification sont très hétérogènes. Les demandes ne sont pas toujours justifiées. Le jour de la visite du service par les EV, certaines demandes étaient faites sur support papier, d'autres étaient une édition

	Partiellement	de l'examen somatique fait sur le dossier informatique avec en conduite à tenir l'examen demandé. Pour l'une d'entre elles, une édition complète de l'histoire d'une patiente et de son examen tenait lieu de demande de radio pulmonaire. Le manque de renseignements cliniques a conduit à ouvrir les droits d'accès aux manipulateurs de radiologies à tous les dossiers des patients (demande d'examen ou non) pour leur permettre d'accéder aux informations manquantes.
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.	En grande partie	Les clichés sont acheminés au prescripteur dès l'examen réalisé. Le retour au service d'imagerie pour interprétation par un radiologue est opérateur dépendant. Les manipulateurs en électroradiologie sont fréquemment obligés de relancer les services pour récupérer les clichés à interpréter. Si la grande majorité de ces clichés est interprétée dans des délais acceptables, certains autres ne le sont pas. Le jour de la visite des EV, un cliché de juillet 2011 et un autre d'octobre 2010 étaient en attente d'interprétation par le radiologue.

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

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des règles de fonctionnement sont définies, en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les secteurs d'imagerie (y compris externalisés).	Oui	
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen d'imagerie médicale.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à disposition des professionnels.	Oui	
Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	Partiellement	Les supports de prescription d'examens d'imagerie médicale ainsi que la traçabilité de leur justification sont très hétérogènes. Les demandes ne sont pas toujours justifiées. Le jour de la visite du service par les EV, certaines demandes étaient faites sur support papier, d'autres étaient une édition

	Partiellement	de l'examen somatique fait sur le dossier informatique avec en conduite à tenir l'examen demandé. Pour l'une d'entre elles, une édition complète de l'histoire d'une patiente et de son examen tenait lieu de demande de radio pulmonaire. Le manque de renseignements cliniques a conduit à ouvrir les droits d'accès aux manipulateurs de radiologies à tous les dossiers des patients (demande d'examen ou non) pour leur permettre d'accéder aux informations manquantes.
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	Il n'y a pas eu à ce jour d'évaluation des pratiques de demandes d'examen et transmission des résultats.
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité, avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.	Partiellement	Les clichés sont acheminés au prescripteur dès l'examen réalisé. Le retour au service d'imagerie pour interprétation par un radiologue est opérateur dépendant. Les manipulateurs en électroradiologie sont fréquemment obligés de relancer les services pour récupérer les clichés à interpréter. Si la grande majorité de ces clichés est interprétée dans des délais acceptables, certains autres ne le sont pas. Le jour de la visite des EV, un cliché de juillet 2011 et un autre d'octobre 2010 étaient en attente d'interprétation par le radiologue.

## 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>	C	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les secteurs développent un système d'assurance de la qualité.	Non	Il n'y a pas de système d'assurance qualité développé dans l'unité d'imagerie.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les examens sont réalisés dans le respect des bonnes pratiques.	En grande partie	Il existe une personne compétente en radioprotection. Les manipulateurs en électroradiologie ont bénéficié des formations validantes. Les contrôles externes réglementaires sont réalisés. L'ancienneté des matériels ne permet pas de mesurer la dosimétrie délivrée.
<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.	Non	Il n'y a pas, en dehors des contrôles externes réglementaires, d'actions d'évaluation pouvant s'inscrire dans un programme d'amélioration de la qualité en imagerie. Il n'y a pas d'évaluation dosimétrique permettant la comparaison aux niveaux de référence diagnostique en radiologie.

## 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.	Partiellement	Il n'y a pas, à ce jour, d'offre structurée d'éducation thérapeutique dans l'établissement. Cependant, certaines équipes ont eu ponctuellement recours à des programmes d'éducation thérapeutique proposés par d'autres partenaires du territoire de santé.
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.	Partiellement	Le débat institutionnel autour de l'éducation thérapeutique et de l'alliance thérapeutique n'est pas encore clos. Il n'y a pas encore de consensus sur les maladies ou situations nécessitant l'élaboration d'une démarche structurée d'éducation thérapeutique. Cependant, un programme d'ETP à destination du public atteint de psychose a été présenté et débattu en directoire. Ce programme a fait l'objet d'une demande d'autorisation auprès de l'ARS Pays de la Loire.
Une coordination avec les professionnels extrahospitaliers et les réseaux est organisée.	Partiellement	L'IREPS 44 (Institut Régional d'Education et de Promotion de la Santé) a été sollicité pour venir soutenir la démarche de l'institution dans le domaine de l'éducation thérapeutique. La coordination avec les professionnels extérieurs et les réseaux de santé se fait ponctuellement à la faveur de la participation d'un patient à un programme d'éducation

	Partiellement	thérapeutique extérieur à l'hôpital.
<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>	Oui	
<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>	Oui	
<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>	Non	Aucune évaluation n'est réalisée.

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

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

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'offre de programmes d'éducation thérapeutique, au sein de l'établissement et au sein du territoire de santé, est identifiée.	Partiellement	Il n'y a pas, à ce jour, d'offre structurée d'éducation thérapeutique dans l'établissement. Cependant, certaines équipes ont eu ponctuellement recours à des programmes d'éducation thérapeutique proposés par d'autres partenaires du territoire de santé.
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.	Partiellement	Seules certaines situations pouvant faire l'objet d'une démarche d'ETP ont été identifiées.
Une coordination avec les professionnels extrahospitaliers et les réseaux est organisée.	Partiellement	L'IREPS 44 (Institut Régional d'Education et de Promotion de la Santé) a été sollicité pour venir soutenir la démarche de l'institution dans le domaine de l'éducation thérapeutique. La coordination avec les professionnels extérieurs et les réseaux de santé se fait ponctuellement à la faveur de la participation d'un patient à un programme d'éducation thérapeutique extérieur à l'hôpital.
<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>Oui</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>Oui</p>	
<p><b>E3 Evaluer et améliorer</b></p>	<p><b>Réponses aux EA</b></p>	<p><b>Constats</b></p>
<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>Non</p>	<p>Aucune évaluation n'est réalisée.</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 organisée 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.

En grande partie

**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.

En grande partie

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Partiellement	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation" et de sa valeur 55 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [44 % - 66 %] 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 oeuvre d'autres modalités d'évaluation.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Non	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Partiellement	

## Référence 24: La sortie du patient

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



### Cotation

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	Non	
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Non	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Non	

## PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

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

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



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

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

La disponibilité des lits d'hospitalisation est analysée en temps réel.	NA	
Les professionnels sont formés à l'accueil et à l'orientation des patients.	NA	
L'établissement a développé une offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les secteurs de soins (consultations, hospitalisations directes).	NA	
<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>		
<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.	En grande partie	
<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		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique ou médico-technique organisent la mise en œuvre des démarches d'EPP.	En grande partie	
Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées, dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mettent en œuvre des démarches d'EPP.	En grande partie	

L'engagement des professionnels est effectif.	Oui	
Des actions de communication, relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats, sont mises en 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.	Partiellement	Moins de 50 % des démarches EPP mises en oeuvre sont suffisamment abouties pour permettre la mise en place d'actions d'amélioration puis l'évaluation de leur impact sur les pratiques.
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**

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

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

## 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.	En grande partie	
Une démarche d'amélioration est mise en oeuvre à partir du recueil des indicateurs, lorsque la valeur de l'indicateur le justifie.	En grande partie	
<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









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	
Prévention des risques liés à l'inhalation de poussière d'amiante	Véritas	30/10/2003	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recommandations prises en compte lors de la réalisation de travaux d'aménagement ou de maintenance (protection des travailleurs)

