



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION V2010

CENTRE HOSPITALIER DE LA TOUR BLANCHE

Avenue Jean Bonnefont
BP 190
36105 Issoudun

SEPTEMBRE 2012

MISE À JOUR - AVRIL 2013

SOMMAIRE

1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	3
2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	6
1. Les décisions par critères du manuel	7
2.Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	8
3.Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	9
4.Suivi de la décision	10
3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	11
CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	12
PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE	13
PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES	36
PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS	74
CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT	101
PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS	102
PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT	169
PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT	188
PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES	288
PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	309
SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	316
ANNEXES SUITE A MODALITE(S) de SUIVI : Fiche de suivi ayant fait l'objet d'une analyse par la HAS dans le cadre de la modalité de suivi	319
ANNEXES SUITE A MODALITE(S) de SUIVI : Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine procédure de certification	353

1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER DE LA TOUR BLANCHE

Adresse : Avenue Jean Bonfont Bp 190
36105 Issoudun INDRE

Site internet: www.ch-issoudun.fr

Statut : Public

Type d'établissement : Centre Hospitalier

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Court séjour	50	4	0
Soins de suite et/ou de réadaptation	124	10	0
Soins de longue durée	30	0	0

Nombre de sites.:	Un site
Activités principales.:	Médecine, Soins de Suite et Réadaptation Fonctionnelle, Soins de Longue Durée
Activités de soins soumises à autorisation.:	
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	/

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	<p>20 conventions ont été signées par l'établissement avec plusieurs établissements : organisation d'une activité de gynéco-obstétrique, médecin hygiéniste, admissions en service de médecine physique et de réadaptation, réinsertion des traumatisés crâniens et cérébrólésés, prise en charge des pathologies cardio-vasculaires, coopération chirurgicale et anesthésique, cardiologie, mise à disposition d'un angéiologue, stérilisation, pathologies psychiatriques, garde de médecins libéraux, élimination des pièces anatomiques, gestion de crise, conventions avec des maisons de retraite, fourniture des produits sanguins labiles.</p> <ul style="list-style-type: none">- Convention pour la fourniture de produits sanguins- Convention relative à l'organisation d'une activité de gynécologie-obstétrique au centre hospitalier d'Issoudun, en date du 7 juillet 1992, qui consiste à ce que le CH de Châteauroux assure dans les locaux du CH d'Issoudun une consultation de gynéco-obstétrique- Convention d'exercice en date du 15 novembre 2002, qui consiste à ce que le médecin hygiéniste du CH de Châteauroux exerce son activité, dans le cadre du service départemental d'hygiène et d'épidémiologie de l'Indre au sein du CH d'Issoudun une fois par mois
--	--

Réorganisation de l'offre de soins

- Convention dans le but de favoriser les admissions en service de médecine physique et de réadaptation en date du 6 mars 2002, qui consiste à créer une collaboration entre la clinique St-François de Châteauroux et le service de médecine physique
- Convention de coopération médicale en date du 6 mars 2002, qui consiste à créer une collaboration entre la résidence ALGIRA et le service de médecine physique et de réadaptation pour favoriser la réinsertion des traumatisés crâniens et cérébrolésés
- Convention de coopération relative à la prise en charge des pathologies cardio-vasculaires en date du 1er avril 2004, qui consiste à la collaboration du CH de Châteauroux et le service de médecine du CH d'Issoudun pour répondre aux attentes de la population en créant une unité de cardiologie au sein du service
- Convention cadre de coopération chirurgicale et anesthésique entre le CH de Châteauroux et le CH d'Issoudun en date du 4 janvier 2005, qui a pour objectif de préciser la nature du dispositif que permettra d'assurer une continuité de la prise en charge des patients avant une intervention et après les suites opératoires. Cette convention s'inscrit dans le cadre du schéma d'organisation sanitaire de la région centre

Regroupement/Fusion.:	/
Arrêt et fermeture d'activité.:	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	/

2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, du bilan des sécurités sanitaires et de la participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé, la Haute Autorité de Santé prononce une certification avec recommandation(s).

1. Les décisions par critères du manuel

RECOMMANDATION(S)

14.a Soins de suite et/ou de réadaptation (Gestion du dossier du patient) .

23.a Court Séjour (Education thérapeutique du patient) ;23.a Soins de longue durée (Education thérapeutique du patient) .

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, l'ensemble des contrôles et inspections a été réalisé; l'établissement est organisé et déploie des actions pour répondre aux recommandations et avis issus de ces contrôles et inspections.

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

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

4.Suivi de la décision

La Haute Autorité de Santé encourage l'établissement à poursuivre sa démarche qualité et à améliorer son organisation et ses pratiques. Il a du remettre dans un délai de 3 mois un (des) plan(s) d'action avec échéancier pour les recommandations émises ou non levées suite à sa première modalité de suivi (visite de suivi).

3.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

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement met en place des partenariats en cohérence avec les schémas de planification sanitaire, le projet médical de territoire et les orientations stratégiques.	Oui	
Les valeurs et les missions de l'établissement sont communiquées au public et aux professionnels.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La mise en 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

Critère 1.b Engagement dans le développement durable

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Un volet développement durable est intégré dans les orientations stratégiques.

Partiellement

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Partiellement

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.c Démarche éthique

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Partiellement

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement		
<p>Critère 1.d Politique des droits des patients</p>		
Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU).	Oui	
Des formations aux droits des patients destinées aux professionnels sont organisées.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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



Cotation

B

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.

En grande partie

La stratégie de développement de l'EPP est formalisée et inscrite dans la politique d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins.
 Pour autant, cette stratégie n'est pas déclinée en plans d'actions associés aux moyens nécessaires à leur mise en oeuvre.

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

Oui

La CME, en association avec la cellule qualité, organise la concertation sur la stratégie des EPP entre professionnels et gestionnaires.
 Cette concertation est réalisée à périodicité définie à l'occasion des réunions de la cellule qualité dont le directeur est membre.

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

Oui

Les missions et les responsabilités des acteurs dans l'organisation et le déploiement des EPP sont définies dans le document de synthèse "Politique EPP au CH de la Tour Blanche", validé en CME le 17/04/2012.
 L'établissement a fait le choix de confier cette organisation à la cellule qualité dont le pilotage est assuré par le président de la CME.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en oeuvre de l'EPP.	Oui	L'accompagnement méthodologique des acteurs est assuré par un prestataire externe tant pour la formation initiale que pour le déploiement sur le terrain. Le prestataire a également réalisé une intervention en CME.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches EPP.	En grande partie	Le tableau de bord des EPP permet de suivre régulièrement l'état d'avancement des démarches. Le président de la CME, responsable de la cellule qualité, est le référent identifié. Des fiches de suivi sont élaborées pour chaque EPP. Cependant, l'impact des démarches ne fait pas encore l'objet d'un suivi régulier.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	En grande partie	A l'occasion de la transmission des résultats d'EPP, la directrice des soins informe les professionnels de la stratégie de l'établissement et des motivations ayant présidé au choix de ces dernières. Pour autant, cette action de communication ne s'appuie pas sur un processus formalisé avec objectifs fixés, cibles identifiées et moyens de communication adaptés.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	L'établissement rend compte de ses démarches d'EPP devant ses instances. La communication est assurée par le journal interne "Les Brèves", par le tableau de bord des EPP transmis aux instances (directoire, CME, CTE, CSIRMT) et à l'échelon du pôle via les chefs de pôles.
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie en fonction des résultats obtenus.	Partiellement	Le document précisant la politique EPP intègre la nécessité d'évaluer et de réviser la stratégie de développement des EPP à périodicité définie, en l'occurrence annuelle, en se basant sur le tableau de bord et les résultats des indicateurs. Pour autant, le caractère récent de cette démarche ne permet pas d'en garantir la pérennité, et n'a pas permis à ce jour une révision de cette stratégie.

Référence 1: La stratégie de l'établissement		
<p>Critère 1.g Développement d'une culture qualité et sécurité</p>		
Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement a défini une stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels sont périodiquement informés sur la mise en oeuvre et l'évolution de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.	Oui	
Des activités sont organisées au cours desquelles les thèmes qualité et sécurité sont abordés (réunions, forum, séminaires, journées dédiées, actions de sensibilisation des patients, etc.).	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

La direction suit le développement de la culture qualité et sécurité dans l'établissement.	En grande partie	Il y a une volonté clairement énoncée par la direction. Cependant, les actions de formation à la qualité n'ont pas été mises en place et il n'y a pas de référent qualité dans les services.
--	------------------	--

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

Critère 2.a Direction et encadrement des secteurs d'activités

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les organigrammes de l'établissement et des différents secteurs d'activité sont définis.

En grande partie

Les circuits de décision et de délégation sont définis.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les organigrammes et l'information relative aux circuits de décision et de délégation sont diffusés auprès des professionnels.

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

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

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La représentation des usagers au sein de l'établissement est organisée.

Oui

Une politique de coopération avec les acteurs associatifs est définie.

Oui

Un dispositif de recueil des attentes des usagers est organisé.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les représentants d'usagers participent à l'élaboration et la mise en oeuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins, notamment dans le cadre de la CRU.

Oui

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	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le dispositif de participation des usagers est évalué et amélioré.	Non	

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

Critère 2.c Fonctionnement des instances

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les instances consultatives et délibérantes sont réunies à périodicité définie et saisies sur toutes les questions qui relèvent de leur compétence.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les ordres du jour et procès-verbaux des instances sont communiqués au sein de l'établissement.

Oui

Les instances sont informées des suites données à leurs avis et décisions.

Partiellement

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

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

Critère 2.d Dialogue social et implication des personnels

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La concertation avec les partenaires sociaux est organisée.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des actions favorisant l'implication et l'expression des personnels sont mises en oeuvre au sein des secteurs d'activité.

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

Le dialogue social est évalué à périodicité définie.

En grande partie

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

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



Cotation

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 et réunions de direction de l'établissement et des secteurs d'activité.

En grande partie

Les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés.

Oui

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

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.

Partiellement

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

Non

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'intégration de tout nouvel arrivant est organisée.

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.

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

L'évaluation de l'efficacité des mesures d'intégration donne lieu à des actions d'amélioration.

Non

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 50 salariés. En dessous de 50 salariés, les missions du CHSCT sont assurées par les délégués du personnel.

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les risques professionnels sont identifiés à périodicité définie.

Partiellement

Le Document unique est établi.

Oui

Un plan d'amélioration des conditions de travail est défini.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des actions de prévention des risques sont mises en oeuvre en collaboration avec le CHSCT et le service de santé au travail.

Partiellement

Des actions d'amélioration des conditions de travail sont mises en oeuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le programme de prévention des risques et le Document unique sont évalués à périodicité définie sur la base du bilan du service de santé au travail, du CHSCT, des déclarations d'accidents du travail et d'événements indésirables.	Non	
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.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

Les actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont évaluées.	Non	
La satisfaction des personnels est évaluée.	Partiellement	

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.a Gestion budgétaire

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.b Amélioration de l'efficience

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.a Système d'information

Cotation

A

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.

Oui

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.b Sécurité du système d'information

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.c Gestion documentaire

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un dispositif de gestion documentaire est en place.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le dispositif est connu par les professionnels.

Oui

Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent.

Oui

Le système de mise à jour des documents est opérationnel.

Oui

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.a Sécurité des biens et des personnes

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les situations mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes sont identifiées.

Oui

Les responsabilités en matière de sécurité des biens et des personnes sont définies.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les situations identifiées font l'objet de dispositifs adaptés de sécurité (installations, équipements, consignes, sensibilisation et formation).

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.b

Gestion des infrastructures et des équipements (hors dispositifs médicaux)

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La maintenance curative des équipements et des infrastructures est organisée.

Oui

L'établissement dispose d'un programme de maintenance.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les opérations de maintenance (curatives et préventives) assurées en interne et par des sociétés extérieures sont tracées et permettent un suivi des opérations.

Oui

Le dépannage d'urgence des équipements et des infrastructures est opérationnel.

Oui

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.c
Qualité de la restauration

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Il existe une organisation permettant, dès l'admission du patient, de recueillir ses préférences alimentaires.

Oui

Les attentes des professionnels en matière de restauration sont recueillies.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les préférences des patients sont prises en compte.

Oui

Des solutions de restauration sont proposées aux accompagnants.

Oui

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.d Gestion du linge

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Le circuit du linge est défini.

Oui

Les besoins par secteur sont quantifiés et incluent les demandes en urgence.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

La gestion du linge assure le respect des règles d'hygiène.

Oui

Les approvisionnements correspondent aux besoins des secteurs.

Oui

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.e Fonction transport des patients

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La fonction transport des patients est organisée.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les transports respectent les exigences d'hygiène et de sécurité.

Oui

Les transports sont réalisés dans le respect de la dignité, de la confidentialité et du confort du patient.

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

La satisfaction et les délais d'attente sont évalués à périodicité définie et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Non	
--	-----	--

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.f Achats écoresponsables et approvisionnements

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

En grande partie

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

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

Critère 7.a Gestion de l'eau

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Un plan de maintenance préventif et curatif des installations élaboré avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents) est mis en oeuvre.

Oui

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

Oui

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

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

Critère 7.b Gestion de l'air

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

Des dispositions sont prévues en cas de travaux.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Un plan et des procédures de surveillance et de maintenance de la qualité de l'air en concertation avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents) et le CHSCT sont mis en oeuvre.

Oui

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

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

Critère 7.c Gestion de l'énergie

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un diagnostic énergétique est réalisé.

Oui

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

Oui

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.	Non	
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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les actions à mettre en oeuvre pour assurer l'hygiène des locaux et leurs modalités de traçabilité sont définies avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents).

Oui

En cas de sous-traitance, un cahier des charges définit les engagements sur la qualité des prestations.

NA

Les responsabilités sont identifiées et les missions sont définies.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des actions de sensibilisation et de formation périodiques sont menées.

Oui

Les procédures en matière d'hygiène des locaux sont mises en oeuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des évaluations à périodicité définie sont organisées avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents).	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

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

Critère 7.e Gestion des déchets

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

Les procédures de gestion des déchets sont établies.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le tri des déchets est réalisé.

Oui

Des actions de sensibilisation et/ou de formation des professionnels sont organisées.	Oui	
Des mesures de protection du personnel sont mises en application pour la collecte et l'élimination des déchets.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les dysfonctionnements en matière d'élimination des déchets sont identifiés et analysés.	Oui	
Des actions d'évaluation et d'amélioration relatives à la gestion des déchets sont conduites.	Oui	
L'établissement a identifié les filières locales de valorisation possible des déchets.	Oui	

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

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

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

Le programme d'amélioration de la qualité (PAQ) est formalisé pour les risques a posteriori traités en COVIRIS. Ce PAQ ne recense pas toutes les actions d'amélioration mises en oeuvre par les autres comités (CLIN, CLUD, CRU, ...)

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

En grande partie

Le programme d'amélioration de la qualité prend en compte les dysfonctionnements a posteriori traités en COVIRIS. L'analyse des risques a priori est en cours d'élaboration (Document unique, risques par processus). Ceux-ci ne sont pas encore intégrés à ce programme.

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

NA

Le programme est soumis aux instances.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins sont mis en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	Oui	
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	Partiellement	Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est mis en place dans les secteurs d'activité. Le programme est suivi dans sa réalisation. L'Assemblée Qualité et Prévention des risques (AQPR) a défini dans son règlement intérieur la notion d'évaluation par le biais d'indicateurs qui est le taux de réalisation des axes d'amélioration de l'établissement. Un bilan des actions est réalisé mais l'efficacité du programme n'est pas évaluée.
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	Partiellement	Les réajustements du PAQ sont réalisés à la suite des résultats des audits dans le cadre des EPP. En dehors de ces réajustements, le PAQ est complété par le report d'une année sur l'autre des actions qui n'ont pas été réalisées.

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

Critère 8.b
Fonction gestion des risques



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

La fonction gestion des risques existe et figure dans l'organigramme. La coordination entre la fonction gestion des risques et les gestionnaires de risques (vigilances, risques liés aux soins, risques non liés aux soins) n'est pas formalisée. La fiche de mission du gestionnaire de risque, qui est aussi Directeur du système d'information et d'organisation de la Qualité (DSIO), n'est pas formalisée et le temps passé à l'exercice de la fonction n'est pas quantifié ni planifié.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La fonction gestion des risques travaille en lien avec les autres gestionnaires de risque. Pour chaque objectif du programme de gestion des risques une personne ressource est identifiée.

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

<p>Les conditions d'exercice de la fonction « Gestion des risques » sont évaluées.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La fonction gestion des risques est organisée. Des évaluations sont réalisées par les différents responsables de risque (Vigilances, risques liés aux soins, risques non liés aux soins) dans différents domaines (Informatique, EPP, R.H. accueil patient, ..). Mais ces évaluations ne sont pas formalisées dans un plan d'action.</p>
--	-------------------------	---

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

Critère 8.c
Obligations légales et réglementaires

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une veille réglementaire est organisée par un responsable identifié.

Oui

La direction établit un plan de priorisation des actions à réaliser suite aux contrôles internes et externes. Ce plan prend en compte la parution de nouvelles exigences réglementaires.

En grande partie

L'établissement prend en compte les actions à réaliser à la suite des remarques effectuées dans le cadre des contrôles internes et externes. Chaque responsable priorise ses actions qui ne font pas l'objet d'un plan global sur l'ensemble de l'établissement.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

L'établissement met en oeuvre les actions consécutives aux recommandations issues des contrôles réglementaires en fonction du plan de priorisation.

En grande partie

Toutes les actions consécutives aux recommandations issues des contrôles réglementaires sont mises en oeuvre. Elles ne suivent pas un plan de priorisation global qui n'existe pas.

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

La direction assure un suivi du traitement des non-conformités.	Oui	
---	-----	--

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

Critère 8.d
Evaluations des risques a priori

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement évalue les risques dans les secteurs d'activité.

En grande partie

Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie.

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des actions de prévention, d'atténuation et de récupération pour les activités de soins à risques sont mises en place.

Oui

Les professionnels concernés sont formés à l'analyse des risques a priori.

Partiellement

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

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et des risques**Critère 8.e
Gestion de crise****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

Les situations de crise sont identifiées.

Oui

Une organisation destinée à faire face aux situations de crise est mise en place et diffusée à l'ensemble des professionnels concernés.

Oui

Les plans d'urgence sont établis.

Oui

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

Une cellule de crise est opérationnelle.

Oui

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

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.

En grande partie

Plusieurs instances sont chargées de recueillir les évènements indésirables : le COVIRIS pour les FSEI et les RMM, la CRU pour les plaintes, les VIGILANCES pour tout ce qui concerne les risques à déclaration réglementaire et les responsables administratifs pour les événements à caractère non médical. L'établissement a rédigé une procédure de signalement, de traitement et d'analyse des événements indésirables. Un indice de criticité, incluant la gravité et la fréquence, est en place. Il existe un support papier et un support informatisé de signalement des événements indésirables. Les bilans de chaque responsable de risques sont présentés à l'assemblée qualité et prévention des risques (AQPR) qui regroupe l'ensemble des responsable des risques. Toutefois, les différents systèmes de signalement sont indépendants. Chaque responsable analyse et met en place des actions correctives sans que cela soit coordonné par le gestionnaire de risque. Les signalements et les actions ne sont pas rassemblés dans un lieu unique.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.	Oui	Des formations ont été réalisées au profit de tous les services.
Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	En grande partie	Les membres du COVIRIS chargés d'analyser les déclarations d'événements indésirables se forment à l'analyse des causes profondes des événements indésirables par e-Learning. Tous les membres n'ont pas encore suivi la formation.
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée, en associant les acteurs concernés.	Oui	Un processus de hiérarchisation permet d'identifier les événements indésirables nécessitant une analyse des causes profondes. Les RMM font l'objet d'une analyse des causes profondes selon la méthode ALARM. Au moins un des membres du COVIRIS a été formé à cette méthode. L'analyse est structurée et participative.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions correctives sont mises en oeuvre suite aux analyses.	En grande partie	Les actions correctives sont identifiées en cohérence avec les analyses de causes des événements indésirables. Les actions sont mises en oeuvre et suivies par le COVIRIS qui élabore un rapport annuel d'activité. Un indicateur de suivi des actions a été mis en place. Eu égard à l'échelle de l'établissement, les actions du COVIRIS ne sont pas hiérarchisées et suivies sous forme de tableau.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	Oui	L'analyse des événements indésirables permet d'identifier les causes profondes des événements récurrents. Des plans d'action d'amélioration sont en place.

L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	Partiellement	En raison de la taille de l'établissement, l'efficacité des actions correctives est mesurée par le non renouvellement d'une déclaration d'événement indésirable pour la même cause. Il n'y a pas de dispositif de mesure de l'efficacité des actions correctives.
--	---------------	---

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

Critère 8.g
Maîtrise du risque infectieux



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

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

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

Critère 8.h
Bon usage des antibiotiques



Cotation	B	
Indicateur ICATB du tableau de bord des infections nosocomiales	Classe associée à la valeur du score ICATB	Constats
Score à disposition de l'établissement au moment de la visite.	A	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	

<p>La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e heure et la 72e heure est inscrite dans le dossier du patient.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles sur la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24 ème heure et la 72 ème heure, un audit a été réalisé en octobre 2010 en MCO. Les résultats montrent que la réévaluation de l'antibiothérapie est peu ou pas toujours tracée dans le dossier médical. Des actions d'amélioration ont été mises en oeuvre comme le suivi des prescriptions des antibiotiques par les pharmaciens avec la délivrance d'un nouveau traitement après réévaluation par le médecin. La possibilité pour le médecin d'inscrire un commentaire sur la prescription informatisée afin que le pharmacien puisse contrôler la trace de la réévaluation. Il est prévu d'évaluer l'impact de ces actions en automne 2011.</p>
---	----------------------	---

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

Critère 8.i
Vigilances et veille sanitaire

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une organisation pour répondre à des alertes sanitaires descendantes et ascendantes est en place.

Oui

Une coordination entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et des risques de l'établissement est organisée.

Oui

Une coordination est organisée entre l'établissement et les structures régionales (ou interrégionales) et nationales de vigilance et de veille sanitaire.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles.

Oui

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

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

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

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

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

La maîtrise du processus transfusionnel est évaluée et donne lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	
---	---------------	--

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

Critère 8.k
Gestion des équipements biomédicaux

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement a défini un système de gestion des équipements biomédicaux, comprenant un plan pluriannuel de remplacement et d'investissement.

Partiellement

Une procédure (équipement de secours, solution dégradée ou dépannage d'urgence) permettant de répondre à une panne d'un équipement biomédical critique est formalisée et est opérationnelle.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le système de gestion des équipements biomédicaux est mis en oeuvre sous la responsabilité d'un professionnel identifié.

Oui

La maintenance des équipements biomédicaux critiques est assurée et les actions sont tracées.

Oui

Les professionnels disposent des documents nécessaires à l'exploitation des équipements biomédicaux.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La gestion des équipements biomédicaux est évaluée et donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	

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

L'établissement a défini une organisation pour la gestion des plaintes et réclamations.
 Un médiateur compétant pour les réclamations liées au fonctionnement médical et à l'organisation des soins, et un médiateur non médical compétent pour les autres sujets sont identifiés.
 Il existe un registre unique des plaintes et des réclamations.
 Il existe une procédure de gestion des plaintes.
 Un règlement intérieur du fonctionnement de la CRU mentionne ses missions et sa composition.

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

Oui

Des membres de la CRU sont aussi membres du COVIRIS chargé d'analyser les signalements des évènements indésirables.
 Le bilan annuel du COVIRIS est présenté en CRU.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	Les professionnels concernés sont associés à la réponse donnée au plaignant, à l'élaboration et à la mise en oeuvre des actions correctives.
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre.	Oui	A l'issue de la réunion de la CRU, le directeur de l'établissement transmet une réponse motivée à tout plaignant.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et des réclamations, incluant le suivi du délai de réponse au plaignant, contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.	En grande partie	L'intégralité des plaintes et réclamations sont présentées en CRU. L'analyse qualitative et quantitative des plaintes et réclamations est présentée à la CRU et intégrée dans le bilan annuel. Cette analyse donne lieu à des actions d'amélioration. Ces actions d'amélioration font l'objet d'un plan d'action propre à ce comité et distinct du plan d'amélioration de la qualité.

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

Critère 9.b Evaluation de la satisfaction des usagers

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une stratégie d'évaluation de la satisfaction des usagers est définie en lien avec la CRU.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

La satisfaction des usagers est évaluée selon une méthodologie validée.

Oui

Les secteurs d'activité et les instances, dont la CRU, sont informés des résultats des évaluations de la satisfaction.

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

**Critère 23.a - Soins de suite et/ou de réadaptation
Éducation thérapeutique du patient**

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

Des techniques et outils pédagogiques sont mis à disposition des professionnels de santé.	En grande partie	
Des supports éducatifs sont mis à disposition des patients et de leur entourage par les professionnels au cours de la démarche éducative.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de l'efficacité du dispositif d'ETP (patients, professionnels de santé) donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	

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

**Critère 23.a - Soins de longue durée
Éducation thérapeutique du patient**

Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les maladies ou situations, nécessitant l'élaboration d'une démarche structurée d'éducation thérapeutique du patient (ETP), intégrée à sa prise en charge, sont identifiées.

Oui

Les principales maladies nécessitant l'élaboration d'une démarche d'éducation thérapeutique sont identifiées : diabète, insuffisance cardiaque, HTA, dépendance alcoolique, anticoagulants, escarres.

Une coordination avec les professionnels extra-hospitaliers et les réseaux est organisée.

Oui

Une coordination est organisée avec les établissements voisins, en particulier pour la stomathérapie et la tabacologie. La coordination avec le réseau Diapason, réseau régional de prise en charge du diabète, permet en particulier l'animation d'ateliers au sein de l'établissement, ouverts également aux professionnels.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des activités d'éducation thérapeutique, impliquant les professionnels, les secteurs d'activité concernés et les représentants des patients, sont mises en oeuvre.

Partiellement

Seuls les ateliers animés par l'association Diapason dispensent des activités d'éducation thérapeutique.

Les professionnels de santé sont formés à la démarche d'ETP.	Partiellement	Actuellement, seuls trois professionnels de l'établissement ont bénéficié de quelques heures de formation à l'éducation thérapeutique : la coordinatrice des soins, la cadre et le médecin de médecine physique et réadaptation.
Des techniques et outils pédagogiques sont mis à disposition des professionnels de santé.	Partiellement	Les professionnels de santé ont uniquement accès aux outils développés par Diapason.
Des supports éducatifs sont mis à disposition des patients et de leur entourage par les professionnels au cours de la démarche éducative.	Oui	Des supports éducatifs sur différents sujets (diabète, HTA, troubles du rythme, anticoagulants, isolement, hygiène du pied) sont mis à disposition des patients et de leur entourage.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de l'efficacité du dispositif d'ETP (patients, professionnels de santé) donne lieu à des actions d'amélioration.	Non	Le dispositif d'éducation thérapeutique n'étant pas encore formalisé, il ne donne pas lieu à évaluation.

Référence 24: La sortie du patient

Critère 24.a - Court Séjour Sortie du patient



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

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 à son suivi sont remis au patient.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Partiellement	Compte tenu de la classe de l'indicateur Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation et de sa valeur de 19% avec un intervalle de confiance à 95% = [10-27] pour la campagne 2010
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation. Il n'a pas mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Partiellement	Il y a un retour d'information par le SSIAD et pour les sorties en HAD uniquement.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Partiellement	Un groupe de travail est constitué avec médecins, secrétaires et cadre de soin. Aucune action n'est mise en place.

Référence 24: La sortie du patient

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

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 à son suivi sont remis au patient.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Partiellement	Compte tenu de la classe de l'indicateur Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation et de sa valeur de 25% avec un intervalle de confiance à 95% = [16-34] pour la campagne 2010
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation. Il n'a pas mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Partiellement	Il y a un retour d'information par le SSIAD et pour les sorties en HAD uniquement.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Partiellement	Un groupe de travail est constitué avec médecins, secrétaires et cadre de soin. Aucune action n'est mise en place.

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 sont organisés en fonction du type de prise en charge et de l'état clinique du patient.

Oui

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

Oui

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

Oui

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 à son suivi sont remis au patient.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	Partiellement	Il y a un retour d'information par le SSIAD. Cette évaluation n'est pas régulière ni formalisée.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	En grande partie	Il y a un retour d'information par le SSIAD.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Partiellement	Un groupe de travail est constitué avec médecins, secrétaires et cadre de soin. Aucune action n'est mise en place.

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

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'organisation du service des urgences au sein du réseau des urgences est formalisée et connue par les acteurs du territoire de santé.

En grande partie

L'organisation du service des urgences est formalisée. Le projet d'établissement 2010-2014 intègre le projet de restructuration de ce secteur.
 Les modalités d'accueil des personnes vulnérables sont précisées. Des conventions de coopération sont signées : avec Tours pour les urgences neuro-vasculaires ; avec Châteauroux pour la cardiologie, la chirurgie viscérale et orthopédique, l'anesthésie et l'ORL ; avec le CH George Sand pour la psychiatrie.
 Un réseau de télémédecine est en place avec le CH de Châteauroux.
 L'établissement a fait le choix de ne pas se doter d'une commission des urgences, considérant que l'organisation de ces dernières et le recours aux structures d'aval étaient structurés avec des délais d'attente maîtrisés.

Le recours aux avis spécialisés permettant de répondre aux besoins des patients est organisé et formalisé.	Oui	Le recours aux avis spécialisés est organisé en temps réel pour la cardiologie. Lorsque cet avis ne présente pas de caractère urgent, le recours aux consultations externes est organisé en particulier pour la psychiatrie et la pneumologie. Toutes les situations urgentes qui ne peuvent être prises en charge sur le site sont transférées.
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 debouts, patients couchés, traumatologie, filières spécifiques, etc.).	En grande partie	Les circuits de prise en charge des patients au sein des urgences sont définis et formalisés. Les patients nécessitant une prise en charge urgente sont transférés principalement vers l'hôpital de Châteauroux. Les modalités du transfert respectent la procédure en vigueur, mais la typologie de ces patients n'a pas fait l'objet d'une formalisation.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La disponibilité des lits d'hospitalisation est analysée en temps réel.	Oui	La disponibilité des lits d'hospitalisation est régulièrement analysée par le cadre des urgences et tracée sur un document spécifique toujours disponible aux urgences. Ce document est faxé tous les jours à la direction et à l'ARS. Les services d'aval sont impliqués dans cette organisation.
Les professionnels sont formés à l'accueil et à l'orientation des patients.	Oui	Les infirmières en charge de l'accueil des urgences ont bénéficié d'un stage au Centre d'Accueil et d'Orientation Départemental, ainsi qu'aux urgences de Châteauroux. Deux infirmières ont bénéficié d'une formation aux gestes d'urgence niveau 1 et 2. La formation du reste de l'équipe est planifiée sur 2012 et 2013. Les praticiens intervenant dans le secteur sont tous titulaires de la CAMU.
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).	En grande partie	Seuls les patients relevant des soins palliatifs sont admis directement dans les secteurs de soins. Au vu des prises en charge assurées, l'établissement a fait le choix d'accueillir l'ensemble des patients dans le secteur des urgences avant toute hospitalisation.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi des temps d'attente et de passage selon le degré d'urgence est en place.	Oui	Le suivi des temps d'attente et de passage aux urgences est organisé et tracé. Le système d'information permet de renseigner la typologie des patients. Le cadre du service organise une revue trimestrielle de ces indicateurs.
Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements sont réalisés.	En grande partie	Le signalement des événements indésirables est organisé selon les modalités en vigueur pour l'ensemble de l'établissement. Le secteur des urgences n'a pas instauré de dispositif spécifique mais identifie les événements qui relèvent de sa responsabilité, et assure leur traitement. Les professionnels connaissent les enjeux et le circuit du recueil des dysfonctionnements.
Les actions d'amélioration sont définies avec les professionnels et les représentants des usagers, et mises en œuvre.	Oui	Les actions d'amélioration sont en cohérence avec les résultats des dysfonctionnements recueillis. Les usagers participent à la définition des actions d'amélioration le cas échéant. Le suivi de la mise en oeuvre de ces actions est assuré par la cellule qualité.

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

Des circuits spécifiques sont définis pour les différents modes de prise en charge (hospitalisation complète programmée, chirurgie ambulatoire, urgences immédiates, urgences différées).

NA

Les locaux et l'équipement sont conformes et font l'objet d'une démarche qualité.

NA

La charte de fonctionnement définie et validée par un conseil de bloc précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, établit les responsabilités et les modalités d'élaboration, de régulation des programmes opératoires.

NA

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

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle**Critère 26.b - Radiothérapie****Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur**

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

Cotation

NA

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

Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance avec des objectifs précis et opérationnels.

NA

Une démarche qualité documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.

NA

L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.

NA

Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.

NA

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

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

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

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

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

Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance avec des objectifs précis et opérationnels.

NA

Une démarche qualité documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.

NA

L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.

NA

Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.

NA

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.b - Salle de naissance Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

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

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

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

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.b - Techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

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

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

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

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

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

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

Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance avec des objectifs précis et opérationnels.

NA

Une démarche qualité documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.

NA

L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.

NA

Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.

NA

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.b - Endoscopie

Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance avec des objectifs précis et opérationnels.

Oui

L'établissement a procédé à une identification et une hiérarchisation des risques en endoscopie en réalisant une cartographie. Cette prise en charge ne concerne que quelques patients par an, exclusivement sous la forme d'actes réalisés en externe sans anesthésie.

Une démarche qualité documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.

Oui

Un manuel qualité du secteur d'endoscopie a été élaboré. Il aborde l'organisation du secteur, les responsabilités, la gestion des installations et les outils de suivi.

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.

Oui

Les demandes d'examen endoscopique s'effectuent sur des bons permettant la transmission d'informations utiles à la prise en charge du patient.
Le risque de transmission d'ATNC est recensé et tracé tant dans le dossier du patient qu'au niveau du secteur de désinfection des endoscopes.
Le consentement du patient est recherché et tracé.
Les comptes-rendus d'endoscopie mentionnent le numéro de série de l'endoscope.

Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	Oui	Les rendez-vous pour endoscopie sont saisis dans le logiciel de gestion des patients, et les comptes-rendus opératoires sont associés à ces rendez-vous garantissant ainsi la disponibilité de l'information.
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.	Oui	La cadre des consultations externes est garante de la régulation de cette activité.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	Oui	Les professionnels s'appuient sur les procédures issues de leurs collègues, ainsi que sur celles de l'hôpital de Châteauroux où exerce l'un des praticiens en charge des actes d'endoscopie. L'activité du personnel soignant est encadrée par les recommandations du manuel qualité du secteur.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	Oui	Cette activité ne fait pas appel à des dispositifs médicaux implantables. La traçabilité des actes et des vérifications est effective.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un recueil et une analyse des événements indésirables avec retour d'expérience aux professionnels permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	En grande partie	Le recueil des événements indésirables est réalisé via les fiches générales. Aucun événement n'a été déclaré pour ce secteur, et la modestie de l'activité réalisée ne justifie pas l'organisation d'un recensement décentralisé.
La réalisation d'audit et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	En grande partie	La gestionnaire des risques liés aux soins a planifié à court terme un audit du contenu du dossier ainsi qu'un audit de pratiques pour fin 2012. Cet audit concernera la tenue du personnel et la traçabilité du nettoyage des endoscopes. L'établissement participe également au groupe de travail régional sur la prise en charge des endoscopes contaminés.

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.c
Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique

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

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

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

Critère 27.a

Activités de soins de suite et de réadaptation

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient et à la continuité des soins est organisé entre secteurs de soins de suite et réadaptation, activité clinique, médico-technique, technique et logistique.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le projet personnalisé de prise en charge qui comprend une activité de soins de suite et de réadaptation est élaboré avec le patient, son entourage et en concertation avec tous les professionnels concernés.

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

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 (EPP)

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.

Oui

Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.

NA

Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées, dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.

NA

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mettent en œuvre des démarches d'EPP.

Oui

L'engagement de tous les professionnels est effectif.	Oui	
Des actions de communication relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats sont mises en œuvre.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.	Partiellement	
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.	Partiellement	

Référence 28: L'évaluation des pratiques professionnelles

**Critère 28.b
Pertinence des soins**

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les enjeux liés à la pertinence des soins sont identifiés au sein de l'établissement.

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des analyses de la pertinence des soins sont réalisées, et permettent la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.

Oui

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 28: L'évaluation des pratiques professionnelles

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement identifie les indicateurs de pratique clinique pertinents au regard de ses activités.

Oui

L'établissement identifie des indicateurs de pratique issus des EPP qu'il mène régulièrement.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

L'établissement recueille et analyse les indicateurs de pratique clinique choisis.

En grande partie

L'établissement recueille et analyse les indicateurs de pratique clinique qu'il a identifiés.
 Le dispositif de recueil est en cours de structuration. Les outils d'analyse, les objectifs et la coordination du recueil n'ont pas fait l'objet d'une formalisation.

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

Les actions d'amélioration sont initiées à partir du suivi des indicateurs.
 Les professionnels concernés participent à la démarche d'amélioration ; un référent est identifié pour assurer ce suivi.

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

<p>L'établissement révise régulièrement la liste des indicateurs analysés.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La politique EPP, validée en CME le 17/04/2012, prévoit une révision régulière des indicateurs en fonction de leur pertinence et de leur évolution. Certains indicateurs ont déjà fait l'objet d'une révision. Pour autant, le caractère récent de cette organisation ne permet pas d'en garantir la pérennité.</p>
--	-------------------------	--

SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

	Date de la visite / rapport de suivi	Niveau de certification prononcé	Suivi de la décision	Echéance
Visite initiale	du 14/06/2011 au 17/06/2011	Certification avec sursis	visite de suivi	6
Visite de suivi	du 30/05/2012 au 31/05/2012	Certification avec recommandations	plan d'action	3

	Visite initiale	Visite de suivi
1.f (Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles)	Recommandation	Décision levée
10.e (Gestion des mesures de restriction de liberté) - Court Séjour	Recommandation	Décision levée
10.e (Gestion des mesures de restriction de liberté) - Soins de suite et/ou de réadaptation	Recommandation	Décision levée
11.a (Information du patient sur son état de santé et les soins possibles) - Court Séjour	Recommandation	Décision levée
11.b (Consentement et participation du patient) - Soins de longue durée	Recommandation	Décision levée
11.c (Information du patient en cas de dommage lié aux soins) - Soins de longue durée	Réserve	Décision levée
11.c (Information du patient en cas de dommage lié aux soins) - Soins de suite et/ou de réadaptation	Réserve	Décision levée
12.a (Prise en charge de la douleur) - Soins de suite et/ou de réadaptation	Recommandation	Décision levée
14.a (Gestion du dossier du patient) - Court Séjour	Recommandation	Décision levée
14.a (Gestion du dossier du patient) - Soins de longue durée	Recommandation	Décision levée
14.a (Gestion du dossier du patient) - Soins de suite et/ou de réadaptation	Recommandation	Recommandation

	Visite initiale	Visite de suivi
23.a (Education thérapeutique du patient) - Court Séjour	Réserve	Recommandation
23.a (Education thérapeutique du patient) - Soins de longue durée	Réserve	Recommandation
25.a (Prise en charge des urgences et des soins non programmés)	Recommandation	Décision levée
26.b (Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur) - Endoscopie	Réserve Majeure	Décision levée
28.c (Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique)	Recommandation	Décision levée

ANNEXES SUITE À MODALITÉ(S) DE SUIVI

Fiches de suivi engageant l'établissement pour la prochaine
procédure de certification

Les fiches de suivi donnent à l'établissement l'opportunité de montrer sa réactivité dans la résolution d'une problématique donnée et de rendre compte des actions menées. Ces fiches de suivi ont fait l'objet d'une analyse par la Haute Autorité de Santé ce qui lui a permis, le cas échéant, de modifier la cotation du critère impacté.

FICHE SUIVI

Titre du projet d'amélioration:

Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles

Problématique:

Absence d'une politique rédigée

Résultats obtenus:

Politique rédigée en cellule qualité et sécurité de soins et validée en CME le 17 avril 2012

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Dr BERRIRI	Direction	Responsable qualité, coordinatrice des soins, gestionnaire des risques

Etat d'avancement des actions

Intitulé de l'action	Etat	Date
Rédaction de la politique EPP	Réalisée	31/01/12 00:00
présentation de la politique EPP	En cours	17/04/12 00:00

Etat d'avancement des évaluations

Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
volet évaluation noté dans la politique	Prévue	08/10/12 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

programme d'amélioration de la qualité et prévention des risques 2012

Validation institutionnelle:

directoire, cellule qualité et sécurité des soins, CME

Planification des revues de projet:

établie par la CME

FICHE SUIVI

Titre du projet d'amélioration:

Gestion des mesures de restriction de liberté

Problématique:

le respect des bonnes pratiques en matière de restriction de liberté n'est pas évalué

Résultats obtenus:

évaluation au travers d'une EPP

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Dr LOMBARD	Dr LOMBARD, Mme GALLE, H. Bellala, S. Gourier, H. Souffez, M. Thiébault, F. Michigan, S. André	CME

Etat d'avancement des actions

Intitulé de l'action	Etat	Date
constitution d'un groupe de travail	Réalisée	08/12/11 00:00
état des lieux	Réalisée	19/01/12 00:00
élaboration fiche prescription contention + procédure	Réalisée	21/02/12 00:00
présentation de l'EPP en CME	Prévue	17/04/12 00:00
présentation de l'EPP en CSIRMT	Prévue	21/05/12 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
évaluation de la fiche de prescription et de la procédure	Prévue	02/11/12 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

en cellule qualité et sécurité des soins

Validation institutionnelle:

en CME

Planification des revues de projet:

en assemblée qualité et prévention des risques

FICHE SUIVI

Titre du projet d'amélioration:

Gestion des mesures de restriction de liberté

Problématique:

le respect des bonnes pratiques en matière de restriction de liberté n'est pas évalué

Résultats obtenus:

évaluation au travers d'une EPP

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Dr LOMBARD	Dr LOMBARD, Mme GALLE, H. Bellala, S. Gourier, H. Souffez, M. Thiébault, F. Michigan, S. André	CME

Etat d'avancement des actions

Intitulé de l'action	Etat	Date
constitution d'un groupe de travail	Réalisée	08/12/11 00:00
état des lieux	Réalisée	19/01/12 00:00
élaboration d'une fiche de prescription contention + procédure	Réalisée	21/02/12 00:00
présentation de l'EPP en CME	Prévue	17/04/12 00:00
présentation de l'EPP en CSIRMT	Prévue	21/05/12 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
évaluation de la fiche de prescription + procédure	Prévue	02/11/12 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

en cellule qualité et sécurité des soins

Validation institutionnelle:

en CME

Planification des revues de projet:

en assemblée qualité et prévention des risques

FICHE SUIVI

Titre du projet d'amélioration:

Intégration d'une organisation structurée au travers de la politique du dossier patient

Problématique:

l'information n'est pas structurée

Résultats obtenus:

rédaction d'une politique du dossier patient

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Dr BERRIRI	Mme THIAIS, Dr BOUTON, Dr TISKRAIL, Dr GIRARDOT, Dr TANGUY, Mme GALLE, M. SLOWIKOWSKI, Mme CHEVALIER, Mme POTIN, Mme CHAREIL	Mme MERLET (consultante SHAM)

Etat d'avancement des actions

Intitulé de l'action	Etat	Date
élaboration de la cartographie des risques du dossier patient	Réalisée	17/11/11 00:00
formation cartographie des risques	Réalisée	16/11/11 00:00
constitution d'un groupe de travail	Réalisée	17/11/11 00:00
rédaction de la politique du dossier patient en intégrant l'information	Réalisée	25/01/12 00:00
intégration d'une case information au patient dans le dossier urgence	Réalisée	01/02/12 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
audit sur le dossier patient	Prévue	01/10/12 00:00
enquête auprès des patients sur l'information reçue aux urgences	Prévue	15/04/12 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

en cellule qualité et sécurité des soins

Validation institutionnelle:

en CME

Planification des revues de projet:

en assemblée qualité et prévention des risques

FICHE SUIVI

Titre du projet d'amélioration:

intégration d'une organisation structurée au travers de la politique du dossier patient

Problématique:

l'organisation du consentement n'est pas défini

Résultats obtenus:

rédaction d'une politique du dossier patient

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Dr BERRIRI	Mme THIAIS, Dr BOUTON, Dr GIRARDOT, Dr TANGUY, M. SLOWIKOWSKI, Mme GALLE, Mme CHAREIL, Mme CHEVALIER	Mme MERLET (consultante SHAM)

Etat d'avancement des actions

Intitulé de l'action	Etat	Date
élaboration de la cartographie des risques du dossier patient	Réalisée	17/11/11 00:00
formation cartographie des risques	Réalisée	16/11/11 00:00
constitution d'un groupe de travail	Réalisée	17/11/11 00:00
rédaction de la politique du dossier patient en intégrant le consentement	Réalisée	24/01/12 00:00

Etat d'avancement des évaluations

Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
audit sur le dossier patient	Prévue	01/10/12 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

en cellule qualité et sécurité des soins

Validation institutionnelle:

en CME

Planification des revues de projet:

en assemblée qualité et prévention des risques

FICHE SUIVI

Titre du projet d'amélioration:

Information du patient en cas de dommage lié aux soins

Problématique:

démarche non structurée

Résultats obtenus:

procédure en cours de rédaction

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Dr BERRIRI	Sophie THIAIS, Mme GALLE, Mme DUGUET, Mme LECUYER, Dr BOUTON	ARS

Etat d'avancement des actions

Intitulé de l'action	Etat	Date
Participation à un groupe de travail piloter par l'ARS centre	En cours	21/03/12 00:00
constitution d'un groupe de travail	Réalisée	14/03/12 00:00
état des lieux sur les soins à risques dommageables dans l'établissement	Prévue	18/04/12 00:00

Etat d'avancement des évaluations

Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
suivi des actions en CME	Prévue	17/04/12 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

en cellule qualité et sécurité des soins

Validation institutionnelle:

en CME

Planification des revues de projet:

en assemblée qualité et prévention des risques

FICHE SUIVI

Titre du projet d'amélioration:

Information du patient en cas de dommage lié aux soins

Problématique:

démarche non structurée

Résultats obtenus:

procédure en cours de rédaction

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Dr BERRIRI	Mme THIAIS, Mme GALLE, Mme DUGUET, Mme LECUYER, Dr BOUTON	ARS

Etat d'avancement des actions

Intitulé de l'action	Etat	Date
Participation à un groupe de travail piloté par l'ARS du centre	En cours	21/03/12 00:00
constitution d'un groupe de travail	Réalisée	14/03/12 00:00
état des lieux sur les soins à risques dommageable dans l'établissement	En cours	18/04/12 00:00

Etat d'avancement des évaluations

Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
suivi des actions en CME	Prévue	17/04/12 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

en cellule qualité et sécurité des soins

Validation institutionnelle:

en CME

Planification des revues de projet:

en assemblée qualité et prévention des risques

FICHE SUIVI

Titre du projet d'amélioration:

Prise en charge de la douleur en SSR

Problématique:

résultats faibles des IPAQSS

Résultats obtenus:

amélioration des résultats IPAQSS

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
DR BERRIRI	CLUD	Dr de HESSELLE, Mme ZAMMIT

Etat d'avancement des actions

Intitulé de l'action	Etat	Date
IPAQSS sur les dossiers patients de l'année 2011	Réalisée	06/02/12 00:00
Mise en place des formations des référents soignants du CLUD	Réalisée	09/01/12 00:00

Etat d'avancement des évaluations

Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
IPAQSS reconduits annuellement	Prévue	17/12/12 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Rapport CLUD

Validation institutionnelle:

CME

Planification des revues de projet:

PAQ 2012

FICHE SUIVI

Titre du projet d'amélioration:

élaboration de la cartographie du processus dossier patient

Problématique:

absence de règles de tenue du dossier patient

Résultats obtenus:

rédaction de la politique du dossier patient

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Dr BERRIRI	Mme THIAIS, Dr BOUTON, Mme GEOFFROY, Mme POTIN, Mme GALLE, Mme CHAREIL, M. SLOWIKOWSKI, Mme CHEVALIER, Dr GIRARDOT, Dr TISKRAIL, Dr TANGUY	Mme MERLET (consultante SHAM)

Etat d'avancement des actions

Intitulé de l'action	Etat	Date
élaboration de la cartographie du processus dossier patient	Réalisée	16/11/11 00:00
formation à la cartographie des risques	Réalisée	16/11/11 00:00
constitution d'un groupe de travail	Réalisée	10/01/12 00:00
rédaction de la politique du dossier patient	Réalisée	12/01/12 00:00
validation et mise en place d'un dossier uniforme	Prévue	17/04/12 00:00
participation à un groupe de travail à l'ARS centre	En cours	21/03/12 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
audit sur le dossier patient	Prévue	01/10/12 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

en cellule qualité et sécurité des soins

Validation institutionnelle:

en CME

Planification des revues de projet:

en assemblée qualité et prévention des risques

FICHE SUIVI

CHAPITRE 2 : Prise en charge du patient

Référence 14 : Le dossier du patient

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

Titre du projet d'amélioration:

élaboration de la cartographie du processus dossier patient

Problématique:

absence de règles de tenue du dossier patient

Résultats obtenus:

rédaction de la politique du dossier patient

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Dr BERRIRI	Dr BOUTON, Mlle GEOFFROY, Mme POTIN, Mme GALLE, Mme CHAREIL, M. SLOWIKOWSKI, Mme THIAIS, Mme CHEVALIER, Dr GIRARDOT, Dr TISKRAIL, Dr TANGUY	Mme MERLET (consultante SHAM)

Etat d'avancement des actions

Intitulé de l'action	Etat	Date
élaboration de la cartographie du processus dossier patient	Réalisée	17/11/11 00:00
formation à la cartographie des risques	Réalisée	16/11/11 00:00
rédaction de la politique du dossier patient	Réalisée	12/01/12 00:00
constitution d'un groupe de travail	Réalisée	10/01/12 00:00
validation et mise en place d'un dossier uniforme	Prévue	17/04/12 00:00
participation à un groupe de travail piloté par l'ARS centre	En cours	21/03/12 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
audit sur le dossier patient	Prévue	01/10/12 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

en cellule qualité et sécurité des soins

Validation institutionnelle:

en CME

Planification des revues de projet:

en assemblée qualité et prévention des risques

FICHE SUIVI

Titre du projet d'amélioration:

élaboration de la cartographie du processus dossier patient

Problématique:

absence de règles de tenue du dossier patient

Résultats obtenus:

rédaction d'une politique de dossier patient

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Dr BERRIRI	Dr BOUTON, Mlle GEOFFROY, Mme POTIN, Mme GALLE, Mme CHAREIL, M. SLOWIKOWSKI, Mme THIAIS, Mme CHEVALIER, Dr GIRARDOT, Dr TISKRAIL, Dr TANGUY	Mme MERLET (consultante SHAM)

Etat d'avancement des actions

Intitulé de l'action	Etat	Date
élaboration de la cartographie du processus dossier patient	Réalisée	17/11/11 00:00
formation à la cartographie des risques	Réalisée	16/11/11 00:00
constitution d'un groupe de travail	Réalisée	10/01/12 00:00
rédaction d'une politique de dossier patient	Réalisée	12/01/12 00:00
validation et mise en place d'un dossier uniforme	Prévue	17/04/12 00:00
participation au groupe de travail piloté par l'ARS centre	En cours	21/03/12 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
audit sur le dossier patient	Prévue	01/10/12 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

en cellule qualité et sécurité des soins

Validation institutionnelle:

en CME

Planification des revues de projet:

en assemblée qualité et prévention des risques

FICHE SUIVI

Titre du projet d'amélioration:

EPP sur l'éducation thérapeutique

Problematique:

absence de programme d'éducation thérapeutique

Résultats obtenus:

EPP sur l'éducation thérapeutique

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Dr DE HESSELLE	Dr DE HESSELLE	réseau DIAPASON

Etat d'avancement des actions

Intitulé de l'action	Etat	Date
signature d'une convention avec DIAPASON	Réalisée	01/03/12 00:00
mise en place de journées d'éducation patient	En cours	01/04/12 00:00

Etat d'avancement des évaluations

Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
mise en place d'indicateurs sur la participation aux journées	Prévue	01/12/12 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

en cellule qualité et sécurité des soins

Validation institutionnelle:

en CME

Planification des revues de projet:

en assemblée qualité et prévention des risques

FICHE SUIVI

Titre du projet d'amélioration:

EPP sur l'éducation thérapeutique

Problématique:

absence de programme d'éducation thérapeutique

Résultats obtenus:

EPP sur l'éducation thérapeutique

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Dr DE HESSELLE	Dr DE HESSELLE	réseau DIAPASON

Etat d'avancement des actions

Intitulé de l'action	Etat	Date
signature d'une convention avec Diapason	Réalisée	01/03/12 00:00
mise en place de journée d'éducation patient	Prévue	01/04/12 00:00

Etat d'avancement des évaluations

Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
mise en place d'indicateurs sur la participation aux journées d'éducation	Prévue	01/12/12 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

en cellule qualité et sécurité des soins

Validation institutionnelle:

en CME

Planification des revues de projet:

en assemblée qualité et prévention des risques

FICHE SUIVI

Titre du projet d'amélioration:

Elaboration d'une cartographie des risques de la prise en charge des urgences

Problematique:

Formaliser le circuit de la prise en charge des urgences

Résultats obtenus:

Elaboration d'un programme de recommandations

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Dr ZAOUI	Mme THIAIS, Mme LECUYER, Mme DUPUY, Mme LO PENE	Mme MERLET (consultante SHAM)

Etat d'avancement des actions

Intitulé de l'action	Etat	Date
élaboration d'une cartographie des risques	Réalisée	14/11/11 00:00
plan d'actions issu de la cartographie présenté en CME	En cours	17/04/12 00:00
constitution d'un groupe de travail	Réalisée	14/12/11 00:00
Formation du groupe de travail à la cartographie des risques	Réalisée	16/11/11 00:00

Etat d'avancement des évaluations

Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
suivi des actions dans le PAQ 2012	En cours	10/02/12 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

suivi en cellule qualité et sécurité des soins

Validation institutionnelle:

en CME

Planification des revues de projet:

en assemblée qualité et prévention des risques

FICHE SUIVI

Titre du projet d'amélioration:

Manuel Assurance Qualité en Endoscopie

Problématique:

établissement noté non concerné

Résultats obtenus:

Manuel Assurance Qualité validé, audit réalisé

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Dr BERRIRI	CLIN et EOH	Infirmière hygiéniste

Etat d'avancement des actions

Intitulé de l'action	Etat	Date
Procédures actualisées validées en CLIN	Réalisée	13/03/12 00:00
Procédures validées en CME	En cours	17/04/12 00:00
Formation des aides-soignantes chargées de la désinfection des endoscopes	Réalisée	19/03/12 00:00
audit rétrospective sur dossiers	Réalisée	02/04/12 00:00

Etat d'avancement des évaluations

Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
Audit rétrospective sur dossiers	Réalisée	02/04/12 00:00
Audit avec le RHC Arlin sur endoscope contaminé	Réalisée	22/02/12 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Diffusion des procédures à chaque professionnel et médecins opérateurs en avril 2012

Validation institutionnelle:

CLIN le 13 mars 2012 et CME le 17 avril 2012

Planification des revues de projet:

Rapport CLIN, suivi en PAQ 2012

FICHE SUIVI

Titre du projet d'amélioration:

Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique

Problématique:

Absence d'une politique rédigée

Résultats obtenus:

Politique rédigée en cellule qualité et sécurité des soins et validée en CME le 17 avril 2012

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Dr BERRIRI	Direction	responsable qualité, coordinatrice des soins, gestionnaire des risques

Etat d'avancement des actions

Intitulé de l'action	Etat	Date
rédaction de la politique EPP	Réalisée	31/01/12 00:00
présentation de la politique EPP	En cours	17/04/12 00:00

Etat d'avancement des évaluations

Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
volet évaluation noté dans la politique	Prévue	08/10/12 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Programme d'amélioration de la qualité et prévention des risques 2012 et suivi des indicateurs en CME

Validation institutionnelle:

directoire, cellule qualité et sécurité des soins, CME

Planification des revues de projet:

établie par la CME

ANNEXES SUITE À MODALITÉ(S) DE SUIVI

Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine
procédure de certification

Le plan d'actions avec échéancier aide l'établissement de santé à pérenniser sa dynamique d'amélioration et l'engage à réfléchir aux modalités d'amélioration à mettre en œuvre pour résoudre les dysfonctionnements constatés dans le rapport de certification, les prioriser et les planifier dans le temps. Ce plan d'actions constitue un document d'entrée dans la procédure suivante.

Ces plans d'actions étant le résultat de l'analyse réalisée par l'établissement pour améliorer son organisation et ses pratiques, la Haute Autorité de Santé ne s'engage pas sur la pertinence et la qualité des actions envisagées et/ou entreprises.

Dans ce cadre, l'établissement a transmis les plans d'actions suivants

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Gestion de la tenue du dossier patient

Problématique:

Indicateur lié à la tenue du dossier patient

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Créer un courrier type de sortie	Améliorer l'information transmise aux médecins traitants

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Président de la CME	Groupe de travail dossier patient	SHAM

Echéancier de réalisation :

Validation et mise en oeuvre du courrier type en CME de mars 2013

Modalités d'évaluation :

Utilisation de la plateforme IPAQSS annuellement

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi de la cartographie des risques

Validation institutionnelle:

Tableau de bord en Directoire

Planification des revues de projet:

Mensuellement en cellule qualité et gestion des risques

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Education thérapeutique du patient

Problématique:

Absence de politique d'éducation thérapeutique

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Mettre en place un comité d'éducation thérapeutique	Elaborer une politique d'éducation thérapeutique

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Dr DE HESSELLE (Présidente du comité éducation thérapeutique)	comité éducation thérapeutique	Dr DE HESSELLE

Echéancier de réalisation :

23 novembre 2012 création du comité d'éducation thérapeutique et présentation des thèmes en CME du 18 décembre 2012

Modalités d'évaluation :

Fonctionnement du comité éducation thérapeutique (nombre de réunions, participants, comptes rendus)

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi en cellule qualité et gestion des risques

Validation institutionnelle:

CME

Planification des revues de projet:

comité d'éducation thérapeutique

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Education thérapeutique du patient

Problématique:

Absence de politique d'éducation thérapeutique

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Mettre en place un comité d'éducation thérapeutique	Elaborer une politique d'éducation thérapeutique

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Dr De Hesselle (Présidente du comité éducation thérapeutique)	comité éducation thérapeutique	Dr De Hesselle

Echéancier de réalisation :

23 novembre 2012 création du comité d'éducation thérapeutique et présentation des thèmes en CME du 18 décembre 2012

Modalités d'évaluation :

Fonctionnement du comité d'éducation thérapeutique (nombre de réunions, participants, comptes-rendus)

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi en cellule qualité et gestion des risques

Validation institutionnelle:

CME

Planification des revues de projet:

Comité d'éducation thérapeutique