



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## **ADDITIF AU RAPPORT DE CERTIFICATION V2010**

### **CENTRE DES CARMES**

689 avenue Marius Atric  
04510 AIGLUN

JUILLET 2015

# SOMMAIRE

PREAMBULE	3
1. Présentation du document	4
2. Les niveaux de certification	5
1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	7
2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	10
1. Les décisions par critères du manuel	11
2.Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	12
3.Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	13
4.Suivi de la décision	14
3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	15
CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	16
PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES	17
PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS	19
CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT	24
PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS	25
PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT	41
PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT	54
SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	69

# PREAMBULE

L'additif dont vous disposez contient des éléments ayant fait l'objet du suivi décidé par la Haute Autorité de Santé.

A ce titre, nous vous invitons à consulter les précédentes productions de nos services afin de connaître le périmètre concerné par cette modalité de suivi.

## 1. Présentation du document

Ce document peut comporter :

- une présentation de l'établissement actualisée,
- les critères ayant fait l'objet du suivi (uniquement les critères pour lesquels l'établissement a souhaité réaliser une fiche de suivi),
- une synthèse de la décision de la Haute Autorité de santé,
- des fiches de suivi ayant fait l'objet d'un traitement par la Haute Autorité de Santé
- des plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine procédure de certification.

Il ne comporte pas plusieurs parties du rapport de visite de certification telles que :

- la présentation graphique des résultats,
- le suivi des précédentes décisions de la Haute Autorité de Santé,
- les indicateurs de la Haute Autorité de santé,
- le bilan des contrôles de sécurité sanitaire.

Si vous souhaitez des résultats actualisés concernant l'établissement, nous vous invitons à consulter le site Scope Santé <http://www.scopesante.fr>

Cet additif au même titre que le rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle (Agence Régionale de Santé) et est rendu public.

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

## 2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

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

<b>Certification</b>	Sans recommandation
<b>Certification avec recommandation(s)</b>	Au moins une recommandation
<b>Certification avec réserve(s)</b>	Au moins une réserve (et éventuellement des recommandations)
<b>Décision de surseoir à la Certification = Réserve(s) majeure</b>	Au moins une réserve majeure (et éventuellement des réserves et des recommandations)
<b>Non certification</b>	Une décision de non certification est prise dès lors qu'un établissement fait l'objet de plusieurs réserves majeures et réserves). Elle peut également être prise suite à une décision de surseoir à la certification pour un établissement qui n'aurait pas amélioré significativement à l'échéance fixée, les dysfonctionnements constatés.

# 1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

# CENTRE DES CARMES

**Adresse :** 689 avenue marius autric  
04510 Aiglun ALPES DE HAUTE PROVENCE

**Statut :** -

**Type d'établissement :**

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Soins de suite et/ou de réadaptation	68	10	0
Soins de longue durée	41	0	0

Nombre de sites.:	Le Centre des Carmes est un unique site sis 689 avenue Marius AUTRIC - 04510 AIGLUN.
Activités principales.:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SSR avec une spécialité non exclusive des affections de l'appareil locomoteur;</li> <li>- USLD dont une UHR;</li> <li>- EHPAD.</li> </ul>
Activités de soins soumises à autorisation.:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activités de Soins de Suite et de Réadaptation</li> <li>- Unité de Soins de Longue Durée</li> <li>- Etablissement D'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes</li> <li>- 5 places habilitées Aide sociale (Mai 2014)</li> </ul>
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	EHPAD en janvier 2014

## Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	<p>Conventions:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Avec des établissements disposant de service de court séjour/réanimation/USLD</li> <li>- Centre Hospitalier de Digne les Bains</li> <li>- Centre Hospitalier Inter Communal des Alpes du Sud (sites de Sisteron et de Gap)</li> <li>- USLD du Centre des Carmes</li> <li>- Clinique Toutes Aures</li> </ul> <p>Avec d'autres établissement de SSR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Clinique La Chênaie</li> </ul> <p>Avec des structures médico-sociales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- EHPAD du Centre des Carmes</li> <li>- SAVS-SAMSAH APF 04</li> </ul> <p>Autres partenariats formalisés utiles pour l'activité de SSR et d'USLD:</p>
--	---

## Réorganisation de l'offre de soins

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) du SIH des Alpes du Sud</li><li>- Equipe Mobile de Gériatrie (EMG) du SIH des Alpes du Sud</li></ul> Avec des structures autorisées à dispenser un programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP): <ul style="list-style-type: none"><li>- Hôpital Local les Mées</li></ul>
Regroupement/Fusion.:	/
Arrêt et fermeture d'activité.:	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	Hospitalisation De Jour Enfants Unité d'Hébergement Renforcée dépendant de l'USLD 5 Places habilitées Aide sociale



## 2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Au vu des éléments mentionnés dans le présent additif, la Haute Autorité de Santé prononce la certification.

## 2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Compte tenu des informations, issues des contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement, inscrites dans le volet Sécurité, 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.

## 3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

# CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

## PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES



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	Les actions indispensables pour la sécurité du système d'information sont intégrées au PAQSS et mises en place, cependant la politique n'est pas formalisée. La sécurité du SI est sous la responsabilité effective de la direction. Un référent informatique (dont la fiche de fonction est finalisée) est chargé de l'ensemble des missions techniques et de formation relatives au système d'information (SI). Un contrat avec un prestataire permet de gérer les points techniques particuliers. La charte informatique et l'ensemble des procédures informatiques sont validées et diffusées. L'établissement est en règle vis-à-vis de la CNIL et l'information aux patients figure dans le livret d'accueil. Les droits d'accès sont gérés en fonction des profils utilisateurs et les sauvegardes sont organisées. Ce que confirme la valeur des indicateurs HN associés en référence au seuil de progression au moment de la visite.
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	Le plan de reprise de l'activité et une procédure "fonctionnement en mode dégradé et de retour à la normale du système d'information" ont été formalisés, validés et diffusés fin 2014. Ce que confirme la valeur de l'indicateur HN associé en référence au seuil de progression au moment de la visite.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le dispositif de sécurité du système d'information est évalué, et fait l'objet d'actions d'amélioration.	En grande partie	Les résultats de la visite initiale V2010, la mise en œuvre des résultats du programme "hôpital numérique", l'analyse des événements indésirables liés au système d'information ont permis l'évaluation du système d'information de l'établissement et la mise en place d'actions d'amélioration intégrées au PAQSS. Aucun "crash test" ou équivalent, partiel ou total n'a été réalisé ni n'est prévu. A noter que l'établissement a recueilli les indicateurs HN associés au moment de la visite.

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

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

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



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

Le projet d'établissement comporte un volet "qualité et gestion des risques" (QGDR). Il s'appuie sur les résultats du projet qualité précédent, du CPOM 2007-2011, de la visite V2007. L'organigramme QGDR, les missions de la cellule QGDR et de la commission EPP sont détaillés, les responsabilités et les objectifs généraux sont mentionnés. Les actions d'amélioration sont définies avec un délai et des indicateurs.

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

Oui

Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) est pluriannuel. Il intègre les données issues de la cartographie des risques (qui intègre la fréquence, la gravité, la détectabilité ainsi que le niveau de maîtrise et distingue le circuit du médicament), le PAQSS précédent, les EPP, les résultats de la V2010, les bilans des instances dont la CME et la CRU, le projet d'établissement 2013 - 2017 et la réglementation. Son classement reprend à la fois les thématiques qui seront celles de la V2014 et les critères du manuel de certification HAS.

Les activités, réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins, sont prises en compte.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, ce critère n'est pas applicable.
Le programme est soumis aux instances.	Oui	Le PAQSS a été présenté en CME, DP et CHSCT.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	La plupart des plans d'action sont transversaux compte tenu de l'organisation de l'établissement. Les spécificités propres au SSR et au long séjour sont prises en compte. Pour chaque action un responsable est identifié et les délais fixés.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	En grande partie	Le suivi en continu des plans d'actions est assuré par la responsable qualité, supervisée par la responsable qualité du siège. Par ailleurs le comité de pilotage assure le suivi de l'ensemble au moins une fois par trimestre. Cependant le faible recul sur cette problématique ne permet pas de juger de sa pérennité.
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	En grande partie	L'efficacité des actions est évaluée à fréquence annuelle ou infra annuelle si la criticité le demande. Des indicateurs de résultat sont utilisés sans toutefois retrouver les cibles minimales à atteindre. Un bilan global annuel est formalisé.
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	En grande partie	Les évaluations annuelles ou infra annuelles donnent lieu aux réajustements nécessaires (délais, indicateurs, moyens). Cependant le faible recul sur cette problématique ne permet pas de juger de sa pérennité.

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

Critère 8.f  
Gestion des évènements indésirables



Cotation

A

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

L'organisation permettant d'assurer le signalement des événements indésirables (EI) a été revue et validée en comité qualité et gestion des risques en décembre 2014. A cette occasion la procédure de gestion des événements indésirables a aussi été revue. La nouvelle fiche de déclaration intègre les notions de gravité et fréquence probable de répétition ainsi que l'évitabilité et le niveau de maîtrise. Le système de déclaration des événements indésirables est intégré dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Les différents systèmes de recueil sont coordonnés.

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

La totalité des professionnels a été formée à l'utilisation des supports de formation et à la gestion des EI. Des supports ont été fournis et les listes d'émargement présentées. Par ailleurs un accompagnement terrain est effectif.

Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	Oui	L'assistante de direction et la surveillante générale ont bénéficié en 2014 d'une formation par un organisme qualifié sur la méthodologie de hiérarchisation et d'analyse des causes. La qualitiennne a été précédemment formée. Au moins une de ces personnes est présente lors des réunions de type CREX.
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.	Oui	Cette analyse se fait en présence d'au moins une personne formée à la méthodologie. Les acteurs (déclarant, encadrement médical et paramédical et au moins une personne de l'équipe de direction) sont présents. Deux CREX ont eu lieu entre octobre 2014 et janvier 2015. Les méthodes REMED et arbre des causes ont été précédemment utilisées.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions correctives sont mises en œuvre à la suite des analyses.	En grande partie	Les actions correctives sont hiérarchisées en trois niveaux et intégrées au PAQSS avec désignation d'un pilote, un délai et des indicateurs de suivi. La qualitiennne et le comité de pilotage assurent le suivi. Cependant le nombre important d'actions correctives inscrites dans le PAQSS nécessitera un travail de hiérarchisation supplémentaire pour que les actions soient réalisables dans les délais.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	En grande partie	Compte tenu de la transversalité de l'organisation de l'établissement pour le management et la qualité, l'ensemble des secteurs (SSR, SLD et EHPAD) bénéficient de l'expérience des autres secteurs. L'analyse des événements récurrents est réalisée avec les mêmes méthodes que les EI graves. Cependant le nombre important d'actions correctives inscrites dans le PAQSS nécessitera un travail de hiérarchisation supplémentaire pour que les actions soient réalisables dans les délais et que leur efficacité soit vérifiée.
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	En grande partie	L'efficacité des actions est mesurée à l'aide des indicateurs intégrés au PAQSS. Le respect des délais est pris en compte. Cependant le faible recul sur ce point ne permet pas de juger de la pérennité de la démarche.

## CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT



# PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS

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

Critère 11.c - Soins de suite et/ou de réadaptation  
Information du patient en cas de dommage lié aux soins

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est définie.

Oui

La démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est commune au SSR et au SLD. Elle est intégrée au PAQSS. Une procédure validée en CME est mise en œuvre.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins sont menées.

Oui

Tous les médecins ont été formés ainsi qu'une vingtaine de professionnels paramédicaux comme le confirment les listes d'émargement. Un support de cours (impression du diaporama support de cours) et la procédure actualisée leur ont été remis.

Les professionnels mettent en œuvre cette démarche.

En grande partie

La démarche a été mise en œuvre fin 2014, l'information donnée au patient a été tracée dans son dossier. Cependant le faible recul sur cette problématique ne permet pas de juger de sa pérennité.

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

<p>La démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est évaluée et améliorée.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Un dommage lié au soin a été examiné en réunion pluridisciplinaire avec une méthodologie de type CREX. La procédure a ensuite été évaluée et réajustée avant d'être validée en CME. Elle sera présentée en CRU en mars 2015. Cependant le faible recul sur cette problématique ne permet pas de juger de sa pérennité.</p>
---	-------------------------	---

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

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

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est définie.

Oui

La démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est commune au SSR et au SLD. Elle est intégrée au PAQSS. Une procédure validée en CME est mise en œuvre.

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins sont menées.

Oui

Tous les médecins ont été formés ainsi qu'une vingtaine de professionnels paramédicaux comme le confirment les listes d'émargement. Un support de cours (impression du diaporama support de cours) et la procédure actualisée leur ont été remis.

Les professionnels mettent en œuvre cette démarche.

En grande partie

La démarche a été mise en œuvre fin 2014, l'information donnée au patient a été tracée dans son dossier. Cependant le faible recul sur cette problématique ne permet pas de juger de sa pérennité.

### E3 Evaluer et améliorer

### Réponses aux EA

### Constats

<p>La démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est évaluée et améliorée.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Un dommage lié au soin a été examiné en réunion pluridisciplinaire avec une méthodologie de type CREX. La procédure a ensuite été évaluée et réajustée avant d'être validée en CME. Elle sera présentée en CRU en mars 2015. Cependant le faible recul sur cette problématique ne permet pas de juger de sa pérennité.</p>
---	-------------------------	---

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

**Critère 12.a - Soins de suite et/ou de réadaptation**  
**Prise en charge de la douleur**



### Cotation

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans le projet d'établissement. Elle est portée par le CLUD qui se réunit régulièrement, réalise un bilan et un programme d'actions annuel. Les différents types et aspects de la douleur sont identifiés et les moyens de leur prise en charge sont déployés y compris les moyens non médicamenteux.

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

Oui

Les membres du CLUD ont rédigé des protocoles analgésiques adaptés au type de patients accueillis et aux pathologies notamment l'utilisation de l'Entonox et une fiche technique sur l'utilisation des différents analgésiques pour la prise en charge des douleurs liées aux soins. Ces protocoles sont issus des recommandations de bonnes pratiques. D'autres protocoles et procédures ont été validés : procédure de traçabilité de la douleur, protocoles de bonnes pratiques de prescription des antalgiques. Ils sont accessibles sur chaque poste informatique.

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Le médecin président du CLUD a un DU douleur, une IDE est inscrite pour un DU sur le programme prévisionnel 2015. Un praticien est titulaire d'un DU d'acupuncture et exerce dans le cadre de la prise en charge de la douleur. Des formations actions à l'utilisation des outils d'évaluation de la douleur ont été réalisées. Des formations ont également été réalisées sur l'utilisation de l'Entonox. Des actions de formations sont prévues dans le programme du CLUD. Il existe un programme et des supports de formation.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	Dans le cadre de l'éducation thérapeutique, l'établissement a créé un support d'information intitulé "carnet de bord de la douleur". Il est distribué aux patients communicants, douloureux chroniques ou entrant avec un traitement de palier III instauré depuis plus de trois semaines. Il reste à rédiger la procédure d'utilisation de ce carnet.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Prise en charge de la douleur" et de sa valeur de 34% avec un intervalle de confiance à 95% = [24 - 45] pour la campagne de recueil 2013. Des actions d'amélioration ont été mises en œuvre et un audit complémentaire réalisé en novembre 2014 dans les mêmes conditions et items que l'indicateur IPAQSS. Cet audit a montré une nette amélioration avec un indicateur d'une valeur de 91.5%.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	La douleur est évaluée à l'entrée du patient et après la modification ou la mise en place d'un traitement. Les évaluations sont tracées dans le dossier. Le traitement est ajusté si nécessaire et les modifications tracées dans le dossier patient.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	L'échelle Algoplus a été mise en place et est à disposition des professionnels pour évaluer la douleur des patients non communicants. Elle est intégrée dans le dossier patient.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	Des actions d'évaluations ponctuelles et régulières au niveau du dossier permettent d'évaluer la traçabilité de l'évaluation de la douleur, l'appropriation et l'utilisation des outils.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "prise en charge de la douleur". Il a mis d'autres modalités d'évaluation de la prise en charge de la douleur : l'EPP "Prise en charge de la douleur" se poursuit, une évaluation annuelle intermédiaire sur les mêmes items que les indicateurs IPAQSS, des évaluations ponctuelles de la traçabilité par requêtes informatiques, une évaluation du ressenti des patients par les questionnaires de satisfaction.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Les actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats des évaluations et les évolutions décidées en CLUD. Ces actions sont suivies par le CLUD et intégrées dans le programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	L'établissement a adhéré au réseau d'algologie PACA-OUEST "Prise en charge de la douleur". La convention a été signée le 14 Octobre 2014 et comporte des engagements mutuels de partages d'expérience et de suivis d'actions au niveau du réseau.



Référence 13: La fin de vie

Critère 13.a - Soins de suite et/ou de réadaptation  
Prise en charge et droits des patients en fin de vie



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

Une organisation est en place dans l'établissement pour la prise en charge des patients dont l'état de santé justifie la mise en place d'une démarche palliative. L'établissement n'accueille pas de patients relevant des soins palliatifs en première intention. Cette organisation est formalisée dans un "protocole de la prise en charge des patients en fin de vie" et actualisé en Janvier 2014. On retrouve dans cette procédure l'ensemble des démarches de bonnes pratiques à mettre en œuvre mais pas les critères d'entrée dans la démarche. Les professionnels prévoient de mettre en place l'outil Pallia 10.

L'établissement s'appuie sur l'équipe territoriale de soins palliatifs du département (ETSP) avec laquelle une convention a été signée en 2010 et porte la mention de tacite reconduction annuelle.

Un comité éthique a été créé en mai 2013. Ses missions ont été intégrées aux missions de la CME dont le règlement intérieur a été revu en ce sens. Les thèmes de travail validés en CME sont travaillés par un groupe pluridisciplinaire.

Le médecin président du CLUD a un DU soins palliatifs ainsi

	En grande partie	<p>qu'une IDE du secteur. La psychologue, formée il y a plusieurs années dispensent des formations sur ce thème pour une association d'accompagnement de fin de vie. Ces professionnels sont les personnes ressources dans l'établissement.</p> <p>L'établissement met en place les moyens techniques en terme de confort et en terme de prise en charge non médicamenteuse de la douleur.</p> <p>L'établissement dispose de peu d'outils d'analyse de fonctionnement. Le nombre d'interventions par an de l'ETSP et le nombre de patients concernés dans ce secteur sont les seuls indicateurs suivis actuellement.</p>
Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	En grande partie	<p>L'établissement a formalisé le recueil de la personne de confiance et des directives anticipées.</p> <p>Les modalités de recueil de la volonté du patient relatives aux actes et soins qui pourraient lui être délivrés en fin de vie ne sont pas formalisées dans une procédure.</p>
Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	<p>Les patients sont informés de leur droit d'établir des directives anticipées par le livret d'accueil. Un support d'information a été créé et est disponible à l'accueil de l'établissement. Son existence est mentionnée dans le livret d'accueil.</p>
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	En grande partie	<p>Les professionnels mettent en place des projets de soins personnalisés adaptés aux patients en démarche palliative. Des synthèses pluridisciplinaires sont organisées et permettent la réévaluation et l'adaptation de la prise en charge. Les informations sont transcrites dans les transmissions générales et la situation palliative du patient peut ne pas être repérée en cas de séjour prolongé.</p> <p>Le dispositif de soutien des familles et des professionnels est assuré par les praticiens, la psychologue, l'encadrement infirmier et si besoin l'ETSP peut être sollicitée.</p>

<p>Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Un médecin, une IDE, la psychologue disposent d'une formation diplômante. Une formation sur les droits des patients en fin de vie et les directives anticipées est prévue en 2015. Elle sera assurée par la psychologue de l'établissement. L'ETSP a débuté un programme de formation en intra sur la démarche palliative en Décembre 2013. Le plan prévisionnel de formation n'intègre pas d'autre formation spécifique sur la démarche palliative en 2015.</p> <p>L'association JALMALV est intervenu auprès des professionnels de l'établissement pour une formation de courte durée sur la prise en charge du patient et ses droits en fin de vie.</p>
<p>Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les réunions pluridisciplinaires de discussion de cas de malades sont mises en place. Tous les professionnels concernés sont associés à la démarche. Une rencontre avec la famille est organisée, la décision est tracée dans le dossier. L'ETSP est associée pour les situations les plus difficiles. La présence des professionnels fait l'objet d'une feuille d'émargement de présence et les comptes rendus sont tracés dans le dossier patient.</p>
<p>Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en œuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le soutien des équipes est assuré par l'équipe médicale, la psychologue et la surveillante générale. Des débriefing sont effectués suite aux décès et lors de situations de prise en charge difficiles. Des groupes de parole et d'analyse des pratiques sont mis en place. Les demandes personnalisées sont prises en compte.</p>
<p>Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les professionnels ont bénéficié d'information sur les dispositifs légaux concernant les patients en fin de vie. Une association de bénévoles d'accompagnement de fin de vie a réalisé deux informations en septembre et octobre 2014 qui a regroupé 40 personnes dans l'établissement. Le plan de formation prévisionnel 2015 intègre la poursuite de ces informations.</p>

L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'établissement a formalisé et signé une convention avec une association de bénévoles d'accompagnement de fin de vie. L'intervention des bénévoles dans l'établissement est organisé.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (Comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, Commission de soins, etc.).	En grande partie	Une partie du processus de prise en charge des droits du patient et de sa prise en charge en fin de vie a été réalisée en fin d'année 2014. Cette évaluation portait sur la traçabilité des informations dans le dossier : directives anticipées, entretien avec la famille, réunion de concertation, prise en charge pluri-professionnelle. Elle a été réalisée sur cinq dossiers sur le second trimestre 2014. Cependant l'ensemble du processus n'a pas été évalué, la CRU n'est pas informée de ces résultats récents.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	Une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements est mise en place lorsque la situation d'un patient le nécessite. Elle associe tous les professionnels concernés et l'ETSP peut être sollicitée pour accompagner cette réflexion.
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	Des actions d'amélioration ont été réalisées notamment en termes de formation. Suite à l'audit réalisé, des actions d'amélioration sont programmées sur 2015. Ces actions sont intégrées dans le plan qualité global de l'établissement, les pilotes sont désignés, les échéances fixées. Le suivi est réalisé par le service qualité.

## Référence 13: La fin de vie

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



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

Une organisation est en place dans l'établissement pour la prise en charge des patients dont l'état de santé justifie la mise en place d'une démarche palliative. L'établissement n'accueille pas de patients relevant des soins palliatifs en première intention. Cette organisation est formalisée dans un "protocole de la prise en charge des patients en fin de vie" et actualisé en Janvier 2014. On retrouve dans cette procédure l'ensemble des démarches de bonnes pratiques à mettre en œuvre mais pas les critères d'entrée dans la démarche. Les professionnels prévoient de mettre en place l'outil Pallia 10.

L'établissement s'appuie sur l'équipe territoriale de soins palliatifs du département (ETSP) avec laquelle une convention a été signée en 2010 et porte la mention de tacite reconduction annuelle.

Un comité éthique a été créé en mai 2013. Ses missions ont été intégrées aux missions de la CME dont le règlement intérieur a été revu en ce sens. Les thèmes de travail validés en CME sont travaillés par un groupe pluridisciplinaire.

Le médecin président du CLUD a un DU soins palliatifs ainsi

	En grande partie	<p>qu'une IDE du secteur. La psychologue, formée il y a plusieurs années dispensent des formations sur ce thème pour une association d'accompagnement de fin de vie. Ces professionnels sont les personnes ressources dans l'établissement.</p> <p>L'établissement met en place les moyens techniques en terme de confort et en terme de prise en charge non médicamenteuse de la douleur.</p> <p>L'établissement dispose de peu d'outils d'analyse de fonctionnement. Le nombre d'interventions par an de l'ETSP et le nombre de patients concernés dans ce secteur sont les seuls indicateurs suivis actuellement.</p>
Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	En grande partie	<p>L'établissement a formalisé le recueil de la personne de confiance et des directives anticipées.</p> <p>Les modalités de recueil de la volonté du patient relatives aux actes et soins qui pourraient lui être délivrés en fin de vie ne sont pas formalisées dans une procédure.</p>
Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	<p>Les patients sont informés de leur droit d'établir des directives anticipées par le livret d'accueil. Un support d'information a été créé et est disponible à l'accueil de l'établissement. Son existence est mentionnée dans le livret d'accueil.</p>
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	En grande partie	<p>Les professionnels mettent en place des projets de soins personnalisés adaptés aux patients en démarche palliative. Des synthèses pluridisciplinaires sont organisées et permettent la réévaluation et l'adaptation de la prise en charge. Les informations sont transcrites dans les transmissions générales et la situation palliative du patient peut ne pas être repérée en cas de séjour prolongé.</p> <p>Le dispositif de soutien des familles et des professionnels est assuré par les praticiens, la psychologue, l'encadrement infirmier et si besoin l'ETSP peut être sollicitée.</p>

<p>Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Un médecin, une IDE, la psychologue disposent d'une formation diplômante. Une formation sur les droits des patients en fin de vie et les directives anticipées est prévue en 2015. Elle sera assurée par la psychologue de l'établissement. L'ETSP a débuté un programme de formation en intra sur la démarche palliative en Décembre 2013. Le plan prévisionnel de formation n'intègre pas d'autre formation spécifique sur la démarche palliative en 2015.</p> <p>L'association JALMALV est intervenu auprès des professionnels de l'établissement pour une formation de courte durée sur la prise en charge du patient et ses droits en fin de vie.</p>
<p>Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les réunions pluridisciplinaires de discussion de cas de malades sont mises en place. Tous les professionnels concernés sont associés à la démarche. Une rencontre avec la famille est organisée, la décision est tracée dans le dossier. L'ETSP est associée pour les situations les plus difficiles. La présence des professionnels fait l'objet d'une feuille d'émargement de présence et les comptes rendus sont tracés dans le dossier patient.</p>
<p>Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en œuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le soutien des équipes est assuré par l'équipe médicale, la psychologue et la surveillante générale. Des débriefing sont effectués suite aux décès et lors de situations de prise en charge difficiles. Des groupes de parole et d'analyse des pratiques sont mis en place. Les demandes personnalisées sont prises en compte.</p>
<p>Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les professionnels ont bénéficié d'information sur les dispositifs légaux concernant les patients en fin de vie. Une association de bénévoles d'accompagnement de fin de vie a réalisé deux informations en septembre et octobre 2014 qui a regroupé 40 personnes dans l'établissement. Le plan de formation prévisionnel 2015 intègre la poursuite de ces informations.</p>

L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'établissement a formalisé et signé une convention avec une association de bénévoles d'accompagnement de fin de vie. L'intervention des bénévoles dans l'établissement est organisé.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (Comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, Commission de soins, etc.).	En grande partie	Une partie du processus de prise en charge des droits du patient et de sa prise en charge en fin de vie a été réalisée en fin d'année 2014. Cette évaluation portait sur la traçabilité des informations dans le dossier : directives anticipées, entretien avec la famille, réunion de concertation, prise en charge pluri-professionnelle. Elle a été réalisée sur cinq dossiers sur le second trimestre 2014. Cependant l'ensemble du processus n'a pas été évalué, la CRU n'est pas informée de ces résultats récents.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	Une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements est mise en place lorsque la situation d'un patient le nécessite. Elle associe tous les professionnels concernés et l'ETSP peut être sollicitée pour accompagner cette réflexion.
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	Des actions d'amélioration ont été réalisées notamment en termes de formation. Suite à l'audit réalisé, des actions d'amélioration sont programmées sur 2015. Ces actions sont intégrées dans le plan qualité global de l'établissement, les pilotes sont désignés, les échéances fixées. Le suivi est réalisé par le service qualité.



## PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

## Référence 14: Le dossier du patient

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



### Cotation

A

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

Les règles d'utilisation du dossier patient sont communes au SSR, SLD et EHPAD. Elles sont formalisées d'une part pour le personnel administratif et d'autre part pour le personnel soignant (dont les rééducateurs et la psychologue) et médical. Ces procédures intègrent les notions de responsabilité, de gestion des droits d'accès dont ceux des stagiaires et intérimaires, de saisie en temps utile. Les mots de passe des professionnels sont obligatoirement réactualisés tous les six mois. Des ordinateurs portables permettent la saisie au lit du patient. Les procédures sont complétées par un guide d'utilisation du logiciel dossier patient. L'ensemble des documents est accessible sous forme papier et informatique.

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

Oui

Les modalités d'accès au dossier dont les données issues d'hospitalisations précédentes sont formalisées et validées. Depuis la visite précédente, l'établissement classe les dossiers des nouveaux patients selon le numéro d'identification permanent (NIP). En cas de ré hospitalisation

	Oui	d'un ancien patient les données anciennes sont recherchées puis sont réintégrées dans le dossier nouvellement créé selon le mode NIP.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	Oui	Compte-tenu de la classe pour l'indicateur "tenue du dossier patient" et de sa valeur de 84% avec un intervalle de confiance à 95% = [81 - 86] pour la campagne de recueil 2013.
La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.	En grande partie	A l'intérieur de l'établissement (SSR, USLD, EHPAD) l'informatisation du dossier permet la communication réciproque d'informations en temps quasi réel selon les droits d'accès prédéfinis pour chaque catégorie d'utilisateur. Avec les correspondants extérieurs médicaux ou non, le patient sort avec un courrier de sortie médical, les ordonnances (médicaments et éventuellement rééducation), la fiche de liaison infirmière. Les bilans de kinésithérapie peuvent être transmis au kinésithérapeute de ville si le prescripteur le demande. Le DMP n'est pas fonctionnel bien que le logiciel soit compatible. L'établissement a candidaté auprès de l'ARS pour être site pilote et a reçu une réponse négative. Ce que confirme la valeur de l'indicateur HN associé en référence au seuil de progression au moment de la visite.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur « Tenue du dossier patient ». Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation sur des thématiques particulières : évaluation de la traçabilité de la douleur, dépistage des troubles nutritionnels, évaluation du risque d'escarres.

<p>Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions d'amélioration ont été mises en œuvre comme les évolutions du logiciel, des formations complémentaires à l'utilisation du logiciel.</p> <p>La totalité des services intègre les comptes-rendus de consultation, le compte rendu hospitalier et les résultats d'examens. Lorsque les examens ne sont pas directement intégrés, ils sont préalablement scannés. Le compte rendu d'hospitalisation est systématiquement intégré. Ce qui confirme la valeur de l'indicateur HN associé en référence au seuil de progression au moment de la visite.</p>
--	------------	--

## Référence 14: Le dossier du patient

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



### Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

Les règles d'utilisation du dossier patient sont communes au SSR, SLD et EHPAD. Elles sont formalisées d'une part pour le personnel administratif et d'autre part pour le personnel soignant (dont les rééducateurs et psychologue) et médical. Ces procédures intègrent les notions de responsabilité, de gestion des droits d'accès dont ceux des stagiaires et intérimaires, de saisie en temps utile. Les mots de passe des professionnels sont obligatoirement réactualisés tous les six mois. Des ordinateurs portables permettent la saisie au lit du patient. Les procédures sont complétées par un guide d'utilisation du logiciel dossier patient. L'ensemble des documents est accessible sous forme papier et informatique.

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

Oui

Les modalités d'accès au dossier dont les données issues d'hospitalisations précédentes sont formalisées et validées. Depuis la visite précédente, l'établissement classe les dossiers des nouveaux patients selon le numéro d'identification permanent (NIP). En cas de ré hospitalisation d'un ancien patient les données anciennes sont recherchées

	Oui	puis sont réintégréés dans le dossier nouvellement créé selon le mode NIP.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	Oui	Chaque catégorie professionnelle dispose d'onglets informatiques spécifiques (administratifs-secrétaires médicales, IDE-AS, médecins, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologue, assistante sociale). L'utilisation d'ordinateurs portables permet la saisie en temps réel d'informations sensibles comme la distribution des médicaments.
La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.	En grande partie	A l'intérieur de l'établissement (SSR, USLD, EHPAD) l'informatisation du dossier permet la communication réciproque d'informations en temps quasi réel selon les droits d'accès prédéfinis pour chaque catégorie d'utilisateur. Avec les correspondants extérieurs médicaux ou non, le patient sort avec un courrier de sortie médical, les ordonnances (médicaments et éventuellement rééducation), la fiche de liaison infirmière. Les bilans de kinésithérapie peuvent être transmis au kinésithérapeute de ville si le prescripteur le demande. Le DMP n'est pas fonctionnel bien que le logiciel soit compatible. L'établissement a candidaté auprès de l'ARS pour être site pilote et a reçu une réponse négative. Ce que confirme la valeur l'indicateur HN associé au seuil de progression au moment de la visite.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	L'établissement a mis en oeuvre des modalités d'évaluation sur des thématiques particulières : évaluation de la traçabilité de la douleur, dépistage des troubles nutritionnels, évaluation du risque d'escarres. Le dispositif est structuré.

<p>Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions d'amélioration ont été mises en œuvre comme les évolutions du logiciel, des formations complémentaires à l'utilisation du logiciel.</p> <p>La totalité des services intègre les comptes-rendus de consultation, le compte rendu hospitalier et les résultats d'examens. Lorsque les examens ne sont pas directement intégrés, ils sont préalablement scannés. Le compte rendu d'hospitalisation est systématiquement intégré. Ce qui confirme la valeur de l'indicateur HN associé en référence au seuil de progression au moment de la visite.</p>
--	------------	--

## Référence 14: Le dossier du patient

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



### Cotation

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

L'accès du patient à son dossier est organisé.

Oui

L'accès du patient à son dossier est organisé selon la réglementation en vigueur. Une procédure est en place, validée et diffusée, connue des professionnels et des membres de la CRU. Cette procédure reprend l'Arrêté du 5 mars 2004 - modifié par arrêté du 3 janvier 2007 - portant homologation des recommandations des bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, instruction interministérielle n° DHOS/E1/DAF/DPACI/2007/322 (et n° DAF/DPACI/RES/2007/014) du 14 août 2007 relative à la conservation du dossier médical). Les cas particuliers comme les mineurs ou ayants droit sont pris en compte. Le médecin DIM est le pivot de l'organisation. Le médecin responsable du patient est associé à la démarche.

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Le livret d'accueil, les chartes de la personne hospitalisée, des droits et liberté de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance précisent les modalités d'accès au dossier patient. Les professionnels relaient et détaillent



	Oui	les modalités en cas de besoin ou de demande.
L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	Oui	L'attachée de direction est responsable de cette organisation. Un tableau de bord permet d'évaluer le délai de communication de son dossier au patient. Le délai est conforme aussi bien pour les dossiers de moins ou de plus de 5 ans.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	Bien que les délais de transmission soient satisfaisants des actions d'amélioration seraient mises en place si besoin ce qui a été confirmé par les membres de le la CRU.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.	Oui	A chaque réunion, la CRU est informée des demandes d'accès au dossier ainsi que des délais de transmission. A ce jour la CRU n'a pas jugé que des actions d'amélioration soient utiles.

## Référence 15: l'identification du patient

**Critère 15.a - Soins de suite et/ou de réadaptation**  
**Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge**



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge sont définis.

En grande partie

La direction considère la fiabilité de l'identification du patient comme une priorité pour l'ensemble des secteurs (SSR, SLD et EHPAD). Une cellule d'identitovigilance est constituée et opérationnelle. Elle est dotée d'un règlement intérieur. Une référente a été désignée, ses missions sont intégrées dans sa fiche de poste. Une charte d'identitovigilance validée, diffusée et connue des professionnels médicaux, paramédicaux et administratifs est en place. L'affichage institutionnel à destination des patients relaie l'importance de cette vigilance. Cependant des cas particuliers comme l'identité provisoire ne sont pas pris en compte bien que l'établissement ait prévu de le faire en 2015. Les pistes d'amélioration sont intégrées au PAQSS. Toutes les applications sont connectées à un référentiel unique d'identité qui intègre l'INS. Ce que confirme la valeur des indicateurs HN associés en référence au seuil de progression au moment de la visite.

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	Oui	Le référent administratif a bénéficié d'une formation externe et a reçu un support de formation. Il a ensuite formé l'ensemble des personnels administratifs, médicaux, soignants comme le confirment les listes d'émargement. Un support leur a été remis.
Le personnel de l'accueil administratif met en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	La vérification de l'identité du patient se fait conformément à la procédure.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	En grande partie	La concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription se fait au moyen de questions ouvertes, du bracelet d'identification (solution privilégiée en SSR) ou de la photographie du patient (solution privilégiée en USLD). Les professionnels rencontrés se sont montrés particulièrement sensibles à cette problématique. Cependant il n'existe pas de traçabilité de cette vérification, notamment au moment de la distribution des médicaments. L'établissement a prévu d'intégrer ce point dans une prochaine évolution du logiciel dossier patient.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.	En grande partie	Un audit "Recueil de l'identité au bureau des entrées" a été réalisé du 15 au 29 Octobre 2014. Il a permis de déterminer deux axes d'amélioration intégrés au PAQSS. Dans le cadre du GSC e-santé dans le lequel est inscrit le référent en identitovigilance, l'établissement a réalisé une évaluation des pratiques d'identitovigilance. Un item "identitovigilance" a été intégré dans la fiche de déclaration des événements indésirables. Ces déclarations font l'objet d'un suivi particulier. Cependant la structuration de l'évaluation n'est pas totalement définie (périodicité). De plus le faible recul sur cette problématique ne permet pas de juger de sa pérennité.

## Référence 15: l'identification du patient

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



### Cotation

B

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge sont définis.

En grande partie

La direction considère la fiabilité de l'identification comme une priorité pour l'ensemble des secteurs (SSR, SLD et EHPAD). Une cellule d'identitovigilance est constituée et opérationnelle. Elle est dotée d'un règlement intérieur. Une référente a été désignée, ses missions sont intégrées dans sa fiche de poste. Une charte d'identitovigilance validée, diffusée et connue des professionnels médicaux, paramédicaux et administratifs rencontrés est en place. L'affichage institutionnel à destination des patients relaie l'importance de cette vigilance. Cependant des cas particuliers comme l'identité provisoire ne sont pas pris en compte bien que l'établissement ait prévu de le faire en 2015. Les pistes d'amélioration sont intégrées au PAQSS. Toutes les applications sont connectées à un référentiel unique d'identité qui intègre l'INS. Ce que confirme la valeur des indicateurs HN associés en référence au seuil de progression au moment de la visite.

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	Oui	Le référent administratif a bénéficié d'une formation externe et a reçu un support de formation. Il a ensuite formé l'ensemble des personnels administratifs, médicaux, soignants comme le confirment les listes d'émargement. Un support leur a été remis.
Le personnel de l'accueil administratif met en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	La vérification de l'identité du patient se fait conformément à la procédure.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	En grande partie	La concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription se fait au moyen de questions ouvertes, du bracelet d'identification (solution privilégiée en SSR) ou de la photographie du patient (solution privilégiée en USLD). Les professionnels rencontrés se sont montrés particulièrement sensibles à cette problématique. Cependant il n'existe pas de traçabilité de cette vérification, notamment au moment de la distribution des médicaments. L'établissement a prévu d'intégrer ce point dans une prochaine évolution du logiciel dossier patient.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.	En grande partie	Un audit "Recueil de l'identité au bureau des entrées" a été réalisé du 15 au 29 Octobre 2014. Il a permis de déterminer deux axes d'amélioration intégrés au PAQSS. Dans le cadre du GSC e-santé dans le lequel est inscrit le référent en identitovigilance, l'établissement a réalisé une évaluation des pratiques d'identitovigilance. Un item "identitovigilance" a été intégré dans la fiche de déclaration des événements indésirables. Ces déclarations font l'objet d'un suivi particulier. Cependant la structuration de l'évaluation n'est pas totalement définie (périodicité). De plus le faible recul sur cette problématique ne permet pas de juger de sa pérennité.

## PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

**Critère 20.a - Soins de suite et/ou de réadaptation**  
**Management de la prise en charge médicamenteuse du patient**



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

L'établissement a formalisé sa politique de la prise en charge médicamenteuse dans le projet d'établissement révisé en Août 2014 et dans le manuel "Management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse". Cette politique comporte des objectifs précis relatifs à la sécurisation du circuit, à la continuité de la prise en charge médicamenteuse, à la gestion des médicaments à risque. Elle intègre également la prévention des risques, la gestion des événements indésirables et les actions d'amélioration définies lors des analyses d'erreurs médicamenteuses. La démarche d'élaboration d'indicateurs est inscrite. L'informatisation du circuit est complète. Une cartographie des risques est réalisée mais n'intègre pas les risques liés à l'informatisation et l'automatisation (robot de préparation). La politique intègre la sensibilisation des professionnels à toutes les étapes.

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.	Oui	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est complète et intégrée au système d'information. Le schéma directeur du système d'information est intégré au projet d'établissement 2013 - 2017.
Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Le livret thérapeutique actualisé est intégré dans la base de données du logiciel de prescription. Il intègre les informations concernant le broyage éventuel des médicaments, leur utilisation par sonde naso gastrique et l'éventuelle ouverture des gélules. L'accès aux contre indications liées aux pathologies est automatisé. Le guide du bon usage du médicament a été actualisé en Décembre 2014. Un guide de prescription des antibiotiques est disponible. L'ensemble de ces outils est accessible aux professionnels.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	En grande partie	Des actions de formation des professionnels aux erreurs médicamenteuses sont réalisées à partir de la fiche d'événements indésirables qui répertorie les principaux points de risques. Le diaporama est réalisé et disponible. D'autres formations sont envisagées. Cependant, les risques liés à l'informatisation et à l'automatisation de la préparation ne sont pas évoqués.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est complète dans le secteur. Ce que confirme la valeur de l'indicateur HN associé en référence au seuil de progression au moment de la visite.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	En grande partie	Un suivi d'indicateurs quantitatifs est réalisé dont les indicateurs IPAQSS ainsi que le suivi des consommations d'antibiotiques et des antalgiques. Ces indicateurs permettent une analyse qualitative des pratiques réalisée en COMEDIMS. Cependant, l'établissement est en cours de réflexion pour élaborer d'autres indicateurs qualitatifs tels que le suivi du



	En grande partie	nombre d'événements indésirables et leur nature. On ne retrouve pas d'indicateur de bonnes pratiques de fonctionnement de la PUI.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Le recueil des erreurs médicamenteuses se fait sur une fiche spécifique papier. Le nombre des déclarations a significativement augmenté en 2014. Les erreurs médicamenteuses sont analysées en COMEDIMS ou en CREX. Le choix de la méthode est adaptée à l'analyse de l'événement.
Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	Oui	Les actions d'amélioration sont mises en œuvre, suivies et coordonnées par le COMEDIMS. Elles sont relatives aux réactualisations de procédures, à la prévention des risques identifiés. Le programme d'actions du COMEDIMS est intégré au programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. La rétro information des professionnels est réalisée lors la diffusion d'une nouvelle procédure ou lors des temps de transmissions par l'encadrement soignant.

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

L'établissement a formalisé sa politique de la prise en charge médicamenteuse dans le projet d'établissement révisé en Août 2014 et dans le manuel "Management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse". Cette politique comporte des objectifs précis relatifs à la sécurisation du circuit, à la continuité de la prise en charge médicamenteuse, à la gestion des médicaments à risque. Elle intègre également la prévention des risques, la gestion des événements indésirables et les actions d'amélioration définies lors des analyses d'erreurs médicamenteuses. La démarche d'élaboration d'indicateurs est inscrite. L'informatisation du circuit est complète. Une cartographie des risques est réalisée mais n'intègre pas les risques liés à l'informatisation et l'automatisation (robot de préparation). La politique intègre la sensibilisation des professionnels à toutes les étapes.

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

Oui

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est complète et intégrée au système d'information. Le schéma directeur du système d'information est intégré au projet d'établissement 2013 - 2017.

Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Le livret thérapeutique actualisé est intégré dans la base de données du logiciel de prescription. Il intègre les informations concernant le broyage éventuel des médicaments, leur utilisation par sonde naso gastrique et l'éventuelle ouverture des gélules. L'accès aux contre indications liées aux pathologies est automatisé. Le guide du bon usage du médicament a été actualisé en Décembre 2014. Un guide de prescription des antibiotiques est disponible. L'ensemble de ces outils est accessible aux professionnels.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	En grande partie	Des actions de formation des professionnels aux erreurs médicamenteuses sont réalisées à partir de la fiche d'événements indésirables qui répertorie les principaux points de risques. Le diaporama est réalisé et disponible. D'autres formations sont envisagées. Cependant, les risques liés à l'informatisation et à l'automatisation de la préparation ne sont pas évoqués.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est complète dans le secteur. Ce que confirme la valeur de l'indicateur HN associé en référence au seuil de progression au moment de la visite.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	En grande partie	Un suivi d'indicateurs quantitatifs est réalisé dont les indicateurs IPAQSS ainsi que le suivi des consommations d'antibiotiques et des antalgiques. Ces indicateurs permettent une analyse qualitative des pratiques réalisée en COMEDIMS. Cependant, l'établissement est en cours de réflexion pour élaborer d'autres indicateurs qualitatifs tels que le suivi du nombre d'événements indésirables et leur nature. On ne retrouve pas d'indicateur de bonnes pratiques de fonctionnement de la PUI.

<p>Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le recueil des erreurs médicamenteuses se fait sur une fiche spécifique papier. Le nombre des déclarations a significativement augmenté en 2014. Les erreurs médicamenteuses sont analysées en COMEDIMS ou en CREX. Le choix de la méthode est adaptée à l'analyse de l'événement.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les actions d'amélioration sont mises en œuvre, suivies et coordonnées par le COMEDIMS. Elles sont relatives aux réactualisations de procédures, à la prévention des risques identifiés. Le programme d'actions du COMEDIMS est intégré au programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. La rétro information des professionnels est réalisée lors la diffusion d'une nouvelle procédure ou lors des temps de transmissions par l'encadrement soignant.</p>

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

**Critère 20.a bis - Soins de suite et/ou de réadaptation**  
**Prise en charge médicamenteuse du patient**



### Cotation

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

En grande partie

Les règles de prescription sont décrites dans la procédure du circuit du médicament mais n'intègre pas les médicaments à risques dont la liste est pourtant établie.  
 Le support de prescription et de validation de l'administration est unique. L'établissement a fait l'acquisition d'ordinateurs portables disponibles sur les chariots de soins. Une édition papier de l'ordonnance est réalisée pour la prise en compte d'un changement de traitement ensuite gardée dans un classeur dans le cadre de la mise en place de la procédure dégradée en cas de panne informatique. Une ordonnance manuelle sur un document "cerfa" est réalisée en plus de la prescription informatique pour les médicaments "hors prise en charge".

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

Oui

Les pratiques relatives à la gestion du traitement personnel du patient sont formalisées. Le traitement est stocké dans une bannette identifiée au nom du patient et rendu à sa sortie. Les ordonnances d'entrée, de sortie ainsi que lors des transferts tiennent compte du traitement personnel du

	Oui	patient.
Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.	En grande partie	<p>L'analyse pharmaceutique du traitement du patient est complète. Les modalités de dispensation sont en lien avec l'automatisation de la préparation des médicaments "secs" par le robot-dose. La délivrance est nominative et réalisée pour une semaine pour tous les traitements. Les comprimés "secs" sont mis en sachets individuels par prise par le robot. Sont gérés en plus les AVK, les antibiotiques, les médicaments en "si besoin" et les présentations autres que les comprimés secs. L'ensemble du traitement hebdomadaire est mis dans une bannette identifiée au nom du patient et acheminée dans le service dans un chariot fermé. L'établissement a fait l'acquisition d'un logiciel d'identification individuel des médicaments pour les plaquettes ne permettant pas de garder la dénomination du médicament jusqu'à la prise. Ainsi les médicaments sont identifiables jusqu'à l'administration. Les stupéfiants sont en dotation nominative. Une dotation de réserve est gérée par la pharmacienne deux fois par semaine. Le transport de ces médicaments a été sécurisé pendant la visite. Lors des changements de traitement, les professionnels de la pharmacie reprennent les traitements arrêtés pour les remplacer par la nouvelle prescription pour les jours restant à courir jusqu'à la prochaine préparation. Les médicaments dans les sachets préparés par le robot ne sont pas modifiés et demande la vigilance des IDE lors de la vérification des médicaments avant l'administration. L'établissement a identifié ce risque et étudie des solutions.</p> <p>Une dotation en cas d'urgence est prévue dans le service. Les médicaments à risque (antibiotiques, AVK, électrolytes hypertoniques) ont bénéficié d'un rangement spécifique et adapté pendant la visite.</p>

	En grande partie	Une procédure est en place pour la vérification des périmés. La chaîne du froid est respectée. La gestion des stocks de la PUI n'est pas informatisée. Les professionnels s'appuient sur le récapitulatif global de prescription médicamenteuse pour assurer les commandes et optimiser la gestion des stocks.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	En grande partie	Les règles d'administration sont définies dans la procédure du circuit du médicament. Les traitements sont administrés à chaque prise pour tous les patients. Les professionnels mettent en place une organisation spécifique pour les médicaments à risque mais les modalités ne sont pas décrites dans la procédure. La traçabilité est réalisée en temps réel, les professionnels disposant d'un ordinateur portable sur tous leurs chariots de distribution.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les règles de prescription sont mises en œuvre.	Oui	Compte tenu de la valeur du critère "rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation" de l'indicateur "tenue du dossier" et de sa valeur de 100% pour la campagne 2013.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	La validation pharmaceutique est réalisée et validée. La pharmacienne a accès aux résultats biologiques des patients en cas de besoin. La délivrance nominative est effective.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	Au vu du contexte, ce critère n'est pas applicable.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	L'information sur le bon usage des médicaments est assurée oralement par le médecin et l'IDE. Un document a été réalisé en Décembre 2014 pour sensibiliser les patients sur leur possibilité d'interpeller les professionnels afin de poser des questions sur leur traitement. Ce document est remis au

	En grande partie	<p>patient en fonction de ses capacités de compréhension.</p> <p>Une information sur le bon usage des anticoagulants est assurée par les IDE via la tenue d'un carnet de surveillance. La démarche d'éducation a été structurée en 2005. Elle est toujours active mais n'a pas été évaluée.</p> <p>Il n'y a pas d'autres dispositifs d'information notamment sur les stupéfiants.</p>
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	L'installation de la WIFI dans l'établissement et l'achat d'ordinateurs portables ont permis d'organiser la traçabilité de l'administration des traitements en temps réel par le personnel habilité.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Un audit du circuit du médicament est réalisé une fois par an et intègre la traçabilité de l'administration. Des audits pharmacie dans les unités de soins sont également réalisés.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	En grande partie	Des actions d'améliorations issues des audits, des EPP sont mises en œuvre. Ces actions sont intégrées dans le programme global de la gestion de la qualité et des risques et suivies lors de la réunion des instances. Seule une action concernant la pertinence des prescriptions des antalgiques et des antibiotiques a été réalisée.



## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



### Cotation

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

En grande partie

Les règles de prescription sont décrites dans la procédure du circuit du médicament mais n'intègre pas les médicaments à risques dont la liste est pourtant établie.  
 Le support de prescription et de validation de l'administration est unique. L'établissement a fait l'acquisition d'ordinateurs portables disponibles sur les chariots de soins. Une édition papier de l'ordonnance est réalisée pour la prise en compte d'un changement de traitement ensuite gardée dans un classeur dans le cadre de la mise en place de la procédure dégradée en cas de panne informatique. Une ordonnance manuelle sur un document "cerfa" est réalisée en plus de la prescription informatique pour les médicaments "hors prise en charge".

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

Oui

Les pratiques relatives à la gestion du traitement personnel du patient sont formalisées. Le traitement est stocké dans une bannette identifiée au nom du patient et rendu à sa sortie.  
 Les ordonnances d'entrée, de sortie ainsi que lors des transferts tiennent compte du traitement personnel du

<p>Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.</p>	<p>Oui</p>	<p>patient.</p> <p>L'analyse pharmaceutique du traitement du patient est complète. Les modalités de dispensation sont en lien avec l'automatisation de la préparation des médicaments "secs" par le robot-dose. La délivrance est nominative et réalisée pour une semaine pour tous les traitements. Les comprimés "secs" sont mis en sachets individuels par prise par le robot. Sont gérés en plus les AVK, les antibiotiques, les médicaments en "si besoin" et les présentations autres que les comprimés secs. L'ensemble du traitement hebdomadaire est mis dans une bannette identifiée au nom du patient et acheminée dans le service dans un chariot fermé. L'établissement a fait l'acquisition d'un logiciel d'identification individuel des médicaments pour les plaquettes ne permettant pas de garder la dénomination du médicament jusqu'à la prise. Ainsi les médicaments sont identifiables jusqu'à l'administration. Les stupéfiants sont en dotation nominative. Une dotation de réserve est gérée par la pharmacienne deux fois par semaine. Le transport de ces médicaments a été sécurisé pendant la visite. Lors des changements de traitement, les professionnels de la pharmacie reprennent les traitements arrêtés pour les remplacer par la nouvelle prescription pour les jours restant à courir jusqu'à la prochaine préparation. Les médicaments dans les sachets préparés par le robot ne sont pas modifiés et demande la vigilance des IDE lors de la vérification des médicaments avant l'administration. L'établissement a identifié ce risque et étudie des solutions.</p> <p>Une dotation en cas d'urgence est prévue dans le service. Les médicaments à risque (antibiotiques, AVK, électrolytes hypertoniques) ont bénéficié d'un rangement spécifique et adapté pendant la visite.</p>
---	------------	---

	En grande partie	Une procédure est en place pour la vérification des périmés. La chaîne du froid est respectée. La gestion des stocks de la PUI n'est pas informatisée. Les professionnels s'appuient sur le récapitulatif global de prescription médicamenteuse pour assurer les commandes et optimiser la gestion des stocks.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	En grande partie	Les règles d'administration sont définies dans la procédure du circuit du médicament. Les traitements sont administrés à chaque prise pour tous les patients. Les professionnels mettent en place une organisation spécifique pour les médicaments à risque mais les modalités ne sont décrites dans la procédure. La traçabilité est réalisée en temps réel, les professionnels disposant d'un ordinateur portable sur tous leurs chariots de distribution.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les règles de prescription sont mises en œuvre.	Oui	Les règles de prescription sont mises en œuvre dans tous les services de ce secteur.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	La validation pharmaceutique est réalisée et validée. La pharmacienne a accès aux résultats biologiques des patients en cas de besoin. La délivrance nominative est effective.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	Au vu du contexte, ce critère n'est pas applicable.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	L'information sur le bon usage des médicaments est assurée oralement par le médecin et l'IDE. Un document a été réalisé en Décembre 2014 pour sensibiliser les patients sur leur possibilité d'interpeller les professionnels pour poser des questions sur leur traitement. Il est remis au patient en

	En grande partie	<p>fonction de ses capacités de compréhension.</p> <p>Une information sur le bon usage des anticoagulants est assurée par les IDE via la tenue d'un carnet de surveillance. La démarche d'éducation a été structurée en 2005. Elle est toujours active mais n'a pas été évaluée.</p> <p>Il n'y a pas d'autres dispositifs d'information notamment sur les stupéfiants.</p>
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	L'installation de la WIFI dans l'établissement et l'achat d'ordinateurs portables ont permis d'organiser la traçabilité de l'administration des traitements en temps réel par le personnel habilité.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Un audit du circuit du médicament est réalisé une fois par an et intègre la traçabilité de l'administration. Des audits pharmacie dans les unités de soins sont également réalisés.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	En grande partie	Des actions d'améliorations issues des audits, des EPP sont mises en œuvre. Ces actions sont intégrées dans le programme global de la gestion de la qualité et des risques et suivies lors de la réunion des instances. Seule une action concernant la pertinence des prescriptions des antalgiques et des antibiotiques a été réalisée, on ne retrouve pas d'analyse de pertinence de prescription pour la personne âgée.

# 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 14/01/2014 au 17/01/2014	Certification avec sursis	visite de suivi	6
Visite de suivi	du 28/01/2015 au 30/01/2015	Certification sans recommandation	/	/

	Visite initiale	Visite de suivi
11.c (Information du patient en cas de dommage lié aux soins) - Soins de longue durée	Recommandation	Décision levée
11.c (Information du patient en cas de dommage lié aux soins) - Soins de suite et/ou de réadaptation	Recommandation	Décision levée
12.a (Prise en charge de la douleur) - Soins de suite et/ou de réadaptation	Recommandation	Décision levée
13.a (Prise en charge et droits des patients en fin de vie) - Soins de longue durée	Recommandation	Décision levée
13.a (Prise en charge et droits des patients en fin de vie) - Soins de suite et/ou de réadaptation	Recommandation	Décision levée
14.a (Gestion du dossier du patient) - Soins de longue durée	Réserve	Décision levée
14.a (Gestion du dossier du patient) - Soins de suite et/ou de réadaptation	Réserve	Décision levée
14.b (Accès du patient à son dossier) - Soins de longue durée	Recommandation	Décision levée
15.a (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge) - Soins de longue durée	Réserve Majeure	Décision levée
15.a (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge) - Soins de suite et/ou de réadaptation	Réserve Majeure	Décision levée

	Visite initiale	Visite de suivi
20.a (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) - Soins de longue durée	Recommandation	Décision levée
20.a (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) - Soins de suite et/ou de réadaptation	Recommandation	Décision levée
20.a bis (Prise en charge médicamenteuse du patient) - Soins de longue durée	Recommandation	Décision levée
20.a bis (Prise en charge médicamenteuse du patient) - Soins de suite et/ou de réadaptation	Recommandation	Décision levée
5.b (Sécurité du système d'information)	Réserve	Décision levée
8.a (Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins)	Recommandation	Décision levée
8.f (Gestion des évènements indésirables )	Réserve	Décision levée