



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**ADDITIF AU RAPPORT DE CERTIFICATION  
(SUITE A VISITE DE SUIVI)**

**2<sup>ÈME</sup> PROCÉDURE**

**CENTRE HOSPITALIER  
DE MONTAUBAN**

**100, rue Léon-Cladel  
BP 765  
82013 MONTAUBAN**

**Avril 2010**



**PARTIE 1****PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT****Dates de la visite de suivi : du 25 au 26 janvier 2010**

<b>Nom de l'établissement</b>	Centre Hospitalier de Montauban	
<b>Situation géographique</b>	<b>Ville</b> : MONTAUBAN <b>Département</b> : TARN ET GARONNE	<b>Région</b> : MIDI-PYRENEES
<b>Statut</b> ( <i>privé-public</i> )	Public	
<b>Type de l'établissement</b> ( <i>CHU, CH, CHS, HL, PSPH, Ets privé à but lucratif</i> )	CH	
<b>Nombre de lits et places</b> ( <i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i> )	281 lits et 16 places de MCO, 285 lits et 107 places en Psychiatrie, 78 lits et 5 places en SSR, 30 lits en USLD, 16 lits pour les autres activités (réanimation et néonatalogie), 40 places d'HAD dont 10 de psychiatrie	
<b>Nombre de sites</b> ( <i>de l'ES et leur éloignement s'il y a lieu</i> )	1 site principal MCO, SSR, USLD et Psychiatrie. Plusieurs sites en psychiatrie : 3 secteurs de psychiatrie adultes et 1 secteur en infanto-juvénile (avec des hôpitaux de jour, des CMP et des CATTP)	
<b>Activités principales</b> ( <i>par exemple ; existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i> )	Activités diversifiées en médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, SSR et en long séjour	
<b>Activités spécifiques</b> ( <i>urgences, soins ambulatoire, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc...</i> )	SAMU, Urgences, Soins ambulatoires, Consultations externes spécialisées, Hospitalisation sous contrainte (HDT et HO)	
<b>Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité</b>	Activités de matériovigilance (2009)	
<b>Coopération avec d'autres établissements</b> ( <i>GCS, SIH, conventions...</i> )	Nombreuses conventions de partenariat avec des établissements publics et privés (sanitaires et médico-sociaux) du département ; rapprochement entre le CH de Montauban et le CHI de Castelsarrasin – Moissac. L'établissement participe également à différents réseaux régionaux (ex : MATERMIP, ONCOMIP).	
<b>Origine géographique des patients</b> ( <i>attractivité</i> )	90% des patients sont originaires du département dont 35% de la ville de Montauban.	
<b>Transformations récentes</b> ( <i>réalisées ou projetées, ou projets de restructuration</i> )	Nombreuses réalisations et projets de mise aux normes, de restructuration ou de constructions immobilières sur le site principal et les structures externes.	

## PARTIE 2

---

### RAPPEL DES DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

#### Certification avec suivi

Au vu des éléments d'appréciation non satisfaits (présents en partie ou absents) mentionnés dans le présent rapport issu des résultats de l'auto-évaluation et de la visite sur site, la HAS prononce **une certification avec suivi** qui porte sur le(s) point(s) suivant(s) :

- **11b** (La gestion des risques est organisée et coordonnée) ; **11c** (Les résultats issus des analyses de risques permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter) ;
- **13a** (Les patients et les activités à risque infectieux sont identifiés et un programme de surveillance adapté est en place) ;
- **14b** (Une organisation permettant d'assurer la qualité de la stérilisation est en place) ;
- **16a** (La sécurité des bâtiments, des installations et des équipements fait l'objet d'un suivi) ; **16b** (La prévention du risque incendie est organisée et les professionnels bénéficient d'une formation programmée et régulièrement actualisée) ;
- **27a MCO** (Des règles de responsabilités, de présence, de concertation et de coordination sont mises en œuvre pour assurer la continuité des soins) ; **27b MCO** (La prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement est assurée) ;
- **31b MCO, PSY, SSR, USLD** (Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées).

Ces points feront l'objet d'une **visite ciblée dans un délai de 12 mois**.

La HAS invite l'établissement à poursuivre sa démarche d'amélioration de la qualité sur les points suivants :

- **09b** (Une organisation est en place pour assurer la qualité et l'hygiène en blanchisserie et dans le circuit de traitement du linge) ;
- **22a MCO, PSY** (L'accueil et les locaux sont adaptés aux handicaps du patient et/ou de son entourage) ;
- **26a MCO, PSY, SSR, USLD** (La prise en charge de la douleur est assurée) ;
- **30c MCO, PSY, SSR, USLD** (La transmission des résultats répond aux besoins des utilisateurs en termes de qualité et de délais) ;
- **40a** (La pertinence des pratiques professionnelles est évaluée).

**PARTIE 3****CONSTATS****Décision : 11b : La gestion des risques est organisée et coordonnée.**

Rappel du critère indexé à la décision ( <i>N° et libellé</i> ): 11b : La gestion des risques est organisée et coordonnée.			Prise en charge concernée :	
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA (Présent : OUI, EN PARTIE, NON)	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Structure de coordination des risques (COVIRIS, cellule de gestion des risques ou équivalent, etc.).	OUI	La coordination de la gestion des risques est sous la responsabilité du Comité de coordination (structure de pilotage institutionnelle qualité, risques et EPP). L'ingénieur en organisation de la Direction de la Qualité, de la Stratégie et de la Communication est chargé de la coordination de la gestion des risques en collaboration avec le GCRIS (groupe de coordination des risques). Ce groupe, créé en 2007, est issu de la Cellule Qualité, Risques et EPP, structure opérationnelle chargée de la mise en œuvre du programme annuel qualité, risques et EPP.	B	
Responsabilités définies sur les domaines de risques (référents, vigilants, etc.).	OUI	Les responsabilités sont définies sur les différents domaines de risques : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les vigilances sanitaires : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Un correspondant et co –responsable sont nommés pour chaque vigilance : hémovigilance, sécurité anesthésique, pharmacovigilance, biovigilance, matériovigilance, identitovigilance et infectiovigilance.</li> <li>○ La coordination de ces vigilances est assurée par un groupe de travail spécifique issu du GCRIS.</li> </ul> </li> <li>• La gestion des risques professionnels est coordonnée par le GCRIP (groupe de coordination des risques professionnels) en lien notamment avec le CHSCT et</li> </ul>		

		<p>la médecine du travail.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les réclamations et plaintes sont gérées et analysés par la CRUQ.</li> </ul> <p>Une commission des urgences sanitaires, placée sous la responsabilité du responsable médical de la gestion de crise et du coordonnateur général de soins, a été mise en juin 2009.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elle est chargée notamment des plans d'urgence ; force de proposition en matière de gestion des crises sanitaires, elle constitue une aide à la décision stratégique pour le Conseil Exécutif et le Directeur.</li> <li>• La sécurité des biens et des personnes, y compris la sécurité incendie, est assurée par un technicien sous l'autorité de l'ingénieur environnement.</li> <li>• La sécurité liée à l'eau, l'air et les déchets (DASRI) est gérée par l'ingénieur environnement.</li> <li>• Une commission des gaz médicaux est en place sur l'établissement.</li> <li>• La sécurité liée aux infrastructures et bâtiments est gérée par l'ingénieur travaux.</li> <li>• Un responsable est identifié pour la sécurité alimentaire et le linge, sous l'autorité de l'ingénieur logistique.</li> </ul> <p>La sécurité du système d'information est sous la responsabilité du directeur chargé du système d'information.</p>
<p>Démarche structurée d'identification et d'analyse des risques a priori (secteurs à risque, risques professionnels, etc.).</p>	<p>OUI</p>	<p>La démarche structurée de gestion des risques a priori est en place sur l'établissement. Celle-ci est développée sur les thématiques suivantes, les cinq premières concernées par la visite ciblée ayant été traitées prioritairement par l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risques professionnels : existence du document unique sur l'établissement dont le suivi est assuré par le GCRIP ;</li> <li>• Risques au bloc opératoire y compris les interfaces avec les unités de soins, la salle d'accouchement et la stérilisation : la cartographie des risques a été élaborée à partir de l'analyse du processus</li> </ul>

		<p>englobant la consultation d'anesthésie et la préparation de l'opéré ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La sécurité du patient au bloc opératoire : mise en place au 30 novembre 2009 de la check-list recommandée par l'OMS et exigée par l'HAS à compter de janvier 2010 ;</li> <li>• La stérilisation : au moment de la restructuration des locaux, une analyse des risques a priori a été réalisée lors de la formalisation des circuits avec l'appui d'un consultant ;</li> <li>• Les risques infectieux.</li> </ul> <p>La restauration : la démarche HACCP est déployée jusqu'au lit du patient ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des démarches de prévention du risque infectieux y compris des projets EPP, par exemples : les différents audits de pratique réalisés par le CLIN, la prévention des risques liés à la pose de voies veineuses sous-clavières, la prévention du risque infectieux dans le sondage urinaire à demeure, les risques infectieux sur les soins dentaires à l'UCSA, l'évaluation du risque infectieux avant les phases de travaux ;</li> <li>• La cartographie des risques a priori relatifs aux soins : le cadre méthodologique a été validé en fin d'année 2009 et les premiers travaux du groupe référent sont planifiés et portent sur les processus majeurs et prioritaires définis par l'établissement.</li> </ul>		
<p>Démarche structurée d'identification, de signalement et d'analyse des incidents et accidents survenus.</p>	<p>OUI</p>	<p>La démarche structurée de gestion des risques a posteriori est en place sur l'établissement. Celle-ci est développée sur les thématiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La fiche de déclaration d'événements indésirables, mise en place en 2003, a fait l'objet d'une démarche d'évaluation et d'une réactualisation de la procédure : une nouvelle fiche ainsi qu'un nouveau circuit de traitement / suivi ont été mis en place courant mars 2008.</li> </ul>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La fiche et le circuit de signalement / traitement des évènements indésirables graves en secteurs interventionnels sont en place depuis 2008. Une procédure spécifique existe.</li> <li>• La restauration : la conduite à tenir pour le signalement et le traitement des non-conformités en restauration est formalisée.</li> <li>• Le laboratoire d'analyses médicales a mis en place un dispositif de gestion des non-conformités.</li> <li>• Les vigilances sanitaires : des procédures sur les signalements internes et externes existent.</li> <li>• La matériovigilance est certifiée ISO 9001 et une revue périodique des processus est réalisée par la cellule de matériovigilance à partir de l'analyse des résultats d'indicateurs et des éventuelles non-conformités signalées.</li> <li>• L'identitovigilance : des procédures sont mises en place, élaborées par la cellule d'identitovigilance, avec des indicateurs de suivi.</li> <li>• Les réclamations et les plaintes : leurs gestions sont définies dans une procédure spécifique.</li> <li>• Les risques professionnels : des procédures existent pour le signalement et le traitement.</li> </ul> <p>D'autres démarches ponctuelles de gestion des risques a posteriori sont en cours ou ont été réalisées sur les thèmes suivants : risque infectieux dans la pose et la surveillance des voies veineuses périphériques, analyse a posteriori d'une épidémie au clostridium difficile à l'USLD, risque de chute chez la personne âgée hospitalisée en psychiatrie, risque infectieux en balnéothérapie, prévention de la déshydratation chez le sujet âgé, travaux menés par le CLIN (enquêtes de surveillance organisées par le CLIN), audit sur le circuit du médicament, etc.</p> <p>L'établissement et chaque pôle disposent d'un nouvel outil, un tableau de bord « risques » permettant un suivi triennal et la définition d'actions correctives après l'analyse des résultats.</p>	
--	---	--

<p>Définition d'un programme global de gestion des risques.</p>	<p>EN PARTIE</p>	<p>Le programme global de gestion des risques est réexaminé annuellement par le comité de coordination pour prendre en compte l'ensemble des résultats des démarches d'identification et d'analyse des risques a priori et a posteriori mises en place sur l'établissement, y compris sur le secteur « soins ». Cependant, l'établissement n'a pas réalisé sa cartographie complète (risques liés aux soins).</p>		
---	------------------	---	--	--

**Décision : 11c : Les résultats issus des analyses de risques permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter.**

Rappel du critère indexé à la décision (N° et libellé): 11c : Les résultats issus des analyses de risques permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter.			Prise en charge concernée :	
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA (Présent : OUI, EN PARTIE, NON)	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Hiérarchisation des risques (outils, grille de criticité, etc.).	EN PARTIE	<p>Les démarches de gestion a priori et a posteriori sont accompagnées d'une méthode de hiérarchisation sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Les risques professionnels</li> <li>✓ Les risques a priori au bloc opératoire</li> <li>✓ Les risques patients a priori liés aux soins (démarche globale)</li> <li>✓ Les thématiques présentes sur la fiche de déclaration d'un événement indésirable</li> <li>✓ Les événements indésirables graves en secteurs interventionnels</li> <li>✓ La restauration (gestion des non-conformités).</li> <li>✓ Les plaintes et réclamations</li> <li>✓ Les vigilances sanitaires suivantes : matériorvigilance, réactovigilance, pharmacovigilance et hémovigilance</li> <li>✓ Les risques infectieux.</li> </ul> <p>Tous les risques a priori liés aux soins n'ayant pas été recensés pour le moment, la hiérarchisation des risques n'est pas complète.</p>	B	
Formalisation des conduites à tenir en cas d'incident ou accident.	OUI	<p>Des conduites à tenir en cas d'incident ou d'accident sont formalisées sur les thématiques suivantes par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fugues des patients</li> <li>✓ Risques professionnels</li> <li>✓ Risques alimentaires</li> <li>✓ Risques infectieux.</li> <li>✓ Environnement (eau, air et surface) et déchets.</li> <li>✓ Vigilances sanitaires y compris l'identitovigilance</li> </ul>		

		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Risques incendie</li> <li>✓ Risques NRBC</li> <li>✓ Pannes de matériels et de dispositifs médicaux.</li> </ul>	
Mise en œuvre d'actions de réduction des risques.	OUI	Les résultats issus des démarches structurées de gestion des risques a priori donnent lieu à une analyse et à la définition d'actions de réduction de risques. Des actions de réduction de risques sont également définies, priorisées et mises en œuvre suite aux démarches de gestion des risques a posteriori.	
Association des instances et professionnels à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme d'actions de réduction des risques.	OUI	<p>Les instances et les professionnels sont largement associés à l'élaboration et à la mise en œuvre des plans d'actions de réduction des risques, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le plan d'action issu de la cartographie des risques au bloc opératoire a été élaboré avec les professionnels du bloc, des unités de soins et de la stérilisation. Le plan d'action a été validé par le comité de coordination qualité, risques et EPP et présenté en conseil de bloc élargi et en conseil de pôle.</li> <li>• Le GCRIP est associé à la définition et à la mise en œuvre du plan d'action annuel relatif aux risques professionnels. Le bilan sur le document unique est présenté au CHSCT.</li> <li>• Le plan d'action issu des déclarations de fiches d'évènements indésirables est établi par le GCRIS et validé par le comité de coordination. Une présentation est assurée devant les instances de l'établissement.</li> <li>• Le rapport annuel de la CRUQ, élaboré par ses membres, est présenté pour avis aux instances concernées.</li> </ul> <p>Le programme global qualité, risques et EPP, élaboré par les membres de la CQREP et validé par le comité de coordination, est présenté pour avis devant les instances de l'établissement.</p>	

Décision : 13a : Les patients et les activités à risque infectieux sont identifiés et un programme de surveillance adapté est en place.

Rappel du critère indexé à la décision ( <i>N° et libellé</i> ): 13a : Les patients et les activités à risque infectieux sont identifiés et un programme de surveillance adapté est en place.			Prise en charge concernée :	
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA (Présent : OUI, EN PARTIE, NON)	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des patients et des activités à risque infectieux.	OUI	<p>Le CLIN identifie dans son programme les patients et les activités à risque infectieux.</p> <p>Un document de suivi de ce programme permet d'avoir une visibilité sur les actions prévues en particulier sur des activités et des secteurs à haut risque infectieux identifiés (réanimation, bloc opératoire, stérilisation, néonatalogie, endoscopie et chimiothérapie).</p> <p>La surveillance épidémiologique réalisée en continu (BMR, infections nosocomiales, infections du site opératoire, ...) permet d'identifier des situations à risque.</p> <p>Les patients identifiés au sein de l'unité par l'équipe soignante comme potentiellement à risque infectieux font l'objet de précautions complémentaires "d'isolement".</p>	A	
Définition d'un programme de surveillance avec une stratégie particulière dans les secteurs à haut risque (secteurs interventionnels, réanimation, néonatalogie, etc.).	OUI	<p>Il existe un projet d'hygiène et de lutte contre les infections nosocomiales dans le projet d'établissement.</p> <p>Chaque année, le CLIN élabore à partir notamment du bilan de l'année précédente un programme d'actions.</p> <p>Les actions de surveillance sont priorisées à partir des programmes régionaux ou nationaux de lutte contre les infections nosocomiales. Des événements particuliers signalés peuvent également conduire à ajouter des actions spécifiques.</p> <p>En complément, un document de suivi décline pour des activités et des secteurs identifiés à haut risque infectieux un programme d'actions pour l'année, en termes de surveillance épidémiologique, surveillance environnementale, prévention des infections nosocomiales, évaluation,</p>		

		<p>D'autres actions telles que les projets de travaux, l'achat d'équipement, la participation à des démarches transversales (gestion des risques, ...) sont également mentionnées.</p> <p>Le programme du CLIN est validé par les instances de l'établissement</p>	
Mise en œuvre du programme.	OUI	<p>La mise en œuvre du programme d'action est coordonnée par l'EOH en collaboration avec les différents groupes de travail thématiques existants ou mis en place.</p> <p>En complément du programme du CLIN, un document de suivi a été élaboré en particulier sur des activités et des secteurs à haut risque infectieux. Celui-ci précise pour chaque action inscrite dans le programme les modalités de mise en œuvre en termes de responsabilités et de calendrier.</p>	
Suivi du programme.	OUI	<p>Une à deux fois par an, un état d'avancement des actions réalisées est présenté aux membres du CLIN. Les objectifs du programme du CLIN sont évalués et intégrés dans le bilan annuel.</p> <p>L'efficacité des actions entreprises est évaluée notamment à travers les différents indicateurs nationaux (indice ICALIN, enquête sur les infections du site opératoire, taux de SARM pour 1000 jours d'hospitalisation, indice ICSHA) dont les résultats sont rappelés dans le bilan annuel. Depuis 2009, le tableau de bord risques, diffusé sur intranet, reprend l'ensemble de ces résultats.</p> <p>Le bilan annuel, établi par le CLIN, est transmis pour validation aux différentes instances de l'établissement.</p>	

**Décision : 14b : Une organisation permettant d'assurer la qualité de la stérilisation est en place.**

Rappel du critère indexé à la décision ( <i>N° et libellé</i> ): 14b : Une organisation permettant d'assurer la qualité de la stérilisation est en place.			Prise en charge concernée :	
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA (Présent : OUI, EN PARTIE, NON)	Constats	Cotation du critère	Dynamique
<p>Certification externe ou démarche d'assurance qualité en stérilisation connue des professionnels.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mise en œuvre de protocoles et de procédures.</li> <li>- formation régulière du personnel concerné.</li> </ul>	OUI	<p>Le système d'assurance qualité en stérilisation est en place depuis juillet 2003 avec un responsable identifié.</p> <p>Le manuel qualité a été réactualisé en 2009 pour prendre en compte les changements liés à la restructuration de la stérilisation.</p> <p>Les objectifs qualité sont définis annuellement et validés par le directeur.</p> <p>L'ensemble de la documentation (procédures et modes opératoires) du système d'assurance qualité de la stérilisation est mis en jour en fonction des nouveaux locaux.</p> <p>Chaque étape de la stérilisation est tracée informatiquement pour le matériel du bloc depuis la pré-désinfection jusqu'à la stérilisation des dispositifs médicaux.</p> <p>Concernant les autres unités de soins, les demandes de stérilisation sont réalisées sur bon papier et les quantités distribuées de produits stériles sont enregistrées quotidiennement par la stérilisation.</p> <p>Par ailleurs, les process sont contrôlés à l'aide d'un nouveau logiciel qui enregistre et centralise les paramètres de sécurité des autoclaves, des laveurs et les contrôles d'eau.</p> <p>Tous les agents sont habilités à la conduite des autoclaves et ont acquis les formations obligatoires pour être autorisés à exercer leur activité à la stérilisation (bonnes pratiques de stérilisation).</p>	A	

<p>Prise en compte des avis et recommandations des services d'inspection.</p>	<p>OUI</p>	<p>Dans le cadre de la restructuration de la stérilisation (stérilisation neuve qualifiée ISO 8, en fonctionnement début d'année 2010), l'établissement a sollicité et obtenu la validation du programme technique détaillé par l'inspection régionale de pharmacie et par le conseil de l'ordre, et ce, tant pour la phase transitoire que pour les locaux définitifs. Les recommandations issues des différents contrôles internes et externes réalisés au niveau de la stérilisation sont suivies d'actions correctives.</p>		
<p>Interfaces organisées avec les secteurs d'activité utilisateurs.</p>	<p>OUI</p>	<p>Le manuel qualité de la stérilisation et la documentation associée précisent les différents modes d'organisation avec les unités de soins. En effet, différents outils sont utilisés : Le fichier produit informatique qui liste les dispositifs médicaux stérilisés pour le bloc opératoire Le classeur des dotations de dispositifs médicaux à stériliser pour toutes les autres unités de soins Les classeurs avec la composition des containers et des boîtes chirurgicales du bloc Le classeur avec la composition de tous les plateaux de soins fabriqués à la stérilisation Le planning hebdomadaire des passages dans les unités de soins pour le ramassage des dispositifs médicaux à stériliser.  La reconstitution des plateaux est réalisée au bloc et la décontamination des dispositifs médicaux est réalisée à la stérilisation. Une thermo-désinfection des bacs de transport des dispositifs médicaux des unités de soins, des bacs et des chariots de décontamination provenant du bloc opératoire est réalisée à la stérilisation dans une cabine de lavage. Une nouvelle organisation a été mise en place durant les périodes d'astreinte avec l'installation d'une machine à laver au bloc opératoire en juillet 2009.</p>		

	L'établissement assure des prestations externes qui font l'objet de conventions de coopération validées par l'inspection régionale de pharmacie (établissements de Moissac, Cahors, Toulouse, Agen).	
--	--	--

**Décision: 16a : La sécurité des bâtiments, des installations et des équipements fait l'objet d'un suivi.**

Rappel du critère indexé à la décision (N° et libellé): 16a : La sécurité des bâtiments, des installations et des équipements fait l'objet d'un suivi.			Prise en charge concernée :	
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA (Présent : OUI, EN PARTIE, NON)	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des responsables.	OUI	La sécurité des bâtiments, des installations et des équipements est sous la responsabilité de l'unité "travaux" de la DFPL. Cette unité est composée d'un ingénieur et de trois techniciens supérieurs hospitaliers. Chaque technicien a la responsabilité d'un pôle : pôle plomberie, pôle bâtiment et pôle électricité.	B	
Programme de contrôle (contrôles internes et externes, à périodicité définie).	OUI	L'ensemble des contrôles réglementaires a fait l'objet de marchés pluriannuels spécifiques passés avec des organismes de contrôle agréés. Un programme de contrôle est défini. Le modèle de fiche de synthèse sécurité est utilisé par certains organismes de contrôle pour permettre un meilleur suivi des recommandations		
Mise en œuvre et suivi des recommandations consécutives aux contrôles externes.	EN PARTIE	L'ensemble des recommandations consécutives aux contrôles externes a été prise en compte : En externe : plusieurs modalités sont mises en œuvre pour lever les non-conformités : Le développement des accords cadres dans plusieurs corps d'état (ex : plomberie, électricité, peinture, plaquiste, ...) et des marchés en bons de commande, <ul style="list-style-type: none"> <li>o L'élaboration de contrats de maintenance,</li> <li>o Le lancement de consultations spécifiques.</li> </ul> - En interne : il est fait appel, quand cela est possible et en fonction des travaux à réaliser, aux équipes des services techniques.  Parallèlement et pour accélérer la mise aux normes des bâtiments, des installations et des équipements, l'établissement a conclu des marchés spécifiques dans les différents domaines concernés.		

		<p>Des travaux ont été réalisés sur les locaux pour lesquels une restructuration est programmée. Par exemple, dans le cadre de la mise aux normes sur les secteurs de psychiatrie, un niveau de priorité a été défini en fonction de la criticité.</p> <p>Des travaux sont également réalisés dans les locaux professionnels loués par l'établissement.</p> <p>Concernant le suivi des recommandations, plusieurs moyens de coordination sont mis en œuvre :</p> <p>Suivi hebdomadaire de tous les chantiers réalisé en staff avec le Directeur de la DFPL et le personnel technique,</p> <p>Réunions mensuelles avec les différents techniciens conduites par l'ingénieur environnement-sécurité.</p> <p>Des tableaux de bord de suivi des réalisations sont mis à jour tous les deux mois.</p>	
Recueil et analyse des dysfonctionnements (panne d'un équipement, absence de fermeture du bâtiment, etc.).	OUI	<p>Un logiciel permet à toutes les unités de l'établissement de signaler un dysfonctionnement constaté sur les équipements.</p> <p>Les fiches d'évènements indésirables sont également utilisées dans le cas de défaut de maintenance ou de panne répétée.</p> <p>En parallèle, la GMAO est utilisée pour le suivi de maintenance des équipements inventoriés.</p> <p>Les dysfonctionnements sont analysés selon la procédure suivante :</p> <p style="padding-left: 40px;">Lecture régulière des bons de demande par les techniciens et priorisation des actions de maintenance,</p> <p style="padding-left: 40px;">Organisation du travail des équipes par chaque contremaître.</p>	
Actions d'amélioration.	OUI	<p>Suite à des dysfonctionnements, des actions d'amélioration sont mises en place.</p> <p>Par exemple :</p> <p style="padding-left: 40px;">Un nouveau logiciel de réalisation des plans a été acquis,</p>	

	<p>Une réflexion est en cours sur une démarche de gestion des risques a priori en électricité : l'objectif est de développer des mises en situations de panne afin de formaliser des conduites à tenir et développer la formation des professionnels.</p>	
--	---	--

**Décision : 16b : La prévention du risque incendie est organisée et les professionnels bénéficient d'une formation programmée et régulièrement actualisée.**

Rappel du critère indexé à la décision ( <i>N° et libellé</i> ): 16b : La prévention du risque incendie est organisée et les professionnels bénéficient d'une formation programmée et régulièrement actualisée.			Prise en charge concernée :	
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA (Présent : OUI, EN PARTIE, NON)	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des responsables.	OUI	Un ingénieur sécurité-environnement est responsable de la sécurité-incendie assisté d'un technicien supérieur chargé de la sécurité (formation SSIAP 3) et d'un maître ouvrier (formation SSIAP 2). Par ailleurs, l'établissement a constitué une équipe spécifique chargée de la sécurité incendie afin d'assurer une présence physique 24h/24 et 7jours/7 et veiller à la sécurité des biens et des personnes.	C	
Programme de contrôle (contrôles internes et externes, à périodicité définie).	OUI	<p>Un programme de contrôle est défini comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contrôles effectués par une société externe : le système de sécurité incendie (SSI), le désenfumage, les moyens de secours (RIA, extincteurs, poteaux incendie, colonnes sèches), les blocs de secours.</li> <li>- Contrôles effectués en interne par l'équipe sécurité : les issues de secours, la signalisation du SSI, les essais du SSI</li> <li>- Passages de la commission de sécurité dont la fréquence est variable selon les bâtiments du Centre Hospitalier de Montauban : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les deux ans sur le bâtiment principal,</li> <li>• Tous les trois à cinq ans sur les autres bâtiments.</li> </ul> </li> </ul> <p>Depuis le 01/01/2009, chaque bâtiment du site principal dispose d'un registre de sécurité.</p>		

<p>Mise en œuvre et suivi des recommandations consécutives aux contrôles externes.</p>	<p>EN PARTIE</p>	<p>L'ensemble des recommandations consécutives aux contrôles externes a été pris en compte.                  En effet, les rapports et PV issus des contrôles effectués par les organismes externes sont analysés par le technicien supérieur chargé de la sécurité incendie. Des actions correctives et leurs échéances de mise en œuvre sont définies.                  Les fiches de synthèse sécurité sont maintenues à jour et constituent un outil de suivi interne.                  Par ailleurs, l'établissement a élaboré un schéma directeur qui a été présenté au SDIS puis validé en février 2008 par la Sous-commission Départementale de Sécurité. L'établissement met en œuvre ce schéma en lien avec la sous-commission départementale de sécurité.                  Une présentation sur l'avancée de la réalisation du schéma directeur a été organisée à la Préfecture pour la commission de sécurité en juin 2009.                  De nouveaux travaux ont été lancés en 2009 dans le cadre de la mise en œuvre du schéma : mise à jour des plans des réseaux, raccords de désenfumage, changement du système de détection incendie sur une des parties du bâtiment médico-chirurgical                  Le schéma directeur spécifique au SSI a été validé par la commission de sécurité en février 2009.                  Il demeure quelques bâtiments (externes au site principal) pour lesquels la commission de sécurité n'a pas encore levée son avis défavorable.</p>		
<p>Formations actualisées, à périodicité définie, de l'ensemble des personnels.</p>	<p>OUI</p>	<p>La formation à la sécurité-incendie est inscrite tous les ans dans le plan de formation de l'établissement.                  La formation se déroule en deux temps :                  Mise en situation des agents au sein de l'unité avec une adaptation de la formation théorique au contexte de l'unité,                  Formation pratique avec la manipulation d'un extincteur à l'aide du bac à feu écologique situé à l'extérieur des bâtiments.                  Un mode opératoire spécifique, présent dans le classeur</p>		

		<p>sécurité incendie de chaque unité, définit le contenu et les modalités de réalisation de la formation en matière de sécurité incendie.</p> <p>A l'issue de chaque formation, un questionnaire de satisfaction est renseigné par les participants. Les résultats de cette évaluation sont ensuite utilisés pour améliorer la qualité et le contenu de la formation. En parallèle, chaque agent des services techniques, des corps de métier plomberie et électricité, nouvellement recruté, bénéficie d'une formation SSIAP 1. Les agents précédemment formés suivent le recyclage obligatoire SSIAP 1 et 2.</p>		
Exercices réguliers de simulation.	OUI	<p>Un exercice de simulation est organisé tous les ans.</p> <p>En mars 2009, un exercice d'évacuation s'est déroulé avec la participation des pompiers dans l'unité de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle.</p> <p>Par ailleurs, au cours de la formation à la sécurité incendie, il est proposé à chaque agent de réaliser un exercice pratique de manipulation des extincteurs avec le bac à feu écologique.</p> <p>Ces exercices sont organisés une après-midi par semaine dans l'enceinte de l'établissement. Pour les sites extérieurs, des rendez-vous spécifiques sont organisés avec la réalisation d'exercices sur place.</p>		
Appropriation par les personnels des protocoles d'alerte et d'intervention.	OUI	<p>Un classeur de sécurité incendie spécifique est en place dans chaque unité.</p> <p>Des procédures de déclaration et de gestion d'un incendie sur les différents sites de l'établissement ont été diffusées et sont disponibles dans le classeur sécurité-incendie de chaque unité ainsi que sur l'intranet.</p> <p>Un rappel sur les modalités d'alerte et les mesures à prendre en cas d'incendie est effectué par le service sécurité lors de chaque formation.</p> <p>Par ailleurs, la mise en place depuis janvier 2008 du questionnaire d'évaluation des connaissances rempli par les participants à l'issue de chaque formation permet au formateur d'analyser et d'évaluer le niveau d'appropriation des connaissances par les</p>		

		<p>professionnels.</p> <p>Une étiquette mentionnant le 18 est collée sur tous les postes téléphoniques utilisés par le personnel de l'établissement.</p> <p>Une enquête de satisfaction des professionnels sur les prestations assurées par l'équipe de sécurité (site principal uniquement), réalisée en avril 2008, a intégré des questions sur la sécurité incendie.</p> <p>Les résultats de cette enquête ainsi que le plan d'action ont fait l'objet d'une communication auprès du personnel. Des actions ont été mises en œuvre telles que : envoi d'une note interne pour rappeler les missions de l'équipe sécurité, mise à jour et affichage des consignes de sécurité incendie auprès de toutes les unités de soins au cours du 2<sup>ème</sup> semestre 2008</p>		
Recueil et analyse des dysfonctionnements.	OUI	<p>Les dysfonctionnements sont consignés dans la main courante et dans les rapports du service sécurité ainsi que dans le cahier de garde des services techniques et des cadres de santé.</p> <p>Ces dysfonctionnements sont analysés et traités, au plus près du dysfonctionnement, par le technicien supérieur chargé de la sécurité.</p> <p>De plus, la fiche de déclaration d'évènements indésirables intègre une rubrique « sécurité incendie » qui permet de signaler un dysfonctionnement. Ces fiches sont ensuite analysées par le GCRIS et transmises aux responsables concernés pour analyse et mise en place d'actions correctrices.</p>		
Actions d'amélioration.	OUI	<p>Un marché public pour la prise en charge des travaux de maintenance du SSI a été organisé.</p> <p>Des accords cadres sont également conclus pour la levée des non conformités issues des contrôles externes.</p> <p>Suite à l'analyse des dysfonctionnements, des actions d'amélioration peuvent aussi être mises en œuvre. Par exemple, la mise en place d'un système de porte aimantée</p> <p>Les résultats de l'enquête réalisée en 2008 pour évaluer</p>		

		la satisfaction des prestations assurées par l'équipe de sécurité ont donné lieu à la définition et à la mise en place d'actions d'amélioration (achat d'un bac à feu écologique pour faciliter les exercices de manipulation d'extincteurs).		
Dispositions spécifiques vis-à-vis du risque incendie lié au tabagisme (affichage, livret d'accueil, rappel des règles en cas de non-respect, etc.) et aux autres causes d'incendie (produits inflammables, produits de laboratoire, risque électrique, etc.).	OUI	Des dispositions spécifiques ont été prises vis-à-vis de divers risques incendie : le tabagisme, es produits chimiques, le laboratoire, le risque électrique Depuis septembre 2009, des formations auprès des personnels des unités concernées sont organisées sur le risque chimique. Début 2010, un livret sera diffusé à l'ensemble des personnels sur le risque chimique.		

**Décision : 27a : Des règles de responsabilité, de présence, de concertation et de coordination sont mises en œuvre pour assurer la continuité des soins.**

Rappel du critère indexé à la décision (N° et libellé 27a : Des règles de responsabilité, de présence, de concertation et de coordination sont mises en œuvre pour assurer la continuité des soins.			Prise en charge concernée : MCO	
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA (Présent : OUI, EN PARTIE, NON)	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Planning de présence, gardes et astreintes, prévision et organisation des remplacements.	OUI	La continuité des soins est assurée par l'ensemble des professionnels sous la forme de gardes ou d'astreintes pour l'ensemble des unités. Un tableau prévisionnel et mensuel d'astreintes et/ou de garde, est élaboré par spécialité et mis à la disposition des personnels. Dans le service Maternité et Obstétrique, les astreintes sont assurées par des personnels médicaux gynéco-obstétriciens ou chirurgiens viscéralistes dont la compétence chirurgicale a été validée.	A	
Définition de moyens de coordination (supports, temps de réunion, temps de transmission, etc.).	OUI	Des moyens de coordination existent à savoir : les temps de transmissions infirmières, les supports de traçabilité présents dans le dossier patient, le document de planification d'une intervention chirurgicale, les RCP en cancérologie, les réunions pluridisciplinaires, la téléradiologie, les visioconférences, les supports de coordination avec les secteurs logistiques.		
Mise en œuvre de règles de coordination entre tous les intervenants de la prise en charge.	OUI	La coordination entre intervenants de la prise en charge est réalisée à travers : les transmissions soignantes réalisées 3 fois par jour avec la participation d'un médecin dans certaines unités, les visites médicales quotidiennes ou pluri-quotidiennes, les staffs ou réunions pluridisciplinaires de synthèse, le staff hebdomadaire de programmation opératoire.		
Recueil des dysfonctionnements	OUI	Les fiches de déclaration d'événements indésirables permettent de tracer les dysfonctionnements éventuels en lien avec la continuité des soins. Ces fiches sont ensuite gérées par le Groupe de Coordination des		

	Risques en ce qui concerne les suites à donner. Des dysfonctionnements peuvent également être identifiés à partir de l'analyse en CRUQ des réclamations et plaintes de patients.	
--	---	--

**Décision : 27b MCO (La prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement est assurée).**

Rappel du critère indexé à la décision (N° et libellé): 27b (La prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement est assurée).			Prise en charge concernée : MCO	
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA (Présent : OUI, EN PARTIE, NON)	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Formation des personnels à la conduite à tenir en cas d'urgence vitale (connaissance de la procédure d'appel des personnes-ressources et des premiers gestes de secours, etc.).	EN PARTIE	La formation du personnel aux gestes et soins d'urgence (AFGSU), mise en place en 1999, est assurée par le Centre d'Enseignement aux Soins d'Urgence (CESU). Cette formation a été dispensée en priorité et de façon exhaustive aux personnels du service de Gynéco-Obstétrique. Cette formation est ouverte, depuis sa mise en place, à l'ensemble des personnels : plusieurs centaines de professionnels étant formés chaque année. Tous les personnels ont été informés de l'utilisation du numéro 15 dans le cas d'une urgence vitale.	B	
Maintenance à périodicité définie du matériel d'urgence dans les services et sécurisation d'accès au chariot d'urgence.	OUI	Un chariot d'urgence existe dans toutes les unités et dispose d'un moyen de sécurisation. La composition minimale du chariot a été définie par le comité de suivi des urgences nouvellement créé. La maintenance périodique est réalisée, elle est à la charge de l'unité détentricice.		
Analyse des dysfonctionnements et mesures correctives éventuelles	OUI	Les dysfonctionnements sont identifiés à partir des fiches de déclaration d'évènement indésirable. Ils sont analysés dans un deuxième temps par le Groupe de Coordination des Risques qui en assure le suivi et les suites à donner. Par ailleurs, le Comité de suivi des urgences vitales, mis en place en janvier 2010, a pour mission d'analyser les éventuels dysfonctionnements relatifs aux urgences vitales et de proposer des mesures correctives, d'assurer le bilan et suivi des matériels dans les unités et du bilan des formations, de formaliser les protocoles, et de mettre en place des indicateurs.		

**Décision : 31b MCO : Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées.**

Rappel du critère indexé à la décision (N°et libellé): 31b MCO (Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées).			Prise en charge concernée : MCO	
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA (Présent : OUI, EN PARTIE, NON)	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Validation par le pharmacien des prescriptions et du traitement complet du patient.	EN PARTIE	La validation par le pharmacien des prescriptions et du traitement complet du patient est effective pour les unités où la prescription médicale est informatisée. Seuls 24 lits d'hospitalisation en MCO sont concernés (court séjour gériatrique et addictologie). Par ailleurs, les pharmaciens assurent une validation des prescriptions pour les médicaments T2A, les médicaments dérivés du sang et les produits sanguins stables, les stupéfiants. Depuis août 2009, la validation et la délivrance nominative a été étendue à une liste complémentaire : chimiothérapies anticancéreuses, médicaments coûteux, médicaments réservés à certaines spécialités et médicaments nécessitant une surveillance particulière. Pour tous les autres médicaments et en dehors des cas cités, il n'y a pas de validation par le pharmacien.	B	
Délivrance nominative des médicaments par le personnel de la pharmacie à usage intérieur ou de la pharmacie d'officine, hors cadre de l'urgence.	EN PARTIE	La délivrance nominative est effective pour les stupéfiants, les médicaments T2A, les chimiothérapies, les produits sanguins stables, les médicaments dérivés du sang et les médicaments non prévus dans le livret du médicament qui relèvent d'une demande particulière (liste complémentaire). Pour tous les autres médicaments, il n'y a pas de délivrance nominative mais une distribution à partir d'une dotation globale de la pharmacie de l'unité de soins.		
Préparation des médicaments non prêts à l'emploi, sous responsabilité d'un pharmacien,	OUI	La préparation des médicaments non prêts à l'emploi est effectuée par le personnel de la pharmacie dans le		

dans le respect des Bonnes Pratiques de Fabrication (médicaments radio pharmaceutiques, anticancéreux, préparations pédiatriques, etc.).		respect des règles de bonnes pratiques de fabrication. Ce sont exclusivement les chimiothérapies anticancéreuses (oncologie) et les préparations magistrales (pédiatrie).		
Conditionnement unitaire des médicaments le nécessitant, comportant leur dénomination jusqu'au moment de l'administration.	OUI	Le conditionnement unitaire est effectif pour les préparations de médicaments non prêts à l'emploi (chimiothérapie et préparations magistrales), les stupéfiants et les produits sanguins stables. L'établissement applique une politique qui consiste à privilégier les conditionnements unitaires.		
Sécurisation du transport des médicaments.	OUI	L'acheminement des médicaments de la pharmacie vers l'unité de soins est réalisé par le Service de Logistique Centralisé (SLC) selon une périodicité définie par la pharmacie. L'acheminement est effectué dans des armoires sécurisées et identifiées par unité de soins. La délivrance des stupéfiants est faite par la pharmacie à l'IDE de l'unité qui prend en charge le transport (émargement) dans une mallette sécurisée. Une procédure institutionnelle est mise en œuvre. Le SLC se charge également de la livraison des containers des produits sanguins stables avec émargement du bon de livraison. Des armoires spécifiques sont utilisées pour le transport des gaz médicaux.		
Recueil et analyse des événements indésirables.	OUI	Le recueil et l'analyse des événements indésirables sont réalisés selon différentes modalités, soit par le biais de la rédaction d'une fiche de déclaration d'évènement indésirable (fiche gérée et suivie par le Groupe de Coordination des Risques), soit par une fiche de déclaration en pharmacovigilance avec application de la procédure afférente, soit enfin par l'intermédiaire du bon de livraison qui retourne à la pharmacie.		

**Décision : 31b PSY (Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées).**

Rappel du critère indexé à la décision ( <i>N° et libellé</i> ): 31b PSY (Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées).			Prise en charge concernée : PSY	
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA (Présent : OUI, EN PARTIE, NON)	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Validation par le pharmacien des prescriptions et du traitement complet du patient.	EN PARTIE	Les pharmaciens assurent une validation des prescriptions pour les médicaments T2A et les stupéfiants. Pour tous les autres médicaments et en dehors des cas cités, il n'y a pas de validation par le pharmacien ; un plan de déploiement informatique est prévu, permettant à terme à la pharmacie de valider chaque prescription	C	
Délivrance nominative des médicaments par le personnel de la pharmacie à usage intérieur ou de la pharmacie d'officine, hors cadre de l'urgence.	EN PARTIE	La délivrance nominative est effective pour les stupéfiants, les médicaments T2A et les médicaments non prévus dans le livret du médicament qui relèvent d'une demande particulière (liste complémentaire). Pour tous les autres médicaments il n'y a pas de délivrance nominative mais une distribution à partir d'une dotation globale de la pharmacie de l'unité de soins.		
Préparation des médicaments non prêts à l'emploi, sous responsabilité d'un pharmacien, dans le respect des Bonnes Pratiques de Fabrication (médicaments radio pharmaceutiques, anticancéreux, préparations pédiatriques, etc.).	OUI	La préparation des médicaments non prêts à l'emploi est effectuée par le personnel de la pharmacie dans le respect des règles de bonnes pratiques de fabrication. La psychiatrie n'est pratiquement jamais concernée par ce type de préparation		
Conditionnement unitaire des médicaments le nécessitant, comportant leur dénomination jusqu'au moment de l'administration.	OUI	Le conditionnement unitaire est effectif pour les préparations de médicaments non prêts à l'emploi (préparations magistrales), les stupéfiants et les produits sanguins stables. L'établissement applique une politique qui consiste à privilégier les conditionnements unitaires.		

Sécurisation du transport des médicaments.	OUI	<p>L'acheminement des médicaments de la pharmacie vers l'unité de soins est réalisé par le Service de Logistique Centralisé selon une périodicité définie par la pharmacie. L'acheminement est effectué dans des armoires sécurisées et identifiées par unité de soins.</p> <p>La délivrance des stupéfiants est faite par la pharmacie à l'IDE de l'unité qui prend en charge le transport (émargement) dans une mallette sécurisée.</p> <p>Le SLC se charge également de la livraison des containers des produits sanguins stables avec la signature d'un bon de livraison.</p> <p>Des armoires spécifiques sont utilisées pour le transport des gaz médicaux.</p>		
Recueil et analyse des événements indésirables.	OUI	<p>Le recueil et l'analyse des événements indésirables sont réalisés selon différentes modalités , soit par le biais de la rédaction d'une fiche de déclaration d'évènement indésirable (fiche gérée et suivie par le Groupe de Coordination des Risques), soit par une fiche de déclaration en pharmacovigilance avec application de la procédure afférente, soit enfin par l'intermédiaire de bon de livraison qui retourne à la pharmacie .</p>		

**Décision : 31b SSR (Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées).**

Rappel du critère indexé à la décision (N° et libellé): 31b SSR (Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées).			Prise en charge concernée : SSR	
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA (Présent : OUI, EN PARTIE, NON)	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Validation par le pharmacien des prescriptions et du traitement complet du patient.	OUI	<p>Une validation par le pharmacien des prescriptions et du traitement complet du patient est effective pour les unités où la prescription médicale est informatisée. Tous les lits d'hospitalisation sont concernés (30 lits).</p> <p>Concernant les stupéfiants, les pharmaciens effectuent une vérification systématique des prescripteurs autorisés. Les demandes sont réalisées à partir des ordonnances nominatives sécurisées et validées par le pharmacien au moment de la délivrance.</p> <p>Les commandes des médicaments sont informatisées et saisies par les IDE des unités sur la base d'une dotation globale révisée en fonction de l'évolution de l'activité, de l'utilisation de nouveaux produits pharmaceutiques, changement de marchés de produits.</p>	C	
Délivrance nominative des médicaments par le personnel de la pharmacie à usage intérieur ou de la pharmacie d'officine, hors cadre de l'urgence.	EN PARTIE	<p>La délivrance nominative est effective pour les stupéfiants, les médicaments T2A et les médicaments non prévus dans le livret du médicament qui relèvent d'une demande particulière (liste complémentaire).</p> <p>Pour tous les autres médicaments il n'y a pas de délivrance nominative mais une distribution à partir d'une dotation globale de la pharmacie de l'unité de soins.</p>		
Préparation des médicaments non prêts à l'emploi, sous responsabilité d'un pharmacien, dans le respect des Bonnes Pratiques de Fabrication (médicaments radio pharmaceutiques, anticancéreux, préparations pédiatriques, etc.).	OUI	<p>La préparation des médicaments non prêts à l'emploi est effectuée par le personnel de la pharmacie dans le respect des règles de bonnes pratiques de fabrication.</p>		

Conditionnement unitaire des médicaments le nécessitant, comportant leur dénomination jusqu'au moment de l'administration.	OUI	Le conditionnement unitaire est effectif pour les préparations de médicaments non prêts à l'emploi (chimiothérapie et préparations magistrales), les stupéfiants et les produits sanguins stables. L'établissement applique une politique qui consiste à privilégier les conditionnements unitaires.		
Sécurisation du transport des médicaments.	OUI	L'acheminement des médicaments de la pharmacie vers l'unité de soins est réalisé par le Service de Logistique Centralisé selon une périodicité définie par la pharmacie. L'acheminement est effectué dans des armoires sécurisées et identifiées par unité de soins. La délivrance des stupéfiants est faite par la pharmacie à l'IDE de l'unité qui prend en charge le transport (émargement) dans une mallette sécurisée. Le SLC se charge également de la livraison des containers des produits sanguins stables avec la signature d'un bon de livraison. Des armoires spécifiques sont utilisées pour le transport des gaz médicaux.		
Recueil et analyse des événements indésirables.	OUI	Le recueil et l'analyse des événements indésirables sont réalisés selon différentes modalités , soit par le biais de la rédaction d'une fiche de déclaration d'évènement indésirable (fiche gérée et suivie par le Groupe de Coordination des Risques), soit par une fiche de déclaration en pharmacovigilance avec application de la procédure afférente, soit enfin par l'intermédiaire de bon de livraison qui retourne à la pharmacie .		

**Décision : 31b USLD (Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées).**

Rappel du critère indexé à la décision ( <i>N° et libellé</i> ): 31b USLD (Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées).			Prise en charge concernée : USLD	
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA (Présent : OUI, EN PARTIE, NON)	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Validation par le pharmacien des prescriptions et du traitement complet du patient.	EN PARTIE	Les pharmaciens assurent une validation des prescriptions pour les médicaments T2A et les stupéfiants. Pour tous les autres médicaments et en dehors des cas cités, il n'y a pas de validation par le pharmacien ; un plan de déploiement informatique est prévu, permettant à terme à la pharmacie de valider chaque prescription.	<b>C</b>	
Délivrance nominative des médicaments par le personnel de la pharmacie à usage intérieur ou de la pharmacie d'officine, hors cadre de l'urgence.	EN PARTIE	La délivrance nominative est effective pour les stupéfiants, les médicaments T2A et les médicaments non prévus dans le livret du médicament qui relèvent d'une demande particulière (liste complémentaire).  Pour tous les autres médicaments il n'y a pas de délivrance nominative mais une distribution à partir d'une dotation globale de la pharmacie de l'unité de soins.		
Préparation des médicaments non prêts à l'emploi, sous responsabilité d'un pharmacien, dans le respect des Bonnes Pratiques de Fabrication (médicaments radio pharmaceutiques, anticancéreux, préparations pédiatriques, etc.).	OUI	La préparation des médicaments non prêts à l'emploi est effectuée par le personnel de la pharmacie dans le respect des règles de bonnes pratiques de fabrication.		
Conditionnement unitaire des médicaments le nécessitant, comportant leur dénomination jusqu'au moment de l'administration.	OUI	Le conditionnement unitaire est effectif pour les préparations de médicaments non prêts à l'emploi (chimiothérapie et préparations magistrales), les stupéfiants et les produits sanguins stables. L'établissement applique une politique qui consiste à privilégier les conditionnements unitaires.		
Sécurisation du transport des médicaments.	OUI	L'acheminement des médicaments de la pharmacie vers		

		<p>l'unité de soins est réalisé par le Service de Logistique Centralisé selon une périodicité définie par la pharmacie. L'acheminement est effectué dans des armoires sécurisées et identifiées par unité de soins.</p> <p>La délivrance des stupéfiants est faite par la pharmacie à l'IDE de l'unité qui prend en charge le transport (émargement) dans une mallette sécurisée.</p> <p>Le SLC se charge également de la livraison des containers des produits sanguins stables avec la signature d'un bon de livraison.</p> <p>Des armoires spécifiques sont utilisées pour le transport des gaz médicaux.</p>		
Recueil et analyse des événements indésirables.	OUI	<p>Le recueil et l'analyse des événements indésirables sont réalisés selon différentes modalités , soit par le biais de la rédaction d'une fiche de déclaration d'évènement indésirable (fiche gérée et suivie par le Groupe de Coordination des Risques), soit par une fiche de déclaration en pharmacovigilance avec application de la procédure afférente, soit enfin par l'intermédiaire de bon de livraison qui retourne à la pharmacie .</p>		

## PARTIE 4

---

### DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

#### Certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent additif au rapport de certification issus des résultats de l'auto-évaluation et de la visite de suivi sur site, la HAS prononce la **certification**.

La HAS invite l'établissement à poursuivre sa démarche d'amélioration de la qualité sur les points suivants :

- **09b** (Une organisation est en place pour assurer la qualité et l'hygiène en blanchisserie et dans le circuit de traitement du linge) ;
- **16b** (La prévention du risque incendie est organisée et les professionnels bénéficient d'une formation programmée et régulièrement actualisée) ;
- **22a MCO, PSY** (L'accueil et les locaux sont adaptés aux handicaps du patient et/ou de son entourage) ;
- **26a MCO, PSY, SSR, USLD** (La prise en charge de la douleur est assurée) ;
- **30c MCO, PSY, SSR, USLD** (La transmission des résultats répond aux besoins des utilisateurs en termes de qualité et de délais) ;
- **31b PSY, SSR, USLD** (Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées) ;
- **40a** (La pertinence des pratiques professionnelles est évaluée).