



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

A thick, dark blue curved line that starts on the left side of the page, dips downwards, and then rises towards the right side, creating a wide, shallow arc.

RAPPORT DE CERTIFICATION V2010
CLINIQUE MUTUALISTE BENIGNE-JOLY

Allee roger renard Bp 39 - 21241 - Talant

OCTOBRE 2012

MAJ - 11/2013

SOMMAIRE

PREAMBULE	3
1. Les objectifs de la certification des établissements de santé	4
2. Les niveaux de certification	5
1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	7
2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	9
1. Les décisions par critères du manuel	10
2.Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	11
3.Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	12
4. Critères investigués lors de la visite de certification	13
5.Suvi de la décision	15
3.PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS	16
4.SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	23
5.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	27
CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	28
PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE	29
PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES	52
PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS	94
CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT	119
PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS	120
PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT	190
PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT	210
PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES	316
PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	332
6.INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	339
7.BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE	341
ANNEXES SUITE A MODALITE(S) de SUIVI : Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine procédure de certification	342
PREAMBULE	
1. Les objectifs de la certification des établissements de santé	
2. Les niveaux de certification	

PREAMBULE

Le rapport dont vous disposez présente les résultats de la procédure de certification de l'établissement par la Haute Autorité de Santé.

1. Les objectifs de la certification des établissements de santé

La certification mise en oeuvre par la Haute Autorité de Santé tous les 4 ans est une procédure d'évaluation externe. Elle est obligatoire et intervient périodiquement tous les 4 ans.

Sur la base d'un référentiel élaboré par la Haute Autorité de Santé (le manuel de certification), elle a pour objectifs :

- La mise en place d'un système d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- L'atteinte d'un niveau de qualité sur des critères jugés essentiels et qualifiés de pratiques exigibles prioritaires. La mesure de niveau de qualité sur des éléments particuliers est un levier d'amélioration de la qualité,
 - elle complète l'analyse du système par des mesures de la qualité sur des domaines,
 - elle permet de mesurer la cohérence entre la mise en place d'un système d'amélioration et la maîtrise de la qualité sur des points particuliers,
 - elle correspond à une attente des pouvoirs publics et des usagers.

La certification n'établit pas un palmarès des hôpitaux ou cliniques.

Elle ne note pas les professionnels de santé.

Elle ne se substitue pas aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire diligentés par la tutelle.

Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement.

Le rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle (Agence Régionale de Santé) et est rendu public. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés par les établissements de santé et leur Agence Régionale de Santé définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et comportent des engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui font

2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

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

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

Les décisions, les rapports et/ou additifs de certification sont tous rendus publics sur le site internet de la Haute Autorité de Santé, <http://www.has-sante.fr>. Il revient aux établissements de santé d'en assurer la plus large publicité en interne et en externe, (notamment par le biais de leur site internet).

L'arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé dispose que le livret d'accueil doit indiquer les conditions de mise à disposition des personnes hospitalisées d'une information sur les résultats des différentes procédures d'évaluation de la qualité des soins, dont le rapport de certification.

1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

AUCUNE DONNEE HISTORISEE

2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

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

1. Les décisions par critères du manuel

RECOMMANDATION(S)

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

28.a (Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles) .

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

- Les infrastructures

la Haute Autorité de Santé a constaté l'absence de contrôles réglementaires sur:

- La désinfection des dispositifs médicaux
- Les laboratoires d'analyses de biologie médicale
- Les eaux à usage technique
- Les eaux chaudes sanitaires
- Les déchets à risques infectieux et pièces anatomiques
- Les déchets à risques chimiques et toxiques, effluents liquides
- Les produits sanguins labiles
- Le secteur opératoire

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

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

4. Critères investigués lors de la visite de certification

La visite de certification s'est déroulée null

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

MANAGEMENT STRATÉGIQUE

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

MANAGEMENT DES RESSOURCES

3.c, 6.b, 6.d, 6.g, 7.b, 7.d, 7.e

MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

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

DROITS ET PLACE DES PATIENTS

10.a Hospitalisation à domicile, 10.e Hospitalisation à domicile, 10.e Court Séjour, 10.e Soins de suite et/ou de réadaptation, 11.c Court Séjour, 11.c Hospitalisation à domicile, 11.c Soins de suite et/ou de réadaptation, 12.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 12.a Hospitalisation à domicile, 12.a Court Séjour, 13.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 13.a Hospitalisation à domicile, 13.a Court Séjour

GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

14.a Hospitalisation à domicile, 14.a Court Séjour, 14.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 14.b Court Séjour, 14.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 14.b Hospitalisation à domicile, 15.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 15.a Court Séjour, 15.a Hospitalisation à domicile

PARCOURS DU PATIENT

18.a Hospitalisation à domicile, 19.a Enfants et adolescents, 19.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 19.b Court Séjour, 19.b Hospitalisation à domicile, 19.c Hospitalisation à domicile, 19.c Court Séjour, 20.a Court Séjour, 20.a Hospitalisation à domicile, 20.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 20.a bis Hospitalisation à domicile, 20.a bis Soins de suite et/ou de réadaptation, 20.a bis Court Séjour, 20.b Hospitalisation à domicile, 20.b Court Séjour, 20.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 21.a Hospitalisation à domicile, 22.a Court Séjour, 23.a Court Séjour, 23.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 23.a Hospitalisation à domicile, 24.a Hospitalisation à domicile, 24.a Court Séjour, 24.a Soins de suite et/ou de réadaptation

PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

26.a, 26.b Endoscopie

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

28.a, 28.b, 28.c

5.Suvi de la décision

La Haute Autorité de Santé encourage l'établissement à poursuivre sa démarche qualité et à améliorer son organisation et ses pratiques. Il a du remettre dans un délai de 12 mois un (des) plan(s) d'action avec échéancier pour les recommandations émises ou non levées suite à sa première modalité de suivi (visite de suivi).

3.PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS

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

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

Ensemble des thématiques du manuel

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

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

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

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

Pratiques exigibles prioritaires

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

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

Ces pratiques exigibles prioritaires concernent les critères suivants :

- Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles (1.f)
- Gestion des fonctions logistiques au domicile (6.g)
- Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins (8.a)
- Gestion des évènements indésirables (8.f)
- Maîtrise du risque infectieux (8.g)
- Système de gestion des plaintes et des réclamations (9.a)
- Prise en charge de la douleur (12.a)
- Prise en charge et droits des patients en fin de vie (13.a)
- Gestion du dossier du patient (14.a)
- Accès du patient à son dossier (14.b)
- Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge (15.a)
- Prise en charge somatique des patients (17.b)
- Continuité et coordination de la prise en charge des patients (18.a)
- Management de la prise en charge médicamenteuse du patient (20.a)
- Prise en charge médicamenteuse du patient (20.a bis)
- Prise en charge des urgences et des soins non programmés (25.a)
- Or

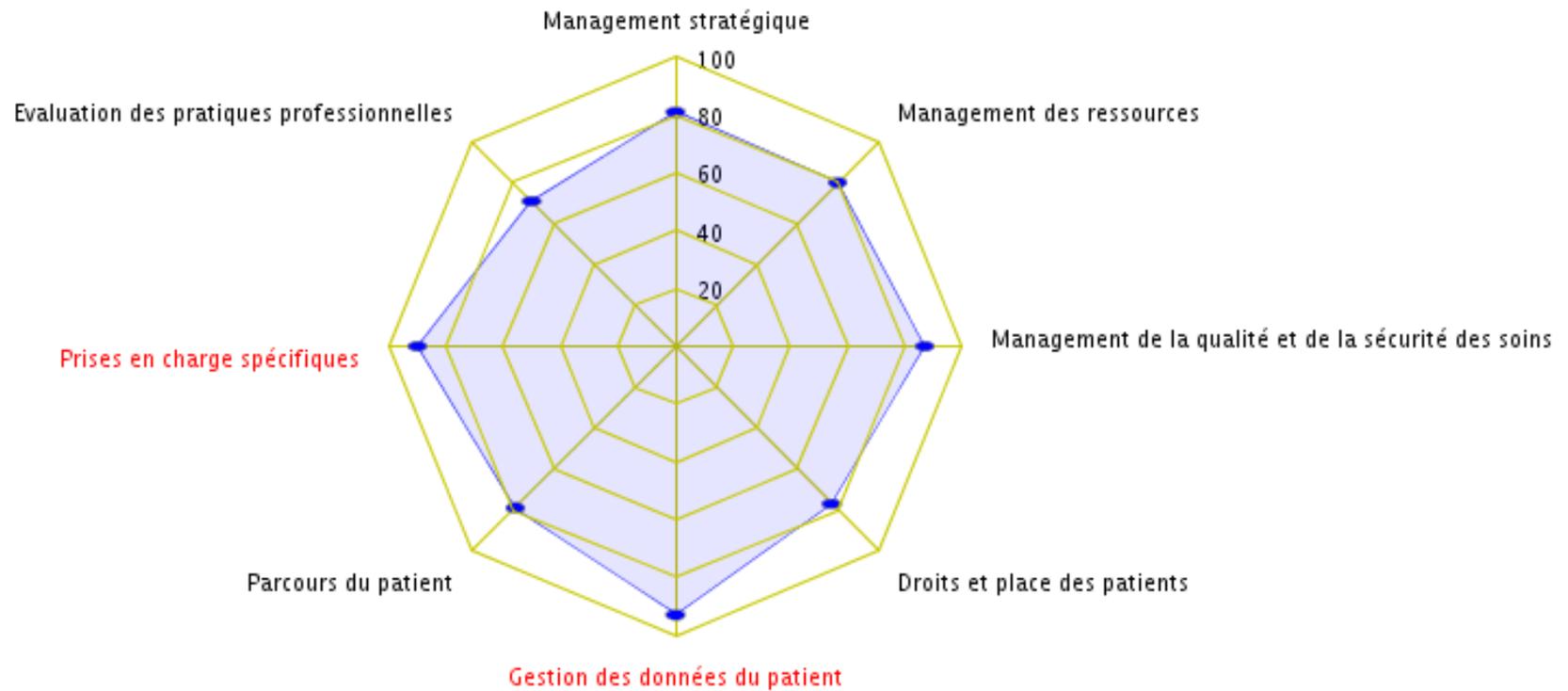
Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement.

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

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

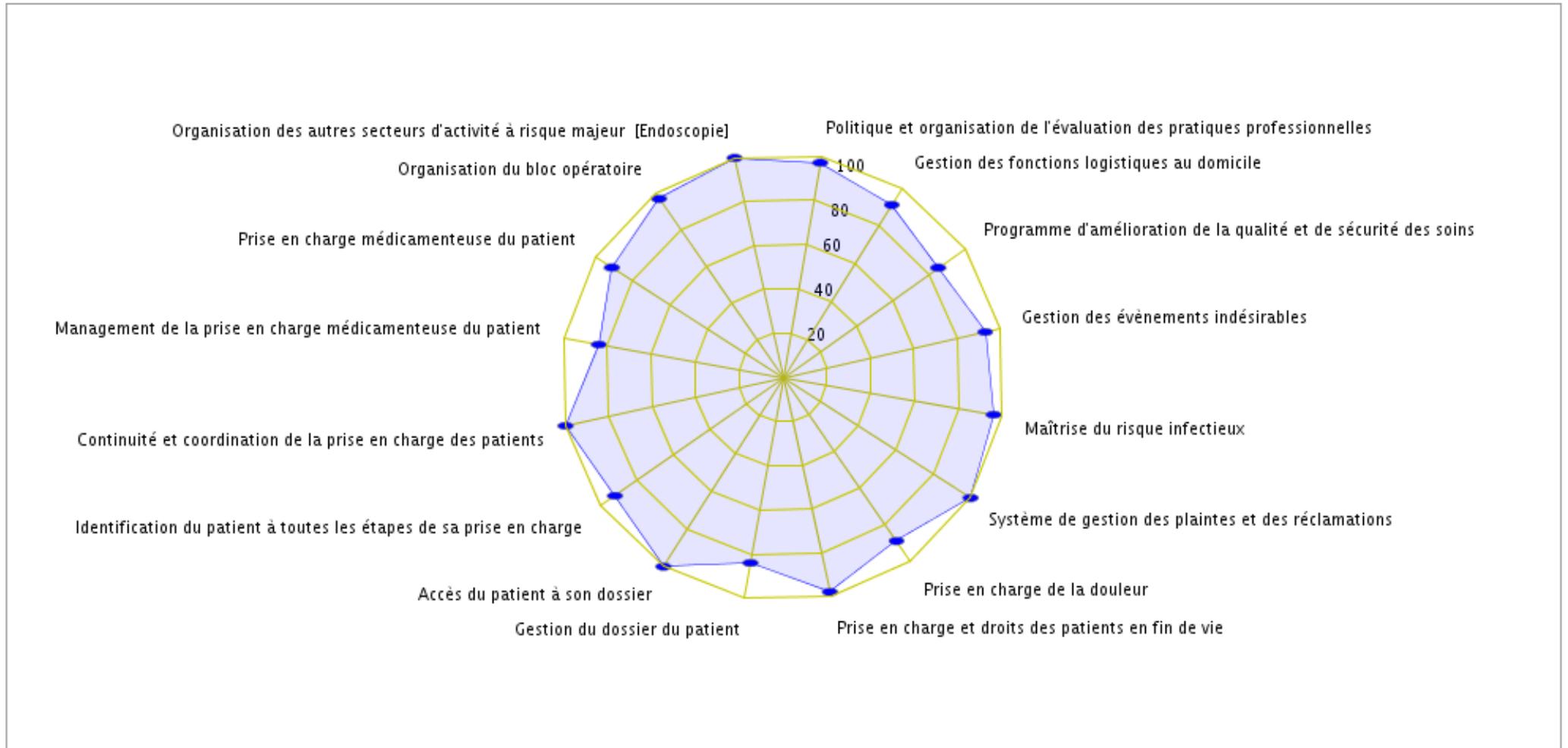
- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (10a),
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b),
- Respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c),
- Accueil et accompagnement de l'entourage (10d),
- Information du patient sur son état de santé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

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

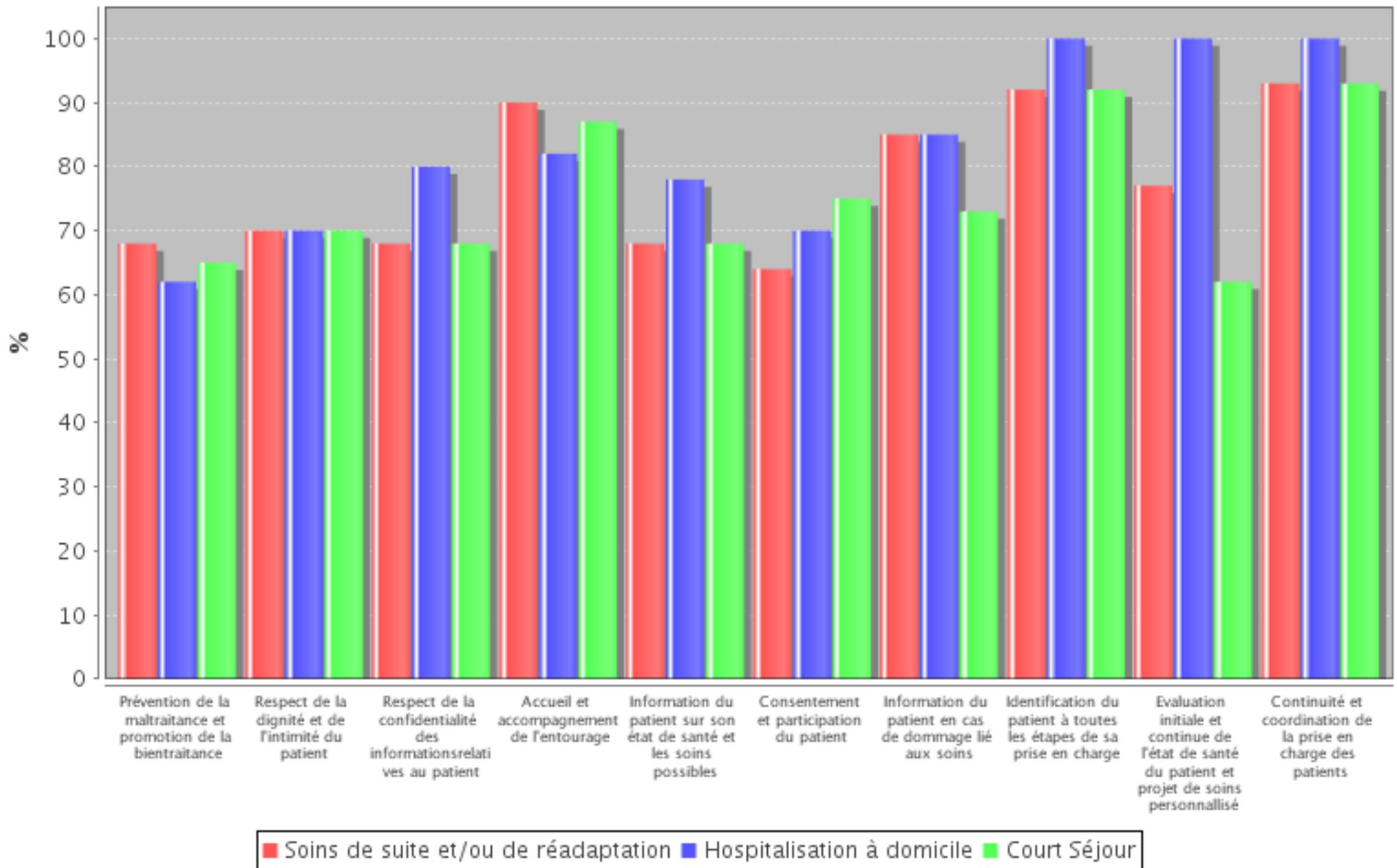


Les libellés des points fort (> 90%) sont en rouge.

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



3. Regard patient



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

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
13e (Un dispositif permettant l'alerte, l'identification et la gestion d'un phénomène épidémique est en place.).	Type 1	Oui	Une procédure de conduite à tenir en cas de crise infectieuse incluant le plan de maîtrise d'une épidémie a été rédigée par l'EOH et validée en CLIN. Cette procédure a été soumise à l'ARS. Elle a été diffusée à tous les services de la clinique. Elle définit les circuits d'alerte et le traitement par une cellule de crise.
18b (Une identification fiable et unique du patient est assurée.).	Type 1	Oui	Une cellule d'identitovigilance a été créée. Son fonctionnement est fixé par un règlement intérieur. Elle est chargée de mettre en place les mesures préventives relatives à l'identitovigilance, évaluer le respect des procédures, analyser les dysfonctionnements et mettre en place les actions correctives nécessaires. Une procédure de vérification de l'identité du patient à toutes les étapes de la prise en charge a été rédigée. Une évaluation du remplissage de la check list au bloc opératoire a été réalisée. Tous les patients opérés sont identifiés à l'aide d'un bracelet. Une check-list d'entrée dans le service a été créée avec un item pour la vérification de l'identité du patient à son admission. Une procédure de gestion des doublons a été écrite. Une recherche et une fusion de ces doublons sont réalisées mensuellement. Un planning mural est désormais accessible aux admissions et dans les services avec possibilité d'indiquer, par une gommette de couleur, les homonymies. Un formulaire de demande de correction d'identité a été créé entre les services de soins et les admissions.
31c MCO (Les conditions d'administration du médicament au patient garantissent la conformité à la prescription et la traçabilité de l'acte.) ; 31c HAD (Les conditions	Type 1	Oui	Un support unique de prescription-administration des médicaments a été créé et mis en place dans tous les services supprimant les retranscriptions au moment de tracer l'administration. Les résultats des indicateurs IPAQSS, des sondages de dossiers par les responsables

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
d'administration du médicament au patient garantissent la conformité à la prescription et la traçabilité de l'acte.).			des secteurs d'activité et les signalements des évènements indésirables permettent d'identifier les éventuels dysfonctionnements et de mettre en place des actions correctives. Les médecins et soignants sont régulièrement informés des résultats et sont personnellement interpellés en cas de remplissage défaillant.
32a MCO (Toutes les activités interventionnelles sont planifiées et organisées en concertation avec les professionnels des secteurs d'activité cliniques, en intégrant les urgences éventuelles.) ; 32b MCO (Afin d'assurer la continuité de la prise en charge pré-, per- et postinterventionnelle du patient, les différents professionnels concernés assurent, à chaque étape, une transmission précise, orale et écrite, des informations.) ; 32c MCO (Les événements indésirables graves spécifiques aux secteurs interventionnels font l'objet d'un suivi régulier, d'une analyse et d'actions correctives et préventives.).	Type 1	Oui	Le programme type du bloc opératoire a été révisé en concertation avec tous les chirurgiens, le responsable de bloc et un intervenant extérieur venu en appui. La charte du bloc a été rédigée et approuvée en CME. Le formulaire d'annonce des interventions a été informatisé pour tous les praticiens ce qui facilite la planification par la logicienne et le responsable du bloc. Le service chimiothérapie a déménagé au 3ème étage de la clinique ce qui fait que le service ambulatoire est désormais réservé uniquement à l'activité interventionnelle. Il existe un formulaire de suivi post-interventionnel pour l'ambulatoire comme pour l'hospitalisation (fiche de liaison en anesthésie) comprenant la surveillance post-interventionnelle en SSPI, la surveillance en ambulatoire et la fiche de sortie. Tous les événements indésirables graves notamment ceux spécifiques aux secteurs interventionnels sont recueillis et analysés en revue de mortalité-morbidité. Les actions correctives décidées sont reprises dans le programme qualité et gestion des risques et sont suivies au cours des RMM ultérieures. Un bilan annuel fait le point sur les actions menées.
43b (Les délais d'attente sont analysés et des actions d'amélioration sont entreprises.) ; 43c (La satisfaction des correspondants	Type 1	Oui	Les délais d'attente et la satisfaction des correspondants externes ont été évalués. Les résultats ont été présentés en CRUQ, en comité de pilotage qualité et gestion des risques et en CME. Des actions d'amélioration ont été

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
externes est évaluée et prise en compte.).			décidées et sont en cours de mise en œuvre.

5.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.b Engagement dans le développement durable

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un diagnostic « Développement durable » a été établi par l'établissement.

Oui

Un volet « Développement durable » est intégré dans les orientations stratégiques.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.c Démarche éthique

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

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

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Partiellement

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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

En grande partie

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La stratégie de développement de l'EPP a été formalisée dans la politique qualité et sécurité des soins. Elle précise le dispositif de pilotage des EPP, les objectifs généraux, les plans d'actions, les mesures de soutien et le plan de communication. L'établissement a créé une commission EPP pluridisciplinaire en janvier 2011.

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

Oui

Les règles de fonctionnement de la commission EPP sont définies dans son règlement intérieur, validé en CME. Dans son domaine d'application, elle prévoit la concertation entre les professionnels des soins et les gestionnaires. Les réunions de la commission EPP sont régulières, au minimum deux fois par an.

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

Oui

L'établissement a établi les missions et responsabilités des différents acteurs participant au développement de l'EPP à travers le règlement intérieur de la commission EPP. Le développement de l'EPP est organisé dans tous les secteurs de la clinique. A la mise en place des nouvelles EPP, chaque thématique étudiée bénéficie d'un pilote.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en oeuvre de l'EPP.	Oui	La responsable qualité et gestion des risques est formée aux méthodologies d'EPP. Elle assure le soutien des pilotes nommés, pour chaque EPP en termes de méthodologie, de mise à disposition de référentiels, de grilles d'évaluation, de bibliographie et d'outils d'analyse quantitative. La coordinatrice générale des soins et la responsable des soins de chirurgie ont également été formées aux EPP.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	Oui	L'organisation des démarches EPP est réalisée dans le tableau de bord des EPP. Il est tenu à jour par la responsable qualité et gestion des risques, à l'issue de chaque réunion de la commission EPP et en comité de pilotage qualité gestion des risques, avec l'intégration des nouvelles EPP, l'état d'avancement des EPP et les actions d'amélioration des pratiques validées.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	Oui	L'implication des professionnels et la taille de l'établissement facilitent la connaissance et l'appropriation des travaux en cours. La communication du développement de la démarche EPP et des résultats obtenus est assurée par la diffusion des comptes-rendus des commissions EPP aux participants, des comptes-rendus du comité de pilotage qualité et gestion des risques, l'affichage des tableaux de bord EPP dans les services, d'une note d'information pour les lancements des nouvelles EPP et une rubrique spécifique réservée dans la lettre d'info qualité et vigilances.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	En fonction des thématiques abordées dans les différentes instances concernées (CLUD, CLIN, Csth...), un suivi des EPP est réalisé. L'état d'avancement des différentes EPP en cours est également réalisé en CME.
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	En grande partie	Les ajustements nécessaires sont réalisés en fonction des besoins. Dans le règlement intérieur de la commission EPP, il est prévu l'élaboration d'un rapport d'activité annuel faisant le point sur la stratégie de développement de l'EPP et sa mise en oeuvre. La commission étant récente, un seul bilan annuel a été effectué avec des actions programmées.

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

La Direction et le président de la CME suivent le développement de la culture qualité et sécurité dans l'établissement.	En grande partie	
---	------------------	--

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

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les circuits de décision et de délégation sont définis.

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

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

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Une politique de coopération avec les acteurs associatifs est définie.

Non

Un dispositif de recueil des attentes des usagers est organisé.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

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

Critère 2.c Fonctionnement des instances

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les instances consultatives et délibérantes sont réunies à périodicité définie, et saisies sur toutes les questions qui relèvent de leurs compétences.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

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

Critère 2.d Dialogue social et implication des personnels

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La concertation avec les partenaires sociaux est organisée.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

Le dialogue social est évalué à périodicité définie.

En grande partie

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

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les tableaux de bord comprennent des indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés à la conduite du projet d'établissement.

Oui

L'établissement a défini une stratégie de communication des résultats des indicateurs et des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les tableaux de bord sont examinés au sein des instances et réunions de Direction de l'établissement et des secteurs d'activité.

Oui

Les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés, et rendus publics par l'établissement de santé.

Oui

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

PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.a Management des emplois et des compétences

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'intégration de tout nouvel arrivant est organisée.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Tout nouvel arrivant reçoit une information sur l'établissement et son futur secteur d'activité, lui permettant l'exercice de sa fonction.

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.c Santé et sécurité au travail

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les risques professionnels sont identifiés à périodicité définie.

Oui

Le document unique est établi.

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.d
Qualité de vie au travail

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Partiellement

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.a Gestion budgétaire

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.b Amélioration de l'efficience

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.a Système d'information

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Partiellement

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.b Sécurité du système d'information

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.c Gestion documentaire

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un dispositif de gestion documentaire est en place.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le dispositif est connu des professionnels.

En grande partie

Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent.

En grande partie

Le système de mise à jour des documents est opérationnel.

En grande partie

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.a Sécurité des biens et des personnes

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

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

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La maintenance curative des équipements et des infrastructures est organisée.

Oui

L'établissement dispose d'un programme de maintenance.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les opérations de maintenance curative et préventive assurées en interne et par des sociétés extérieures sont tracées, et permettent un suivi des opérations.

Oui

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

En grande partie

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.c Qualité de la restauration

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les attentes des professionnels en matière de restauration sont recueillies.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les préférences des patients sont prises en compte.

Oui

Des solutions de restauration sont proposées aux accompagnants.

Oui

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.d Gestion du linge

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Le circuit du linge est défini.

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

Les approvisionnements correspondent aux besoins des secteurs.

Oui

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.e Fonction transport des patients

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La fonction transport des patients est organisée, y compris en cas de sous-traitance.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.f Achats écoresponsables et approvisionnements

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Partiellement

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.g
Gestion des fonctions logistiques au domicile



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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement de santé détermine un processus permettant la mise à disposition des matériels médicaux adaptés aux besoins des patients.

Oui

Il existe un processus permettant la mise à disposition de matériels adaptés aux besoins des patients en hospitalisation à domicile (dispositifs médicaux relatifs à la nutrition, à la perfusion et à l'assistance respiratoire). L'analyse des besoins et les contraintes de prise en charge sont identifiées lors de la pré-admission au moyen d'une fiche d'évaluation du patient. En effet, une évaluation est réalisée par l'infirmière coordinatrice et le médecin coordonnateur avec l'aide d'une check-list de besoin en matériel. L'adaptation des matériels aux besoins est réévaluée de manière hebdomadaire lors des réunions de l'équipe HAD.

En cas de rupture d'un produit, des solutions de substitution sont prévues.

Oui

En cas de rupture d'un produit, il existe une procédure permettant le remplacement des produits et équipements, si besoin. Ainsi, les conventions avec les fournisseurs comprennent leur engagement à fournir les matériels et accessoires à usage médical selon les conditions définies ou à les substituer par du matériel équivalent.

Les modalités de transport des différents matériels et médicaments sont formalisées.	Oui	Les modalités de transport des différents matériels et dispositifs médicaux sont prévues et définies. Elles sont formalisées aussi bien pour ce qui concerne les transports réalisés par la clinique que pour les transports réalisés par les fournisseurs. Le respect des principes d'hygiène et de chaîne du froid est intégré dans la procédure "circuit du médicament en HAD" et dans la procédure "approvisionnement des consommables en HAD".
En cas de prestation extérieure, une convention de collaboration est formalisée.	Oui	Il existe une convention de collaboration formalisée et signée avec chaque prestataire extérieur qui comprend notamment un manuel qualité, un cahier des charges, un item matériovigilance et un item pharmacovigilance.
Pour les équipements majeurs (susceptibles de mettre en danger la vie du patient en cas de dysfonctionnement), une maintenance 24 h/24 et 7 j/7 est organisée.	Oui	Une maintenance 24 h/24, 7 j/7 est assurée pour tous les dispositifs majeurs. En cas de sous-traitance, il existe une convention mentionnant cette obligation. Les professionnels en charge de la coordination, le patient et/ou ses proches, notamment les nuits et week-ends, ont à disposition les numéros de téléphone permettant de joindre l'astreinte technique susceptible d'assurer la maintenance des équipements.
Pour les patients à haut risque vital, l'HAD s'assure de leur signalement à « Electricité Réseau Distribution France ».	Oui	Il existe un processus permettant de s'assurer du signalement des patients à haut risque vital à ERDF : le médecin prescripteur est tenu d'en faire le signalement. ERDF inscrit alors la personne concernée sur une liste et fait le nécessaire en cas de coupure et/ou pour tout problème pouvant survenir.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le matériel délivré est conforme à la commande, et adapté à la prise en charge.	Oui	Il existe un processus permettant de s'assurer que le matériel mis à disposition est conforme à la commande. L'intervenant à domicile vérifie la présence de tous les matériels demandés et la correspondance à la commande. Chaque bon de commande ainsi que le bon de livraison sont remis dans le dossier du patient. Il existe ainsi une fiche de mise à disposition et de suivi du matériel qui permet de vérifier la conformité et de faire des réajustements si

	Oui	nécessaire.
L'approvisionnement en urgence du patient est assuré.	Oui	L'approvisionnement en urgence est assuré. En effet, une organisation est définie dans le cadre de convention avec chaque prestataire de matériel et de dispositifs médicaux avec un cahier des charges. En cas de sous-traitance, l'organisation est également définie dans un cahier des charges pour les situations en urgence. Ce dispositif est fonctionnel aussi bien la journée que la nuit, en semaine, week-end et jours fériés.
L'établissement s'assure que les locaux de stockage sont adaptés et entretenus, conformément à la réglementation.	Oui	Des normes de stockage des matériels et dispositifs médicaux sont définies (local rangé selon des règles garantissant zones de stockage, zones de circulation, modalités de stockage, flux entrants et sortants). Les règles de stockage prévoient notamment les vérifications périodiques des dates de péremption et les modalités de rangement de manière à s'assurer que les matériels et dispositifs médicaux livrés aux patients sont conformes (protocole, fiche de traçabilité).
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les différents processus logistiques (internes ou externes) sont évalués, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	L'évaluation des différents processus logistiques repose notamment sur le signalement des dysfonctionnements identifiés grâce au circuit de déclaration des événements indésirables qui font l'objet d'un traitement, d'une analyse, d'un plan d'actions et d'un suivi. La fiche de suivi du matériel permet également à l'infirmière coordinatrice de réaliser une évaluation sur la qualité et l'efficacité des processus logistiques internes et externes en lien avec les conventions et les procédures définies. Les actions d'amélioration sont alors conduites. Néanmoins, ce dispositif d'évaluation reste ponctuel : il n'est pas encore structuré autour d'objectifs définis avec désignation d'une personne en charge de coordonner et/ou réaliser l'évaluation, des périodicités ainsi

	En grande partie	que l'outil adéquat et un plan d'actions avec un tableau de suivi.
La maintenance 24h/24 et 7j/7 est évaluée.	Oui	L'évaluation de la maintenance 24 h/24 et 7 j/7 est effective et opérationnelle. Le dispositif d'évaluation est structuré.
La satisfaction du patient relative aux fonctions logistiques à son domicile est évaluée à périodicité définie, et conduit à des actions d'amélioration.	Oui	L'évaluation de la satisfaction des patients sur les processus logistiques est réalisée par l'intermédiaire du questionnaire de satisfaction HAD à partir d'un item spécifique.
La satisfaction des intervenants au domicile, en lien avec les fonctions logistiques, est évaluée à périodicité définie, et conduit à des actions d'amélioration.	Non	La satisfaction des intervenants au domicile, en lien avec les fonctions logistiques, n'est actuellement pas mise en place sur la clinique.

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

Critère 7.a Gestion de l'eau

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

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

Critère 7.b Gestion de l'air

En HAD, ce critère est applicable uniquement aux structures ayant une pharmacie à usage intérieur, avec unité centralisée de reconstitution des cytostatiques.

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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

Partiellement

Des dispositions sont prévues en cas de travaux.

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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

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

Critère 7.c Gestion de l'énergie

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un diagnostic énergétique est réalisé.

Oui

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

Partiellement

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Un plan de maintenance des installations est mis en oeuvre.

Oui

Un programme d'actions hiérarchisées de maîtrise de l'énergie est mis en oeuvre.

En grande partie

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

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

Critère 7.d Hygiène des locaux

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les actions à mettre en oeuvre afin d'assurer l'hygiène des locaux et leurs modalités de traçabilité sont définies avec l'EOH ou la CME.

Oui

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

Oui

Les responsabilités sont identifiées, et les missions sont définies.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des actions de sensibilisation et de formation périodiques sont menées.

Oui

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

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

Critère 7.e Gestion des déchets

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

En grande partie

Les procédures de gestion des déchets sont établies.

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le tri des déchets est réalisé.

Oui

Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont organisées.	En grande partie	
Le patient et son entourage sont informés des risques liés aux déchets d'activités de soins à risques infectieux.	Oui	
Des mesures de protection du personnel sont mises en application pour la collecte et l'élimination des déchets.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les dysfonctionnements en matière d'élimination des déchets sont identifiés et analysés.	En grande partie	
Des actions d'évaluation et d'amélioration relatives à la gestion des déchets sont conduites.	En grande partie	
L'établissement a identifié les filières locales de valorisation possible des déchets.	En grande partie	

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 programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité est basé sur la politique globale et les objectifs fixés pour la clinique. Ce programme regroupe les actions au niveau de l'établissement et les actions spécifiques au niveau des secteurs d'activité.

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 continue de la qualité et de la sécurité des soins de la clinique est unique. Il prend en compte :

- la conformité à la réglementation comme le circuit du médicament par exemple ;
- l'analyse des événements indésirables ;
- les dysfonctionnements et risques majeurs et récurrents identifiés dans le cadre des instances chargées de la lutte contre les infections associées aux soins, la gestion de la douleur, les vigilances, la prise en charge des patients en fin de vie, les risques associés aux soins identifiés a priori dans le cadre de la cartographie des risques... ;
- les actions à mettre en place suite aux décisions de la certification ;

	Oui	- les actions issues des EPP ; - les actions issues des plaintes des patients.
Les activités, réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins, sont prises en compte.	Non	Les démarches réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins ne sont pas intégrées dans le programme global de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement.
Le programme est soumis aux instances.	Oui	Le programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins est régulièrement abordé à la CME et au bureau de la CME auquel participe la direction.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Chaque secteur d'activité met en oeuvre les actions du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins le concernant. Pour chaque action, un responsable est nominativement désigné et un délai est fixé.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	Oui	Chaque secteur d'activité fait un point d'avancement de son plan d'actions. Pour toute action non réalisée dans le délai défini, une nouvelle date est fixée. Ces plans d'actions font l'objet d'un suivi chaque mois dans le cadre des réunions du comité de pilotage qualité gestion des risques. Ce comité est un groupe pluridisciplinaire dans lequel tous les secteurs d'activité sont représentés. Le directeur de la clinique participe systématiquement aux réunions de ce comité. Cette organisation favorise la mutualisation des expériences et l'information de l'ensemble des secteurs sur l'avancement de la démarche qualité.
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	Oui	Un bilan annuel du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est réalisé. Les résultats des indicateurs nationaux et des indicateurs de suivi internes à l'établissement sont intégrés dans ce bilan annuel.

<p>Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le comité de pilotage qualité gestion des risques examine annuellement l'atteinte du programme avec le bilan du programme qualité sécurité des soins. Ce comité décide des ajustements à apporter au programme sur l'année suivante. Ces ajustements seront intégrés comme donnée d'entrée pour la révision de la politique qualité et sécurité des soins. Cette révision n'a pas encore été réalisée.</p>
---	-------------------------	---

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

Critère 8.b
Fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins

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

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

Critère 8.c
Obligations légales et réglementaires

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une veille réglementaire est organisée par un responsable identifié.

En grande partie

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

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

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

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi de la mise en oeuvre de ces actions est réalisé à périodicité définie.	Oui	
L'analyse de leur efficacité est réalisée.	Non	Les actions mises en oeuvre dans le cadre des cartographies des risques sont trop récentes pour que leur efficacité ait pu être mesurée et analysée.

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

Critère 8.e
Gestion de crise

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les situations de crise sont identifiées.

Oui

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

Oui

Les plans d'urgence sont établis.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Une Cellule de crise est opérationnelle.

En grande partie

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

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

Une procédure de signalement, traitement et analyse des événements indésirables est en place. Cette procédure intègre les notions de gravité et fréquence probable. Il existe un support papier de signalement d'événement indésirable mais aussi une ligne téléphonique dédiée. Les différents systèmes de recueil d'événements indésirables sont coordonnés par la cellule gestion des risques composée du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, de la coordonnatrice des soins et de la responsable qualité gestion des risques.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La formation des professionnels à l'utilisation des supports de signalement a déjà fait l'objet de dix sessions. La formation est reprise tous les six mois dans le cadre de la demi-journée d'intégration des nouveaux arrivants. Un programme et des supports de formation formalisent le dispositif de formation.

Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	Oui	Les professionnels formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes sont le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, la coordonnatrice des soins, la responsable qualité gestion des risques, l'assistante gestion des risques, la pharmacienne et le responsable du bloc opératoire. La formation de ces professionnels repose sur un programme et des supports de formation.
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.	Oui	Chaque semaine, la cellule gestion des risques passe en revue les événements indésirables déclarés et leur traitement. Cette réunion permet de hiérarchiser les événements. Chaque fois que nécessaire, l'analyse des causes profondes est déclenchée dans le cadre de réunions pluridisciplinaires ou des revues de morbidité mortalité. Une des personnes formées aux méthodes d'analyse des causes participe systématiquement aux réunions d'analyse.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions correctives sont mises en oeuvre à la suite des analyses.	Oui	Des actions correctives sont identifiées en cohérence avec les analyses de causes des événements indésirables (réunions pluridisciplinaires, RMM...). La mise en oeuvre des actions d'amélioration est hiérarchisée par la cellule gestion des risques. Ces actions sont inscrites dans le programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. La coordination et le suivi sont assurés par le comité de pilotage qualité gestion des risques.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	Oui	L'analyse des événements indésirables permet d'identifier les causes profondes des événements récurrents à l'échelle de l'établissement comme pour les chutes par exemple.
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	Partiellement	Le dispositif de mesure de l'efficacité des actions correctives repose sur le suivi d'indicateurs mais il y a peu d'indicateurs permettant de vérifier l'efficacité des actions correctives définies dans le cadre du traitement des événements indésirables. Seules les chutes font l'objet d'une mesure d'efficacité dans le cadre d'une EPP.

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

Critère 8.g
Maîtrise du risque infectieux



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

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

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

Critère 8.h
Bon usage des antibiotiques



Cotation

A

Indicateur ICATB du tableau de bord des infections nosocomiales

Classe associée à la valeur du score ICATB

Constats

Score à disposition de l'établissement au moment de la visite.

A

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heure est inscrite dans le dossier du patient.

Oui

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

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles.

Oui

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

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

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

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

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

La maîtrise du processus transfusionnel est évaluée, et donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	
--	------------------	--

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

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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

Oui

Les professionnels disposent des documents nécessaires à l'exploitation des équipements biomédicaux.	Partiellement	
Les patients et leurs familles sont informés de la conduite à tenir en cas de dysfonctionnement (alarme, etc.) des équipements biomédicaux installés au domicile.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La gestion des équipements biomédicaux est évaluée, et donne lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	

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

Critère 9.a
Système de gestion des plaintes et des réclamations



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Une procédure de traitement des plaintes et réclamations décrit l'organisation en place dans l'établissement, avec les modalités de réception des plaintes, leur traitement et leur suivi dans le registre des plaintes et réclamations. Elle prévoit la réponse faite au plaignant par le directeur. Le fonctionnement de la CRUQ fait l'objet d'un règlement intérieur, conformément à la réglementation. L'information des patients est complète et réalisée par le livret d'accueil.

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

Oui

Si la nature de la plainte le justifie, la procédure de gestion des événements indésirables prévoit la transmission au service qualité et gestion des risques des plaintes et réclamations, pour analyse si nécessaire. Les plaintes sont également traitées en CRUQ et reprises dans le bilan annuel.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.

Oui

La procédure de gestion des plaintes est mise en oeuvre. Les professionnels concernés sont informés de la plainte et de la réponse faite aux plaignants, directement pour les praticiens, ou par l'intermédiaire de leur responsable pour les salariés. Si nécessaire, ils sont associés aux actions

	Oui	correctives.
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre.	Oui	L'établissement informe le plaignant sur le traitement de sa plainte et rappelle le dispositif du médiateur dans son courrier de réponse.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et des réclamations, incluant le suivi du délai de réponse au plaignant, contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.	Oui	Un tableau des plaintes et réclamations est renseigné, permettant un suivi précis des délais de réponse dans le délai maximum d'un mois. Il permet de réaliser leur analyse qualitative et quantitative en CRUQ. Il est repris dans le bilan annuel, et des propositions d'amélioration peuvent être intégrées dans le rapport annuel. Les recommandations sont intégrées au programme qualité et gestion des risques.

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

Critère 9.b Evaluation de la satisfaction des usagers

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

La satisfaction des usagers est évaluée selon une méthodologie validée.

En grande partie

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre au niveau des secteurs d'activité, et font l'objet d'un suivi.	En grande partie	
La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est revue à partir des résultats de l'évaluation.	Oui	

CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.a - Court Séjour**
Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance**Cotation**

B

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

Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées.

Oui

Un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance est réalisé en lien avec la CRU.

Partiellement

La promotion de la bientraitance est intégrée dans les projets de l'établissement (projet médical, projet de soins, projet social, etc.).

En grande partie

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

L'expression des patients et de leurs proches est favorisée.

Oui

Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.	Partiellement	
Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont suivies et évaluées.	Partiellement	

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.a - Soins de suite et/ou de réadaptation Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées.

Oui

Un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance est réalisé en lien avec la CRU.

Partiellement

La promotion de la bientraitance est intégrée dans les projets de l'établissement (projet médical, projet de soins, projet social, etc.).

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

L'expression des patients et de leurs proches est favorisée.

Oui

Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.	Partiellement	
Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont suivies et évaluées.	Partiellement	

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.a - Hospitalisation à domicile
Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées.

Oui

Un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance est réalisé en lien avec la CRU.

Partiellement

La promotion de la bientraitance est intégrée dans les projets de l'établissement (projet médical, projet de soins, projet social, etc.).

Oui

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

L'expression des patients et de leurs proches est favorisée.

En grande partie

Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.	Partiellement	
Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont suivies et évaluées.	Partiellement	

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.b - Court Séjour
Respect de la dignité et de l'intimité du patient****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

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

En grande partie

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

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

En grande partie

Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients.

En grande partie

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

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

Référence 10: La bientraitance et les droits		
Critère 10.b - Soins de suite et/ou de réadaptation Respect de la dignité et de l'intimité du patient		
Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les projets de l'établissement (projets des secteurs d'activité, projets architecturaux) intègrent le respect de la dignité et de l'intimité du patient.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les soins, y compris les soins d'hygiène, sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	En grande partie	
Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.b - Hospitalisation à domicile
Respect de la dignité et de l'intimité du patient****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

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

En grande partie

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

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

En grande partie

Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients.

NA

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

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

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

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.c - Court Séjour
Respect de la confidentialité des informations relatives au patient****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

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

En grande partie

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

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

En grande partie

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

Oui

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

En grande partie

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

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.c - Soins de suite et/ou de réadaptation
Respect de la confidentialité des informations relatives au patient****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

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

En grande partie

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

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

En grande partie

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

Oui

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

En grande partie

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

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.c - Hospitalisation à domicile**
Respect de la confidentialité des informations relatives au patient**Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

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

Oui

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

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

Oui

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

En grande partie

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

En grande partie

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

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.d - Court Séjour
Accueil et accompagnement de l'entourage****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

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

Oui

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

Oui

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

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

Oui

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

En grande partie

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

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.d - Soins de suite et/ou de réadaptation
Accueil et accompagnement de l'entourage****Cotation**

A

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

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

Oui

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

NA

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

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

Oui

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

En grande partie

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

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.d - Hospitalisation à domicile Accueil et accompagnement de l'entourage

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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

NA

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

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

NA

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

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la satisfaction de l'entourage donne lieu à des actions d'amélioration en lien avec la CRU.	En grande partie	
Un bilan d'activité annuel du service social et du service de soutien psychologique, comprenant les actions d'amélioration réalisées, est établi.	En grande partie	

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.e - Court Séjour

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.

En grande partie

Les projets médicaux ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier celle d'aller et venir (isolement et contention, mais aussi limitation des contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.).

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles.	En grande partie	
La mise en oeuvre du respect des libertés individuelles est organisée.	En grande partie	
La réflexion bénéfico-risque et la recherche du consentement du patient ou de son entourage, concernant les restrictions de liberté, font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante, intégrée dans le projet de soins personnalisés.	En grande partie	
Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le respect des bonnes pratiques, en matière de préservation des libertés individuelles et de restriction de liberté, est évalué à périodicité définie, en lien avec les instances et structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRU, CME, CSIRMT, etc.).	Partiellement	
Des actions d'amélioration, portant sur la préservation des libertés individuelles et sur la gestion des mesures de restriction de liberté, sont mises en place.	Partiellement	

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.e - Soins de suite et/ou de réadaptation****Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

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

En grande partie

Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.

En grande partie

Les projets médicaux ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier celle d'aller et venir (isolement et contention, mais aussi limitation des contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.).

Oui

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

Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles.	En grande partie	
La mise en oeuvre du respect des libertés individuelles est organisée.	En grande partie	
La réflexion bénéfico-risque et la recherche du consentement du patient ou de son entourage, concernant les restrictions de liberté, font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante, intégrée dans le projet de soins personnalisés.	Oui	
Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le respect des bonnes pratiques, en matière de préservation des libertés individuelles et de restriction de liberté, est évalué à périodicité définie, en lien avec les instances et structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRU, CME, CSIRMT, etc.).	Partiellement	
Des actions d'amélioration, portant sur la préservation des libertés individuelles et sur la gestion des mesures de restriction de liberté, sont mises en place.	Partiellement	

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.e - Hospitalisation à domicile
Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

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

En grande partie

Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.

En grande partie

Les projets médicaux ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier celle d'aller et venir (isolement et contention, mais aussi limitation des contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.).

Oui

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

Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles.	En grande partie	
La mise en oeuvre du respect des libertés individuelles est organisée.	En grande partie	
La réflexion bénéfico-risque et la recherche du consentement du patient ou de son entourage, concernant les restrictions de liberté, font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante, intégrée dans le projet de soins personnalisés.	Oui	
Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le respect des bonnes pratiques, en matière de préservation des libertés individuelles et de restriction de liberté, est évalué à périodicité définie, en lien avec les instances et structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRU, CME, CSIRMT, etc.).	Partiellement	
Des actions d'amélioration, portant sur la préservation des libertés individuelles et sur la gestion des mesures de restriction de liberté, sont mises en place.	Partiellement	

Référence 11: l'information, la participation et le consentement du patient**Critère 11.a - Court Séjour****Information du patient sur son état de santé et les soins possibles****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

Une organisation relative à l'information donnée au patient est définie.

En grande partie

Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance.

Oui

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

Des modalités spécifiques d'information sont mises en oeuvre en cas de diagnostic grave et d'aggravation de l'état de santé, en tenant compte des facultés de compréhension, de discernement et du type d'hospitalisation (HDT, HO, injonction thérapeutique, etc.).

En grande partie

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

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

Critère 11.a - Soins de suite et/ou de réadaptation
Information du patient sur son état de santé et les soins possibles

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une organisation relative à l'information donnée au patient est définie.

En grande partie

Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des modalités spécifiques d'information sont mises en oeuvre en cas de diagnostic grave et d'aggravation de l'état de santé, en tenant compte des facultés de compréhension, de discernement et du type d'hospitalisation (HDT, HO, injonction thérapeutique, etc.).

En grande partie

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

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

Critère 11.a - Hospitalisation à domicile

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une organisation relative à l'information donnée au patient est définie.

Oui

Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des modalités spécifiques d'information sont mises en oeuvre en cas de diagnostic grave et d'aggravation de l'état de santé, en tenant compte des facultés de compréhension, de discernement et du type d'hospitalisation (HDT, HO, injonction thérapeutique, etc.).

En grande partie

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

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

**Critère 11.b - Court Séjour
Consentement et participation du patient**

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation est définie, permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soins.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en oeuvre du projet personnalisé de soins est favorisée.	En grande partie	
Des interventions, visant la recherche d'adhésion du patient au projet de soins, sont réalisées dans les cas d'hospitalisation sans consentement, d'injonction thérapeutique ou de refus de soins.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

L'évaluation du recueil du consentement du patient donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	
---	------------------	--

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

**Critère 11.b - Soins de suite et/ou de réadaptation
Consentement et participation du patient**

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation est définie, permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soins.	Partiellement	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en oeuvre du projet personnalisé de soins est favorisée.	En grande partie	
Des interventions, visant la recherche d'adhésion du patient au projet de soins, sont réalisées dans les cas d'hospitalisation sans consentement, d'injonction thérapeutique ou de refus de soins.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

L'évaluation du recueil du consentement du patient donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	
---	------------------	--

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

**Critère 11.b - Hospitalisation à domicile
Consentement et participation du patient**

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation est définie, permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soins.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en oeuvre du projet personnalisé de soins est favorisée.	En grande partie	
Des interventions, visant la recherche d'adhésion du patient au projet de soins, sont réalisées dans les cas d'hospitalisation sans consentement, d'injonction thérapeutique ou de refus de soins.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

L'évaluation du recueil du consentement du patient donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	
---	------------------	--

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

Critère 11.c - Court Séjour
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.	En grande partie	
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.	Partiellement	
Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

La démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est évaluée et améliorée.	Oui	
--	-----	--

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.	En grande partie	
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.	En grande partie	
Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

La démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est évaluée et améliorée.	Oui	
--	-----	--

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

Critère 11.c - Hospitalisation à domicile
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.	En grande partie	
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.	En grande partie	
Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

La démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est évaluée et améliorée.	Oui	
--	-----	--

Référence 12: La prise en charge de la douleur

Critère 12.a - Court Séjour
Prise en charge de la douleur



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a défini une stratégie comportant une politique définie, des objectifs, l'identification des prises en charge de la douleur et la définition des moyens. Cette stratégie est définie avec tous les acteurs concernés. Elle est validée par le CLUD. Ces éléments permettent de déployer la stratégie de prise en charge de la douleur dans l'établissement. Il existe des référents douleur tenant compte d'une représentativité des différents types d'activités.

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 protocoles sont définis pour les différentes prises en charge et réactualisés à périodicité définie. Ils sont adaptés à la prévention des douleurs liées aux actes diagnostiques, aux traitements potentiellement douloureux, à la douleur aiguë et en chirurgie spécifiquement sur les PCA et PCEA. Les protocoles sont rédigés en associant les professionnels. Les protocoles sont accessibles dans les unités de soins.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Les référents douleur ont bénéficié d'une formation spécifique sur cette thématique, avec une prise en compte des besoins et des objectifs définis. Il existe un programme et un support de formation. Trois professionnels paramédicaux (le vice-président du CLUD et deux référents) possèdent un DIU douleur. L'établissement a mis en place une campagne d'information-sensibilisation au moyen d'un kit formation "évaluation de la douleur" distribué aux soignants. Ce kit contient une échelle de mesure et un quiz avec les réponses adaptées. Le CLUD a pour projet d'assurer une formation en interne pour l'ensemble des professionnels de la clinique.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	La mise en place de l'éducation du patient et/ou ses proches à la prise en charge de la douleur est organisée en médecine et en chirurgie, notamment pour l'éducation du patient à l'utilisation d'une PCEA. Elle est adaptée à la pathologie et au type de patients pris en charge dans ce secteur. Cependant, l'éducation des patients à la prise en charge de la douleur chronique est encore en cours de réflexion.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Partiellement	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Prise en charge de la douleur" et de sa valeur de 40 % avec un intervalle de confiance à 95 % (29 % - 51 %) pour la campagne 2011.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	En grande partie	La procédure prévoit une évaluation de la douleur pour vérifier l'efficacité d'un traitement algique, ainsi qu'une réévaluation afin de déterminer ou non l'efficacité du traitement mis en place. Toutefois, la traçabilité dans le dossier patient n'est pas toujours assurée notamment en chirurgie.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les besoins en moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants sont identifiés. Des échelles spécifiques sont mises à disposition des professionnels (notamment DOLOPLUS). Elles sont connues et utilisées.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	Il existe des actions d'évaluation du niveau d'appropriation et d'utilisation des outils par les professionnels (supervision cadre, audits et démarche EPP, rôle des référents douleur, réunions de service).
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 en oeuvre d'autres modalités d'évaluation au moyen d'EPP, des audits hebdomadaires de dossiers et de RMM sur l'ensemble du secteur médecine, chirurgie.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats des évaluations institutionnelles menées sur la qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur. Elles font partie du programme d'actions qualité et gestion des risques, relayé par le CLUD. Le suivi de leur mise en oeuvre est organisé ; à noter, l'édition d'un bulletin d'information "DoloNews" à destination de l'ensemble des professionnels de la clinique et délivrant des informations personnalisées sur la prise en charge de la douleur au sein de l'établissement avec les actions d'amélioration mises en place.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	Il existe une organisation permettant à l'établissement de mettre en place des actions de partage des informations, d'identification des acteurs locaux et des réseaux : réseaux de soins notamment le réseau Inter-CLUD Bourgogne Franche-Comté, congrès, échanges de protocoles, colloques auxquels l'établissement participe.

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

L'établissement a défini une stratégie comportant une politique définie, des objectifs, l'identification des prises en charge de la douleur et la définition des moyens. Cette stratégie est définie avec tous les acteurs concernés. Elle est validée par le CLUD. Ces éléments permettent de déployer la stratégie de prise en charge de la douleur dans l'établissement. Il existe un référent douleur en SSR.

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 protocoles sont définis pour les différentes prises en charge et réactualisés à périodicité définie. Les protocoles sont adaptés à la prévention des douleurs liées aux actes diagnostiques, aux traitements potentiellement douloureux ainsi qu'à la douleur chronique, en lien avec l'activité en SSR. Les protocoles sont rédigés en associant les professionnels. L'accessibilité des protocoles est facilitée.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.

Oui

Le référent douleur a bénéficié d'une formation spécifique sur cette thématique, avec une prise en compte des besoins et des objectifs définis. Il existe un programme et un support de formation. Le vice-président du CLUD possède

	Oui	un DIU douleur. L'établissement a mis en place pour l'ensemble des soignants une campagne d'information-sensibilisation au moyen d'un kit formation "évaluation de la douleur" distribué aux soignants. Ce kit contient une échelle de mesure et un quiz avec les réponses adaptées. Le CLUD a pour projet d'assurer une formation en interne pour l'ensemble des professionnels de la clinique.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	La mise en place de l'éducation du patient et/ou ses proches à la prise en charge de la douleur est organisée en SSR, notamment avec une réflexion débutante sur la douleur chronique. Elle est adaptée à la pathologie et au type de patients, essentiellement des personnes âgées. Cette information éducative est aussi donnée à la famille du patient, afin qu'elle assure un relais auprès de lui. La formalisation des documents est en cours.
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 71 % avec un intervalle de confiance à 95 % (61 % - 81 %) pour la campagne 2011.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Une évaluation de la douleur est effectuée pour vérifier l'efficacité d'un traitement algique. Le traitement est ajusté en fonction des évaluations. Les modifications de traitement sont 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	Les besoins en moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants sont identifiés. Des échelles spécifiques sont mises à disposition des professionnels (notamment DOLOPLUS). Elles sont connues et utilisées.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	Il existe des actions d'évaluation du niveau d'appropriation et d'utilisation des outils par les professionnels (supervision cadre, audits et démarche EPP, rôle du référent douleur, réunions hebdomadaires).

<p>La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement recueille l'indicateur "Prise en charge de la douleur". Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation au moyen d'EPP, des audits hebdomadaires de dossiers et de RMM sur les deux services de SSR.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en place.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats des évaluations menées sur le plan institutionnel sur la qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur. Elles font partie du programme d'actions qualité et gestion des risques, relayé par le CLUD. Le suivi de leur mise en oeuvre est organisé ; à noter, l'édition d'un bulletin d'information "DoloNews" à destination de l'ensemble des professionnels de la clinique et délivrant des informations personnalisées sur la prise en charge de la douleur au sein de l'établissement avec les actions d'amélioration mises en place.</p>
<p>L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.</p>	<p>Oui</p>	<p>Il existe une organisation permettant à l'établissement de mettre en place des actions de partage des informations, d'identification des acteurs locaux et des réseaux : réseaux de soins notamment le réseau Inter-CLUD Bourgogne Franche-Comté, congrès, échanges de protocoles, colloques auxquels l'établissement participe.</p>

Référence 12: La prise en charge de la douleur

Critère 12.a - Hospitalisation à domicile
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

L'établissement a défini une stratégie de la prise en charge de la douleur, en lien avec le programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Des objectifs sont formalisés et validés par le CLUD. En HAD, la prise en charge de la douleur est identifiée et déployée. Des moyens sont mis en place avec tous les acteurs concernés. Il existe un référent douleur pour ce secteur.

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

En HAD, les protocoles sont définis pour les personnes prises en charge dans le cadre de ce mode d'hospitalisation. Ils sont réactualisés à périodicité définie. Ils sont adaptés à la prévention des douleurs et aux traitements potentiellement douloureux, notamment en cas de douleur persistante, de douleur chronique... Les protocoles sont rédigés en associant les professionnels. L'accessibilité des protocoles est facilitée.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Les professionnels en HAD bénéficient de formations/actions sur la prévention de la lutte contre la douleur. Un kit formation "évaluation de la douleur" est distribué aux soignants. Il contient une échelle de mesure et un quiz avec les réponses adaptées. Le référent douleur HAD a suivi une formation spécifique sur cette thématique dont le programme et le support de formation ont été élaborés à partir de l'identification des besoins et des objectifs à atteindre.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	La mise en place de l'éducation du patient et/ou ses proches à la prise en charge de la douleur est organisée en HAD. Elle est adaptée à la pathologie et au type de patients. La formalisation des documents est en cours.
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 85 % avec un intervalle de confiance à 95 % (74 % - 96 %) pour la campagne 2011.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Une évaluation de la douleur est effectuée pour vérifier l'efficacité d'un traitement algique. Le traitement est ajusté en fonction des évaluations. Les modifications de traitement sont tracées dans le dossier patient au chevet.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les besoins en moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants sont identifiés. Des échelles spécifiques sont mises à disposition des professionnels (notamment DOLOPLUS). Elles sont connues et utilisées.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	Il existe des actions d'évaluation du niveau d'appropriation et d'utilisation des outils par les professionnels (réunion hebdomadaire, supervision par l'infirmière coordinatrice, rôle du référent douleur).

<p>La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement recueille l'indicateur "Prise en charge de la douleur". Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation au moyen d'une EPP et de RMM sur le secteur HAD.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en place.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats des évaluations menées sur le plan institutionnel sur la qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur. Elles font partie du programme d'actions qualité et gestion des risques, relayé par le CLUD. Le suivi de leur mise en oeuvre est organisé ; à noter, l'édition d'un bulletin d'information "DoloNews" à destination de l'ensemble des professionnels de la clinique et délivrant des informations personnalisées sur la prise en charge de la douleur au sein de l'établissement avec les actions d'amélioration mises en place.</p>
<p>L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.</p>	<p>Oui</p>	<p>Il existe une organisation permettant à l'établissement de mettre en place des actions de partage des informations, d'identification des acteurs locaux et des réseaux : réseaux de soins notamment le réseau Inter-CLUD Bourgogne Franche-Comté, congrès, échanges de protocoles, colloques auxquels l'établissement participe.</p>

Référence 13: La fin de vie

Critère 13.a - Court Séjour
Prise en charge et droits des patients en fin de vie



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

L'établissement a formalisé récemment une organisation pour la prise en charge des patients dont l'état de santé justifie la mise en place d'une démarche palliative (en parallèle ou en substitution d'un traitement curatif). Cette organisation comprend une stratégie de prise en charge qui vise à préserver la qualité de vie malgré l'évolution potentiellement mortelle de la maladie. Elle définit les objectifs en matière d'identification des besoins des patients, les processus ou circuits, en cohérence avec l'organisation globale de l'établissement, les acteurs clefs à savoir un médecin et une IDE référents soins palliatifs, les ressources et les indicateurs de suivi. Six lits sont identifiés soins palliatifs sans localisation spécifique. Cette organisation prend en compte une convention avec les équipes ressources implantées dans le territoire de santé (USP-EMSP La Mirandière CHRU Dijon, Centre Régional de Lutte contre le Cancer Georges François Leclerc, réseau Onco-Bourgogne). Néanmoins, cette organisation formalisée n'est pas encore diffusée sur l'ensemble du secteur médecine, chirurgie. Sa diffusion est prévue à l'automne

	En grande partie	prochain.
Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	Oui	L'établissement dispose d'une procédure visant : à recueillir et inscrire dans le dossier du patient l'identité de la personne de confiance qu'il a désignée ; à inscrire dans son dossier les volontés du patient relatives aux traitements et autres soins qui pourraient lui être délivrés en fin de vie et à tracer dans le dossier du patient l'existence de directives anticipées et leur contenu.
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	L'établissement met en oeuvre un processus d'information des usagers (patients et entourage) sur les dispositions de la loi du 22 avril 2005 relatives à la limitation et à l'arrêt des traitements. Le dispositif d'information est structuré dans le livret d'accueil.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	Oui	Les services de médecine sont davantage concernés par la prise en charge palliative. Ils ont défini et mis en oeuvre des projets de prise en charge adaptés à la situation des patients qui entrent en démarche palliative. Ces projets reposent notamment sur une démarche de soins palliatifs personnalisée favorisant une réévaluation des stratégies de soins envisagés en fonction de l'évolution de la maladie, un dispositif de soutien et d'accompagnement des proches, un dispositif de formation et de soutien des professionnels de santé. La tenue de réunions pluriprofessionnelles permet de faire cette synthèse palliative pour les patients concernés.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Les professionnels de santé fréquemment confrontés à des situations nécessitant la mise en oeuvre de soins palliatifs bénéficient de dispositifs leur permettant de développer leurs compétences en soins palliatifs. A ce titre, une formation "soins palliatifs" est inscrite au plan de formation de la clinique de manière institutionnelle. De plus, le médecin et l'IDE référents en soins palliatifs possèdent un

	Oui	DIU en soins palliatifs.
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Les services concernés, en l'occurrence principalement la médecine sur le secteur du "court séjour", organisent des réunions pluriprofessionnelles. Ces réunions permettent de réévaluer régulièrement les stratégies de soins mises en place. Elles visent également à inscrire les prises de décision dans un cadre collégial ainsi qu'à assurer la compréhension par tous, des enjeux et objectifs poursuivis par la mise en place d'une démarche palliative, en substitution ou en parallèle d'une stratégie curative. Ces réunions peuvent faire intervenir si nécessaire les membres de l'EMSP du CHU de Dijon, la psychologue, la conseillère sociale en plus de l'équipe médicale, soignante et de rééducation.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	Dans ce secteur, des actions visant à éviter les situations d'épuisement professionnel et à soutenir psychologiquement les professionnels de santé confrontés à ces prises en charge complexes sont mises en place. En situation aiguë, les professionnels ont la possibilité de solliciter les psychologues, et des groupes de parole peuvent être organisés. Il existe des réseaux d'aval particulièrement développés auxquels les professionnels peuvent avoir recours : l'EMSP du CHU, réseau Onco-Bourgogne...
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	L'établissement met en oeuvre un processus d'information des professionnels sur l'esprit et les dispositions de la loi du 22 avril 2005. Le dispositif d'information est structuré dans le livret d'accueil.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'établissement a formalisé les conditions d'intervention des associations et bénévoles (JALMALV notamment). Leur intervention dans les services est effective et planifiée.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

<p>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.).</p>	<p>Oui</p>	<p>La prise en charge des patients en fin de vie fait systématiquement l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en MCO en lien avec la cellule éthique et bientraitance, le CLUD et la CME. Les personnes référentes sont le médecin du patient et la responsable soins. La concertation avec les instances concernées est organisée. Les actions d'amélioration identifiées sont inscrites dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.</p>
<p>Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des modalités de réflexion et de discussion sont aménagées pour ce qui concerne les décisions de poursuite, de limitation ou d'arrêt des traitements curatifs ou de suppléance vitale lorsque les professionnels y sont confrontés. La réflexion comporte une dimension pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats des réflexions menées et en lien avec le programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. La coordination et le suivi de leur mise en oeuvre sont structurés : personnes issues du groupe de travail "soins palliatifs", plan d'actions, tableau de suivi.</p>

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

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

L'établissement a formalisé récemment une organisation pour la prise en charge des patients dont l'état de santé justifie la mise en place d'une démarche palliative (en parallèle ou en substitution d'un traitement curatif). Cette organisation comprend une stratégie de prise en charge qui vise à préserver la qualité de vie malgré l'évolution potentiellement mortelle de la maladie. Elle définit les objectifs en matière d'identification des besoins des patients, les processus ou circuits, en cohérence avec l'organisation globale de l'établissement, les acteurs clefs à savoir un médecin et une IDE référents soins palliatifs (missions et responsabilités définies), les ressources et les indicateurs de suivi. Six lits sont identifiés soins palliatifs sans localisation. Cette organisation prend en compte une convention avec les équipes ressources implantées dans le territoire de santé (USP-EMSP La Mirandière CHRU Dijon, Centre Régional de Lutte contre le Cancer Georges François Leclerc, réseau Onco-Bourgogne). Néanmoins, cette organisation formalisée n'est pas encore diffusée en SSR. Sa diffusion est prévue à l'automne prochain.

Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	Oui	L'établissement dispose d'une procédure visant : à recueillir et inscrire dans le dossier du patient l'identité de la personne de confiance qu'il a désignée ; à inscrire dans son dossier les volontés du patient relatives aux traitements et autres soins qui pourraient lui être délivrés en fin de vie et à tracer dans le dossier du patient l'existence de directives anticipées et leur contenu.
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	L'établissement met en oeuvre un processus d'information des usagers (patients et entourage) sur les dispositions de la loi du 22 avril 2005 relatives à la limitation et à l'arrêt des traitements. Le dispositif d'information est structuré dans le livret d'accueil.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	Oui	Le secteur de SSR a défini et mis en oeuvre des projets de prise en charge adaptés à la situation des patients qui entrent en démarche palliative. Ces projets reposent notamment sur une démarche de soins palliatifs personnalisés favorisant une réévaluation des stratégies de soins envisagées en fonction de l'évolution de la maladie, un dispositif de soutien et d'accompagnement des proches, un dispositif de formation et de soutien des professionnels de santé. La tenue de réunions pluriprofessionnelles tous les vendredis permet de faire cette synthèse palliative pour les patients concernés.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Les professionnels de santé fréquemment confrontés à des situations nécessitant la mise en oeuvre de soins palliatifs bénéficient de dispositifs leur permettant de développer leurs compétences en soins palliatifs. A ce titre, une formation "soins palliatifs" est inscrite au plan de formation. De plus, le médecin et l'IDE référents en soins palliatifs possèdent un DIU en soins palliatifs.
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Le SSR est concerné par des prises en charge visant à préserver la qualité de vie des patients accueillis malgré l'évolution d'une affection potentiellement mortelle. Ce secteur organise des réunions pluriprofessionnelles visant à

	Oui	réévaluer régulièrement les stratégies de soins mises en place. Elles visent également à inscrire les prises de décision dans un cadre collégial ainsi qu'à assurer la compréhension par tous, des enjeux et objectifs poursuivis par la mise en place d'une démarche palliative, en substitution ou en parallèle d'une stratégie curative. Ces réunions peuvent faire intervenir si nécessaire les membres de l'EMSP du CHU de Dijon, la psychologue, la conseillère sociale en plus de l'équipe médicale, soignante et de rééducation.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	En SSR, des actions visant à éviter les situations d'épuisement professionnel et à soutenir psychologiquement les professionnels de santé confrontés à ces prises en charge complexes sont mises en place. En situation aiguë, les professionnels ont la possibilité de solliciter les psychologues, et des groupes de parole peuvent être organisés. De plus, il existe des réseaux d'aval particulièrement développés auxquels les professionnels peuvent avoir recours : l'EMSP du CHU, réseau Onco-Bourgogne...
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	L'établissement met en oeuvre un processus d'information des professionnels sur l'esprit et les dispositions de la loi du 22 avril 2005. Le dispositif d'information est structuré autour d'objectifs avec des cibles identifiées, un plan de communication et des moyens définis.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'établissement a formalisé les conditions d'intervention des associations et bénévoles (JALMALV notamment) récemment. Leur intervention dans les services est effective et planifiée.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (Comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, Commission de soins, etc.).	Oui	La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet systématiquement d'une évaluation pluriprofessionnelle en SSR en lien avec la cellule éthique et bientraitance, le CLUD et la CME. Les personnes référentes sont le médecin du patient et la responsable soins. La concertation avec les instances concernées est organisée. Les actions

	Oui	d'amélioration identifiées sont inscrites dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	En SSR, des modalités de réflexion et discussion sont aménagées pour ce qui concerne les décisions de poursuite, de limitation ou d'arrêt des traitements curatifs ou de suppléance vitale lorsque les professionnels y sont confrontés. La réflexion comporte une dimension pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats des réflexions menées et en lien avec le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. La coordination et le suivi de leur mise en oeuvre sont structurés.

Référence 13: La fin de vie

Critère 13.a - Hospitalisation à domicile
Prise en charge et droits des patients en fin de vie



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Il existe une organisation pour la prise en charge des patients hospitalisés à domicile et dont l'état de santé justifie la mise en place d'une démarche palliative (en parallèle ou en substitution d'un traitement curatif). L'équipe HAD vise à préserver à domicile la qualité de vie des patients malgré l'évolution potentiellement mortelle de la maladie. Cette organisation fixe des objectifs en matière d'identification des besoins pour ces patients, en cohérence avec l'intervention des intervenants libéraux (médecins, IDE) et les ressources nécessaires. Cette organisation repose sur une convention avec les équipes ressources implantées dans le territoire de santé (USP-EMSP La Mirandière CHRU Dijon, Centre Régional de Lutte contre le Cancer Georges François Leclerc, réseau Onco-Bourgogne).

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

Oui

L'établissement dispose d'une procédure visant : à recueillir et inscrire dans le dossier du patient (en HAD, le dossier structure et le dossier patient au chevet) l'identité de la personne de confiance qu'il a désignée ; à inscrire dans son dossier les volontés du patient relatives aux traitements et autres soins qui pourraient lui être délivrés en fin de vie ; et

	Oui	à tracer dans le dossier du patient à domicile, l'existence de directives anticipées et leur contenu. En HAD, le plus souvent, le patient lui-même et/ou sa famille aborde le sujet des directives anticipées. Les réunions hebdomadaires permettent également aux soignants de faire remonter les volontés du patient.
Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	L'établissement met en oeuvre un processus d'information des usagers (patients et entourage) sur les dispositions de la loi du 22 avril 2005 relatives à la limitation et à l'arrêt des traitements. Le dispositif d'information est structuré dans le livret d'accueil HAD.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	Oui	Le secteur d'HAD a défini et mis en oeuvre des projets de prise en charge adaptés à la situation des patients qui entrent en démarche palliative à leur domicile. Ces projets reposent notamment sur une démarche de soins palliatifs personnalisés favorisant une réévaluation hebdomadaire des stratégies de soins envisagées en fonction de l'évolution de la maladie, un dispositif de soutien et d'accompagnement des proches, un dispositif de formation et de soutien des professionnels de santé. La tenue de réunions pluriprofessionnelles permet de faire cette synthèse palliative pour les patients concernés, en lien avec les professionnels libéraux.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Les professionnels de santé sont fréquemment confrontés à des situations nécessitant la mise en oeuvre de soins palliatifs à domicile. Ils bénéficient de dispositifs leur permettant de développer leurs compétences en soins palliatifs. En effet, une formation "soins palliatifs" est inscrite au plan de formation. De plus, le médecin et l'IDE référents en soins palliatifs possèdent un DIU en soins palliatifs.

<p>Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'HAD est directement concernée par des prises en charge visant à préserver la qualité de vie des patients à leur domicile malgré l'évolution d'une affection potentiellement mortelle. Elle organise à ce titre des réunions pluriprofessionnelles de manière hebdomadaire. Celles-ci visent à réévaluer les stratégies de soins mises en place pour les patients concernés. Elles visent également à inscrire les prises de décision dans un cadre collégial ainsi qu'à assurer la compréhension par tous, des enjeux et objectifs poursuivis par la mise en place d'une démarche palliative, en substitution ou en parallèle d'une stratégie curative. Ces réunions font intervenir le médecin coordonnateur, l'infirmière coordinatrice, les IDE et les AS, la conseillère sociale, les psychologues. Les professionnels libéraux sont conviés et leur participation est le plus souvent effective. Il est également possible, si besoin, de solliciter l'EMSP du CHU de Dijon.</p>
<p>Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>En HAD, des actions visant à éviter les situations d'épuisement professionnel et à soutenir psychologiquement les professionnels de santé confrontés à ces prises en charge complexes sont mises en place. Ainsi, il existe des groupes de parole et/ou des analyses de pratiques animés par les psychologues de l'établissement, à la demande des soignants qui font remonter leurs problématiques ou questionnements issus de leur pratique. Les professionnels d'HAD peuvent également avoir recours aux réseaux d'aval particulièrement développés : l'EMSP du CHU, réseau Onco-Bourgogne...</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>L'établissement met en oeuvre un processus d'information des professionnels sur l'esprit et les dispositions de la loi du 22 avril 2005. Le dispositif d'information est structuré autour d'objectifs avec des cibles identifiées, un plan de communication et des moyens définis.</p>

L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'établissement a formalisé les conditions d'intervention des associations et bénévoles (JALMALV notamment) récemment. Leur intervention dans les services est effective et planifiée.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (Comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, Commission de soins, etc.).	Oui	La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle hebdomadaire en lien avec la cellule éthique et bientraitance et le CLUD. Cette évaluation est basée sur le dossier du patient. Les personnes référentes sont le médecin du patient et la responsable des soins. La concertation avec les instances concernées est organisée. Les actions d'amélioration identifiées sont inscrites dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	En HAD, des modalités de réflexion et discussion sont aménagées pour les décisions de poursuite, limitation ou arrêt des traitements curatifs ou de suppléance vitale lorsque les professionnels y sont confrontés. La réflexion comporte une dimension pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats des réflexions menées et en lien avec le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. La coordination et le suivi de leur mise en oeuvre sont structurés.

PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

Référence 14: Le dossier du patient

Critère 14.a - Court Séjour
Gestion du dossier du patient



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

Un guide précise les règles d'utilisation des différents supports du dossier patient. Un modèle de dossier patient est disponible dans tous les services avec une fiche récapitulative de tous les formulaires contenus et de leur ordre dans le dossier (procédure d'organisation du dossier patient unique). Lors de la création ou modification d'une fiche, une note d'information accompagne sa diffusion dans chaque unité.

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

Oui

Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, sont formalisées dans le guide d'utilisation et diffusées auprès des professionnels habilités. Une procédure de communication du dossier patient après son hospitalisation a été définie et formalisée.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	Partiellement	Compte-tenu de la classe pour l'indicateur « Tenue du dossier patient » et de sa valeur de 68 avec un intervalle de confiance a? 95% = [65 – 72] pour la campagne de recueil 2011.
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	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 et répond aux besoins de la prise en charge des patients. Les délais de transmission du courrier de fin d'hospitalisation sont en grande partie conformes. Lors du transfert d'un patient à l'extérieur de l'établissement, une copie du dossier est effectuée et/ou une fiche de mutation renseignée avec les éléments nécessaires à la continuité de la prise en charge.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur « Tenue du dossier patient ». Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation notamment une évaluation hebdomadaire systématique par sondage sur dossiers de 12 items sélectionnés en lien avec l'indicateur « Tenue du dossier patient ».
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Les résultats des évaluations continues du dossier sont pris en compte pour mettre en oeuvre des actions d'amélioration du recueil des données du dossier patient et de sensibilisation des professionnels au remplissage des dossiers. De nombreuses communications ont été réalisées sur ce thème auprès des médecins dans le cadre de la CME plénière et des bureaux de CME.

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

Un guide précise les règles d'utilisation des différents supports du dossier patient. Un modèle de dossier patient est disponible dans tous les services avec une fiche récapitulative de tous les formulaires contenus et de leur ordre dans le dossier (procédure "organisation du dossier patient unique"). Lors de la création ou modification d'une fiche, une note d'information accompagne sa diffusion dans chaque unité.

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

Oui

Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, sont formalisées dans le guide d'utilisation et diffusées auprès des professionnels habilités. Une procédure de communication du dossier patient après son hospitalisation a été définie et formalisée.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.

Partiellement

Compte-tenu de la classe pour l'indicateur « Tenue du dossier patient » et de sa valeur de 61 avec un intervalle de confiance à 95% = [58 – 63] pour la campagne de recueil 2011.

<p>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.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>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 et répond aux besoins de la prise en charge des patients. Les délais de transmission du courrier de fin d'hospitalisation sont en grande partie conformes. Lors du transfert d'un patient à l'extérieur de l'établissement, une copie du dossier est effectuée et/ou une fiche de mutation renseignée avec les éléments nécessaires à la continuité de la prise en charge.</p>
<p>E3 Evaluer et améliorer</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement recueille l'indicateur « Tenue du dossier patient ». Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation notamment une évaluation hebdomadaire systématique par sondage sur dossiers de 12 items sélectionnés en lien avec l'indicateur « Tenue du dossier patient ».</p>
<p>Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les résultats des évaluations continues du dossier sont pris en compte pour mettre en oeuvre des actions d'amélioration du recueil des données du dossier patient et de sensibilisation des professionnels au remplissage des dossiers. De nombreuses communications ont été réalisées sur ce thème auprès des médecins dans le cadre de la CME plénière et des bureaux de CME.</p>

Référence 14: Le dossier du patient

Critère 14.a - Hospitalisation à domicile
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 de tenue du dossier sont formalisées au sein du service dans un document intitulé "Dossier structure" et dans le "dossier chevet". Ces règles de tenue sont connues des professionnels qui interviennent auprès du patient. Le "dossier structure" conservé au service HAD se compose de six sous-catégories :

- le dossier d'admission ;
- le dossier médical ;
- les ordonnances, les résultats de biologie ;
- la logistique ;
- le suivi social. Le dossier structure femme et le dossier structure homme sont de couleurs différentes. Le dossier patient "chevet", quant à lui, se compose :
- des numéros d'urgence sur la couverture ;
- d'un sommaire ;
- de la charte de la personne hospitalisée ;
- de la fiche de transfert ;
- du questionnaire de satisfaction ;
- de la fiche d'identification ;
- des questionnaires d'évaluation ;

	Oui	<ul style="list-style-type: none"> - d'une partie destinée au médecin ; - d'une partie destinée aux IDE ; - d'une partie pour les AS ; - d'une partie pour les kinésithérapeutes ; - d'une partie destinée aux autres prestataires.
Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et diffusées.	Oui	<p>Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et diffusées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sur le dossier patient "chevet", est indiquée la mention "CONFIDENTIEL RESERVE AUX PROFESSIONNELS DE SANTE". Ce dossier reste au domicile du patient et il est demandé aux familles de le garder à discrétion et de le laisser disponible pour tout intervenant ; - le dossier structure est accessible à l'ensemble des salariés du service qui sont tenus au secret professionnel. Il est conservé dans les bureaux de l'HAD fermés à clé en dehors des horaires d'ouverture. Une procédure de communication du dossier patient après son hospitalisation est formalisée et diffusée.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	Oui	Compte-tenu de la classe pour l'indicateur « Tenue du dossier patient » et de sa valeur de 88 avec un intervalle de confiance à 95% = [85 – 92] pour la campagne de recueil 2011.
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.	Oui	Les soignants communiquent avec les libéraux et prestataires par le biais des transmissions ciblées qui se trouvent dans le dossier patient "chevet". Toute information tracée est datée et paraphée. En cas d'urgence, les soignants appellent directement l'intervenant et tracent l'information dans le dossier. Lors de la sortie du patient, un double du compte-rendu est adressé au médecin traitant, et l'original est placé dans le dossier structure. Pour les relais SSIAD, une fiche de liaison est renseignée et faxée trois à quatre jours avant la sortie, et une transmission orale à l'IDE du SSIAD est assurée par l'équipe soignante au chevet du patient le jour

	Oui	de sa sortie d'HAD.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur « Tenue du dossier patient ». Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation notamment une évaluation hebdomadaire systématique par sondage sur dossiers de 12 items sélectionnés en lien avec l'indicateur « Tenue du dossier patient ».
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	A la suite d'une évaluation menée sur la tenue du dossier patient, un groupe de travail a été constitué en 2009 pour travailler sur certains documents du dossier patient. Le diagramme de soins et la surveillance répétitive ont été instaurés dans le dossier patient "chevet". Le poids, la taille et l'IMC du patient sont automatiquement indiqués, et l'échelle de Norton (évaluation de l'état nutritionnel) ainsi que l'évaluation de la douleur ont été introduites.

Référence 14: Le dossier du patient

Critère 14.b - Court Séjour
Accès du patient à son dossier



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'accès du patient à son dossier est organisé.

Oui

La procédure de communication du dossier patient est en place, conformément à la législation en vigueur. Elle précise les modalités, responsabilités et délais à respecter. Les réponses spécifiques dans le cas de patients mineur, sous tutelle, curatelle, ou décédé sont précisées.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Dans le cadre des droits des patients, le livret d'accueil les informe des modalités de consultation et d'accès à leur dossier, en référence à la loi du 4 mars 2002.

L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.

Oui

Les demandes de dossiers patients sont enregistrées dans un tableau par la secrétaire de direction qui s'assure du respect des délais de transmission.

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	Le tableau de bord du suivi des demandes de dossiers médicaux est analysé chaque trimestre par le service qualité et gestion des risques. Un audit sur la communication du dossier, réalisé par le groupe de coordination régionale des vigilances, a été réalisé fin 2010. Il a permis de définir des actions d'amélioration, qui ont participé à la conformité des délais.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	La CRU est informée de toutes les données relatives à l'accès du patient à son dossier. Le tableau de bord et le suivi des actions d'amélioration lui sont présentés.

Référence 14: Le dossier du patient

Critère 14.b - Soins de suite et/ou de réadaptation
Accès du patient à son dossier



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'accès du patient à son dossier est organisé.

Oui

La procédure de communication du dossier patient est en place, conformément à la législation en vigueur. Elle précise les modalités, responsabilités et délais à respecter. Les réponses spécifiques dans le cas de patients mineur, sous tutelle, curatelle, ou décédé sont précisées.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Dans le cadre des droits des patients, le livret d'accueil les informe des modalités de consultation et d'accès à leur dossier, en référence à la loi du 4 mars 2002.

L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.

Oui

Les demandes de dossiers patients sont enregistrées dans un tableau par la secrétaire de direction qui s'assure du respect des délais de transmission.

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	Le tableau de bord du suivi des demandes de dossiers médicaux est analysé chaque trimestre par le service qualité et gestion des risques. Un audit sur la communication du dossier, réalisé par le groupe de coordination régionale des vigilances, a été réalisé fin 2010. Il a permis de définir des actions d'amélioration, qui ont participé à la conformité des délais.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	La CRU est informée de toutes les données relatives à l'accès du patient à son dossier. Le tableau de bord et le suivi des actions d'amélioration lui sont présentés.

Référence 14: Le dossier du patient

Critère 14.b - Hospitalisation à domicile
Accès du patient à son dossier



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'accès du patient à son dossier est organisé.

Oui

La procédure de communication du dossier patient est en place, conformément à la législation en vigueur. Elle précise les modalités, responsabilités et délais à respecter. Les réponses spécifiques dans le cas de patients mineur, sous tutelle, curatelle, ou décédé sont précisées.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Dans le cadre des droits des patients, le livret d'accueil les informe des modalités de consultation et d'accès à leur dossier, en référence à la loi du 4 mars 2002.

L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.

Oui

Les demandes de dossiers patients sont enregistrées dans un tableau par la secrétaire de direction qui s'assure du respect des délais de transmission.

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	Le tableau de bord du suivi des demandes de dossiers médicaux est analysé chaque trimestre par le service qualité et gestion des risques. Un audit sur la communication du dossier, réalisé par le groupe de coordination régionale des vigilances, a été réalisé fin 2010. Il a permis de définir des actions d'amélioration, qui ont participé à la conformité des délais.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	La CRU est informée de toutes les données relatives à l'accès du patient à son dossier. Le tableau de bord et le suivi des actions d'amélioration lui sont présentés.

Référence 15: l'identification du patient

Critère 15.a - Court Séjour
Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Une cellule d'identitovigilance est en place. Son règlement intérieur définit son organisation pour s'assurer que l'identité du patient est vérifiée à toutes les étapes de la prise en charge du patient. Il est décliné en missions opérationnelles. La cellule est composée du médecin DIM, la coordinatrice générale des soins, la responsable des admissions et la responsable qualité et gestion des risques. Elle assure le suivi des erreurs et leur analyse. Une procédure de sécurisation de l'identité du patient est formalisée. Elle reprend les différentes étapes de l'identification du patient et ses modalités d'application.

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

Une sensibilisation générale a été réalisée pour les professionnels concernés en tenant compte de l'identification des besoins et objectifs. Elle a été formalisée. La procédure de sécurisation a été diffusée aux équipes. Pour les personnels administratifs, cette vérification a été ajoutée et les fiches de fonction des soignants ont été actualisées pour intégrer cette vigilance dans le cadre de

	Oui	leurs missions.
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	L'identification primaire est assurée à l'accueil administratif (vérification de l'identité à l'aide d'une pièce d'identité dont la trace est conservée dans le dossier administratif). De plus, une check-list est complétée pour toute admission de patient. Lors de l'enregistrement du patient aux admissions, une étiquette est éditée et relue avec le patient pour vérification des données indiquées. Suite à cette vérification, l'enregistrement est validé. Le dossier contenant les étiquettes est transmis au service.
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	Pour renforcer la sécurité liée à l'identité du patient lors des soins, un bracelet d'identification est posé à tous les patients de chirurgie et aux patients désorientés, à leur arrivée dans le service. La vérification de l'identité est réalisée pour les actes diagnostiques et thérapeutiques. Elle est tracée au bloc opératoire sur la check-list, mais pas dans les autres services.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
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.	Oui	Les erreurs d'identification sont relevées par le biais des déclarations d'événements indésirables. La cellule d'identitovigilance définit des actions correctives à partir de l'analyse des événements indésirables et de son suivi d'indicateurs repris dans son bilan annuel, qui évalue la fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. En fonction des résultats, des actions d'amélioration sont définies et intégrées au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Un audit est également prévu prochainement sur le port du bracelet au bloc opératoire.

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

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Une cellule d'identitovigilance est en place. Son règlement intérieur définit son organisation pour s'assurer que l'identité du patient est vérifiée à toutes les étapes de la prise en charge du patient. Il est décliné en missions opérationnelles. La cellule est composée du médecin DIM, la coordinatrice générale des soins, la responsable des admissions et la responsable qualité et gestion des risques. Elle assure le suivi des erreurs et leur analyse. Une procédure de sécurisation de l'identité du patient est formalisée. Elle reprend les différentes étapes de l'identification du patient et ses modalités d'application.

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

Une sensibilisation générale a été réalisée pour les professionnels concernés en tenant compte de l'identification des besoins et objectifs. Elle a été formalisée. La procédure de sécurisation a été diffusée aux équipes. Pour les personnels administratifs, cette vérification a été ajoutée et les fiches de fonction des soignants ont été actualisées pour intégrer cette vigilance dans le cadre de

	Oui	leurs missions.
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	L'identification primaire est assurée à l'accueil administratif (vérification de l'identité à l'aide d'une pièce d'identité dont la trace est conservée dans le dossier administratif). De plus, une checklist est complétée pour toute admission de patient. L'étiquette comportant l'identité du patient est donnée au patient pour qu'il la remette dans le service, après relecture et validation par lui-même.
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	Pour renforcer la sécurité liée à l'identité du patient lors des soins, un bracelet d'identification est posé à tous les patients désorientés, à leur arrivée dans le service. La vérification de l'identité est réalisée pour les actes diagnostiques et thérapeutiques mais est rarement tracée dans le dossier.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
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.	Oui	Les erreurs d'identification sont relevées par le biais des déclarations d'événements indésirables. La cellule d'identitovigilance définit des actions correctives à partir de l'analyse des événements indésirables et de son suivi d'indicateurs repris dans son bilan annuel, qui évalue la fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. En fonction des résultats, des actions d'amélioration sont définies et intégrées au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Un audit est également prévu prochainement sur le port du bracelet au bloc opératoire.

Référence 15: l'identification du patient

Critère 15.a - Hospitalisation à domicile

Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.

Oui

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
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.	Oui	

PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

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

B

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

Des modalités d'accueil du patient sont définies, notamment celles qui concernent la remise du livret d'accueil.

Oui

L'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées.

En grande partie

Des dispositions sont prises afin d'assurer la prise en charge ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence.

Oui

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

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

En grande partie

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

Référence 16: l'accueil du patient**Critère 16.a - Soins de suite et/ou de réadaptation
Dispositif d'accueil du patient****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

Des modalités d'accueil du patient sont définies, notamment celles qui concernent la remise du livret d'accueil.

Oui

L'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées.

En grande partie

Des dispositions sont prises afin d'assurer la prise en charge ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence.

Oui

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

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

En grande partie

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

Référence 16: l'accueil du patient		
Critère 16.a - Hospitalisation à domicile Dispositif d'accueil du patient		
Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des modalités d'accueil du patient sont définies, notamment celles qui concernent la remise du livret d'accueil.	Oui	
L'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Des dispositions sont prises afin d'assurer la prise en charge ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de prise en charge.	Oui	

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

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

Critère 17.a - Court Séjour

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé, et prend en compte l'ensemble de ses besoins.

Oui

L'organisation des prises en charge en fonction des objectifs de soins permet aux patients hospitalisés sans consentement et aux détenus l'accès aux activités thérapeutiques.

NA

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.

Oui

Un projet de soins personnalisés est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).

En grande partie

La réflexion bénéfico-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisés.	Partiellement	
Le projet de soins personnalisés est réajusté en fonction d'évaluations périodiques de l'état de santé du patient, en impliquant le patient et, s'il y a lieu, l'entourage.	Partiellement	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'évaluation sont conduites, afin de s'assurer de la traçabilité des informations.	Partiellement	
Des actions d'amélioration sont mises en place en fonction des résultats des évaluations.	En grande partie	

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

Critère 17.a - Soins de suite et/ou de réadaptation

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé, et prend en compte l'ensemble de ses besoins.

Oui

L'organisation des prises en charge en fonction des objectifs de soins permet aux patients hospitalisés sans consentement et aux détenus l'accès aux activités thérapeutiques.

NA

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.

Oui

Un projet de soins personnalisés est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).

En grande partie

La réflexion bénéfico-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisés.	Partiellement	
Le projet de soins personnalisés est réajusté en fonction d'évaluations périodiques de l'état de santé du patient, en impliquant le patient et, s'il y a lieu, l'entourage.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'évaluation sont conduites, afin de s'assurer de la traçabilité des informations.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en place en fonction des résultats des évaluations.	Oui	

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

Critère 17.a - Hospitalisation à domicile

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

Cotation		
	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé, et prend en compte l'ensemble de ses besoins.	Oui	
L'organisation des prises en charge en fonction des objectifs de soins permet aux patients hospitalisés sans consentement et aux détenus l'accès aux activités thérapeutiques.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	Oui	
Un projet de soins personnalisés est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).	Oui	

La réflexion bénéfico-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisés.	Oui	
Le projet de soins personnalisés est réajusté en fonction d'évaluations périodiques de l'état de santé du patient, en impliquant le patient et, s'il y a lieu, l'entourage.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'évaluation sont conduites, afin de s'assurer de la traçabilité des informations.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en place en fonction des résultats des évaluations.	Oui	

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

Critère 17.b Prise en charge somatique des patients



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

Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un projet de prise en charge somatique est formalisé.

NA

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

Le recours aux avis spécialisés est organisé et formalisé.

NA

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

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

L'évaluation initiale du patient comprend un volet somatique.

NA

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

Un suivi somatique du patient est organisé tout au long de la prise en charge.

NA

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'organisation de la prise en charge somatique est évaluée, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

Critère 18.a - Court Séjour

Continuité et coordination de la prise en charge des patients

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et d'astreintes sont définis afin d'assurer la permanence des soins 24 h/24.

Oui

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

Oui

Des modalités de transmission d'informations entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les secteurs d'activité collaborent afin d'assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.

Oui

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

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

Critère 18.a - Soins de suite et/ou de réadaptation Continuité et coordination de la prise en charge des patients

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et d'astreintes sont définis afin d'assurer la permanence des soins 24 h/24.

Oui

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

Oui

Des modalités de transmission d'informations entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les secteurs d'activité collaborent afin d'assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.

Oui

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

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

Critère 18.a - Hospitalisation à domicile
 Continuité et coordination de la prise en charge des patients



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et d'astreintes sont définis afin d'assurer la permanence des soins 24 h/24.

Oui

Les règles de présence et le système de gardes et astreintes sont définis pour assurer la permanence des soins 24 h/24. Deux médecins coordonnateurs sont salariés du service HAD avec présence effective du lundi au vendredi (70 % ETP). Une astreinte médicale téléphonique, par un médecin coordonnateur, est effective de jour le samedi et le dimanche (8h00 à 20h00) et de nuit pour les urgences vitales. Le médecin traitant est le médecin référent appelé en première intention. S'il n'est pas disponible, le soignant appelle le médecin coordonnateur qui peut si nécessaire faire appel à SOS Médecin ou au 15. Un cadre et une secrétaire sont joignables et présents au sein du service du lundi au vendredi. Tout dysfonctionnement grave est transmis au cadre d'astreinte qui le restitue à l'infirmière coordonnatrice. En dehors des heures ouvrables, l'appel téléphonique aboutit chez le soignant d'astreinte. Une astreinte soignante permet au patient, à son entourage et à tout intervenant libéral de joindre un soignant HAD 24 h/24. Le numéro d'appel d'astreinte figure sur la première page du dossier "chevet". Les appels au soignant d'astreinte sont

	Oui	<p>tracés dans le cahier d'astreinte. Tous les soignants disposent d'un téléphone de garde pour recevoir les appels des patients lors des astreintes. Le soignant dispose d'un cahier d'astreinte avec tous les numéros utiles, les informations patient et les procédures nécessaires à leur prise en charge. Un planning mensuel de présence et d'astreinte des soignants est établi. Il tient compte des tableaux prévisionnels d'absence. La continuité des soins donnés par les IDE libéraux est organisée par ces derniers et régie par une convention. Il existe un tableau d'astreintes médicales dans le cahier d'astreinte HAD. Le médecin coordonnateur et l'IDE coordinatrice sont joignables sur leurs portables professionnels. Il existe des tableaux d'astreinte de laboratoire d'analyses médicales dans le cahier d'astreinte. Un prestataire médical du matériel technique assure une garde 24 h/24 pour tout dépannage urgent.</p>
<p>Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes associées aux différents modes de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, temps plein) et avec les partenaires extérieurs.</p>	Oui	<p>Les aides-soignants HAD et l'IDE HAD se réunissent une fois par jour à la structure entre 12h00 et 13h00. Le contenu de cette réunion est tracé sur la feuille de planification hebdomadaire. Le médecin coordonnateur peut se joindre à cette réunion si nécessaire. L'IDE HAD est joignable toute la matinée pour résoudre un problème ponctuel. Les intervenants ont l'obligation conventionnelle de tracer leur intervention au domicile sur le dossier "chevet" sur des feuilles spécifiques. Une réunion hebdomadaire pluridisciplinaire de coordination réunit le médecin coordonnateur, l'IDE coordinatrice, l'IDE HAD, la conseillère sociale et l'équipe ASC. Ce suivi du patient est tracé dans son dossier "structure" sur la fiche "réunion multidisciplinaire". A cette réunion, sont présentés les futures admissions et les projets de fin de prise en charge HAD des patients.</p>

Des modalités de transmission d'informations entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.	Oui	Les modalités de transmission d'informations entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies par une convention préalable signée qui régit les relations entre le service HAD et chaque intervenant libéral choisi par le patient : médecin traitant, IDE, kinésithérapeute, laboratoire d'analyses médicales, pharmacie d'officine. Le circuit du médicament permet la validation pharmaceutique avec la pharmacie d'officine grâce à un échange de fax qui permet au médecin coordinateur de valider en lien avec le pharmacien, les prescriptions des médecins libéraux. Une fiche de liaison actualisée toutes les semaines sous enveloppe cachetée accompagne le patient chez tout intervenant externe.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les secteurs d'activité collaborent afin d'assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	Oui	Les différents intervenants médicaux et paramédicaux assurent une prise en charge globale et multidisciplinaire, régulée par l'infirmière coordinatrice du service HAD et le médecin coordonnateur. Cette prise en charge pluridisciplinaire se fait en collaboration avec : - le Centre Anticancéreux de Dijon ; - l'équipe mobile de soins palliatifs du CHU de Dijon ; - les services de soins infirmiers à domicile du département. Le dossier du patient qui comprend le dossier "chevet" et le dossier "structure" facilite la collaboration des différents professionnels.
Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur, lorsque l'état du patient le nécessite.	Oui	Lorsque le patient le nécessite, le médecin traitant peut demander au médecin coordonnateur HAD un appui technique. Celui-ci peut demander l'avis d'un spécialiste. Une consultation est alors organisée dans l'établissement de santé ou au cabinet du spécialiste, en lien et en accord avec le médecin traitant ou remplaçant.
Un ou des professionnels référents sont désignés pour la prise en charge du patient.	Oui	Il a été mis en place au sein de l'HAD quatre tournées distinctes de soins à domicile. Quatre binômes de référents ont donc été institués, ce qui permet d'avoir toujours un référent sur le terrain (hors période de vacances). Les réunions hebdomadaires de l'HAD permettent à l'ensemble

	Oui	du personnel soignant de connaître les patients pris en charge. Le référent absent est donc systématiquement remplacé par du personnel HAD volontaire ou par un vacataire qui connaissent déjà les patients pris en charge. Les noms des référents sont indiqués sur la fiche d'entête du dossier patient et du dossier d'astreinte.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La continuité et la coordination de la prise en charge sont évaluées, notamment au regard des événements indésirables, et des actions d'amélioration sont menées.	Oui	La continuité et la coordination de la prise en charge sont évaluées par les questionnaires de satisfaction adressés aux patients (100 % de satisfaction), par l'enquête réalisée en 2011 auprès des correspondants externes, par le recueil des événements indésirables et par le recueil des indicateurs IPAQSS. Des plans d'amélioration sont mis en oeuvre au vu du résultat de ces évaluations.

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

A

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

La procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est définie.

Oui

Cette procédure est remise et expliquée au patient ou à son entourage.

NA

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

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

Les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.

Oui

Un matériel d'urgence opérationnel est disponible dans tous les secteurs de l'établissement.

Oui

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

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

Critère 18.b - Soins de suite et/ou de réadaptation

Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est définie.

Oui

Cette procédure est remise et expliquée au patient ou à son entourage.

NA

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

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.

Oui

Un matériel d'urgence opérationnel est disponible dans tous les secteurs de l'établissement.

Oui

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

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

Critère 18.b - Hospitalisation à domicile

Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est définie.

En grande partie

Cette procédure est remise et expliquée au patient ou à son entourage.

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.

Oui

Un matériel d'urgence opérationnel est disponible dans tous les secteurs de l'établissement.

NA

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

La formation des professionnels à l'utilisation de ce matériel et aux premiers gestes de secours est assurée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est évaluée à périodicité définie, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Partiellement	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes âgées Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.

En grande partie

La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.

Oui

La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Enfants et adolescents

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.

Oui

La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.

En grande partie

La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes démunies

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.

Partiellement

La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes détenues

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.

NA

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.

NA

La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.

NA

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.b - Court Séjour
Troubles de l'état nutritionnel



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés.

Oui

L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge, en lien avec le CLAN ou son équivalent.

Partiellement

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.

En grande partie

Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.

Oui

Compte-tenu de la classe pour l'indicateur «Dépistage des troubles nutritionnels» et sa valeur de 93 avec un intervalle de confiance à 95% = [87–98] pour la campagne de recueil 2011.

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

**Critère 19.b - Soins de suite et/ou de réadaptation
Troubles de l'état nutritionnel**



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés.

Oui

L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge, en lien avec le CLAN ou son équivalent.

Partiellement

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.

En grande partie

Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.

Partiellement

Compte-tenu de la classe pour l'indicateur «Dépistage des troubles nutritionnels» et sa valeur de 45 avec un intervalle de confiance à 95% = [34 – 56] pour la campagne de recueil 2011.

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.b - Hospitalisation à domicile Troubles de l'état nutritionnel



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés.

Oui

L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge, en lien avec le CLAN ou son équivalent.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.

En grande partie

Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.

En grande partie

Compte-tenu de la classe pour l'indicateur «Dépistage des troubles nutritionnels» et sa valeur de 71 avec un intervalle de confiance à 95% = [55–87] pour la campagne de recueil 2011.

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.c - Court Séjour Risque suicidaire

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les patients présentant un risque suicidaire sont identifiés.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

L'établissement assure la coordination des différents professionnels autour de la prise en charge de ces patients.

Oui

Les professionnels sont formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire.

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Oui	
Tout suicide ou tentative de suicide, intervenant dans le temps de la prise en charge, fait l'objet d'une analyse pluriprofessionnelle, en particulier psychiatrique, et formalisée.	Oui	
Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières**Critère 19.c - Soins de suite et/ou de réadaptation
Risque suicidaire**

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

Cotation**B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

Les patients présentant un risque suicidaire sont identifiés.

Oui

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

L'établissement assure la coordination des différents professionnels autour de la prise en charge de ces patients.

Oui

Les professionnels sont formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire.

Partiellement

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

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Partiellement	
Tout suicide ou tentative de suicide, intervenant dans le temps de la prise en charge, fait l'objet d'une analyse pluriprofessionnelle, en particulier psychiatrique, et formalisée.	Partiellement	
Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.c - Hospitalisation à domicile Risque suicidaire

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les patients présentant un risque suicidaire sont identifiés.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

L'établissement assure la coordination des différents professionnels autour de la prise en charge de ces patients.

Oui

Les professionnels sont formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire.

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Oui	
Tout suicide ou tentative de suicide, intervenant dans le temps de la prise en charge, fait l'objet d'une analyse pluriprofessionnelle, en particulier psychiatrique, et formalisée.	Oui	
Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.d Hospitalisation sans consentement

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

Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'information de toute personne hospitalisée sans consentement (HDT ou HO), sur les modalités de son hospitalisation et les possibilités de recours, est organisée.

NA

Les procédures d'hospitalisation sans consentement sont définies.

NA

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Une sensibilisation et une formation des professionnels à ces modalités d'hospitalisation sont mises en place.

NA

Des procédures d'hospitalisation sans consentement sont mises en oeuvre.

NA

L'adhésion du patient à sa prise en charge est recherchée tout au long de son hospitalisation.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les modalités des hospitalisations sans consentement sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	
La CRU est tenue informée de l'ensemble des dysfonctionnements survenus au cours de la totalité du processus d'hospitalisation sans consentement, jusqu'à la levée de la mesure et des visites de la Commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).	NA	

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a - Court Séjour
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient est formalisée dans la politique qualité sécurité 2011-2012 de l'établissement. Cette politique comporte des objectifs précis et des indicateurs de suivi en lien avec le contrat de bon usage du médicament (CBUM) et les indicateurs IPAQSS. Elle prend en compte également les suites d'inspection, les décisions de la certification, la formation des professionnels, l'analyse des erreurs médicamenteuses et l'informatisation du circuit du médicament.

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

Oui

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est inscrit dans le CBUM. Ce projet est intégré au schéma directeur du système d'information. Le déploiement du projet est planifié dès septembre 2012.

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

Des outils d'aide à la prescription et à l'analyse pharmaceutique et des outils d'aide à l'administration des médicaments sont validés, actualisés et mis à la disposition des professionnels. Ces outils sont par exemple le livret thérapeutique, la table pratique de conversion des

	Oui	morphiniques, le protocole de titration sufentanil... Des protocoles de prescription des médicaments à risques comme les anticoagulants, les anticorps monoclonaux et les traitements de la sclérose en plaque sont également à disposition des professionnels. Enfin, toutes les équipes ont accès à un VIDAL.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	Une formation au signalement des événements indésirables comprenant le signalement des erreurs médicamenteuses a été organisée en juillet 2011. Au premier semestre 2012, une formation spécifique à la prévention des erreurs médicamenteuses a été organisée par la pharmacie. Cette formation a concerné 84 % des infirmières et 100 % des professionnels de la pharmacie. La sensibilisation des professionnels de santé à la prévention des erreurs médicamenteuses est renouvelée tous les six mois pour les nouveaux arrivants. Un référent pharmaceutique est identifié dans le secteur de la dialyse, et le responsable infirmier de chaque service est le référent pharmaceutique pour la gestion des stupéfiants.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	En grande partie	Au moment de la visite, l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est effective pour l'unité de dialyse. Elle est engagée pour la chimiothérapie et planifiée pour les autres services de soins à partir de septembre 2012.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
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.	Oui	La prise en charge médicamenteuse fait l'objet d'un suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs avec entre autres les indicateurs du CBUM et les indicateurs IPAQSS. De plus, d'autres indicateurs sont également suivis dans le cadre des EPP sur le circuit du médicament. La maintenance des équipements de chimiothérapie et le taux de formation des professionnels sont également des indicateurs suivis par la pharmacie.

<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 est basé sur l'utilisation des fiches d'événements indésirables. Le bilan annuel des événements indésirables fait apparaître les incidents concernant le circuit du médicament. L'analyse des causes est réalisée en réunion pluridisciplinaire pour les événements indésirables graves. Cette analyse des causes est organisée dans le cadre de la réunion hebdomadaire dédiée à l'analyse des incidents signalés dont les erreurs médicamenteuses.</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 oeuvre suite aux différentes évaluations. Elles sont suivies et coordonnées dans le cadre du programme global de la qualité et de la sécurité des soins. La rétro-information des professionnels est organisée en réunion qualité. Elle est parfois complétée avec une note de service ou un mail.</p>

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.

Oui

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient est formalisée dans la politique qualité sécurité 2011-2012 de l'établissement. Cette politique comporte des objectifs précis et indicateurs de suivi en lien avec le CBUM et les indicateurs IPAQSS. Elle prend en compte également les suites d'inspection, les décisions de la certification, la formation des professionnels, l'analyse des erreurs médicamenteuses et l'informatisation du circuit du médicament.

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

Oui

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est inscrit dans le CBUM. Ce projet est intégré au schéma directeur du système d'information. Le déploiement du projet est planifié dès septembre 2012.

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

Des outils d'aide à la prescription et à l'analyse pharmaceutique et des outils d'aide à l'administration des médicaments sont validés, actualisés et mis à la disposition des professionnels. Ces outils sont par exemple le livret thérapeutique, la table pratique de conversion des morphiniques, le protocole de titration sufentanil...
Des

	Oui	protocoles de prescription des médicaments à risques comme les anticoagulants, les anticorps monoclonaux et les traitements de la sclérose en plaque sont également à disposition des professionnels. Enfin, toutes les équipes ont accès à un VIDAL.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	Une formation au signalement des événements indésirables comprenant le signalement des erreurs médicamenteuses a été organisée en juillet 2011. Au premier semestre 2012, une formation spécifique à la prévention des erreurs médicamenteuses a été organisée par la pharmacie. Cette formation a concerné la majorité des infirmières et 100 % des professionnels de la pharmacie. La sensibilisation des professionnels de santé à la prévention des erreurs médicamenteuses est renouvelée tous les six mois pour les nouveaux arrivants. Un référent pharmaceutique est identifié dans le secteur de la dialyse, et le responsable infirmier de chaque service est le référent pharmaceutique pour la gestion des stupéfiants.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Non	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse en soins de suite et réadaptation n'est pas encore engagée.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
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.	Oui	La prise en charge médicamenteuse fait l'objet d'un suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs avec entre autres les indicateurs du CBUM et les IPAQSS. De plus, d'autres indicateurs sont également suivis dans le cadre des EPP sur le circuit du médicament. La maintenance des équipements de chimiothérapie et le taux de formation des professionnels sont également des indicateurs suivis par la pharmacie.

<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 est basé sur l'utilisation des fiches d'événements indésirables. Le bilan annuel des événements indésirables fait apparaître les incidents concernant le circuit du médicament. L'analyse des causes est réalisée en réunion pluridisciplinaire pour les événements indésirables graves. Cette analyse des causes est organisée dans le cadre de la réunion hebdomadaire dédiée à l'analyse des incidents signalés dont les erreurs médicamenteuses.</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 oeuvre suite aux différentes évaluations. Elles sont suivies et coordonnées dans le cadre du programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. La rétro-information des professionnels est organisée en réunion qualité. Elle est parfois complétée avec une note de service ou un mail.</p>

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a - Hospitalisation à domicile
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient est formalisée dans la politique qualité sécurité 2011-2012 de l'établissement. Cette politique comporte des objectifs précis et indicateurs de suivi en lien avec le CBUM et les indicateurs IPAQSS. Elle prend en compte également les suites d'inspection, les décisions de la certification, la formation des professionnels, l'analyse des erreurs médicamenteuses et l'informatisation du circuit du médicament.

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

Oui

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est inscrit dans le schéma directeur du système d'information. Son déploiement en HAD est prévu après la phase concernant les secteurs MCO et SSR.

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

Des outils d'aide à la prescription et à l'analyse pharmaceutique et des outils d'aide à l'administration des médicaments sont validés, actualisés et mis à la disposition des professionnels. Ces outils sont par exemple le livret thérapeutique, la table pratique de conversion des morphiniques, le protocole de titration sufentanil...
Des

	Oui	protocoles de prescription des médicaments à risques comme les anticoagulants, les anticorps monoclonaux et les traitements de la sclérose en plaque sont également à disposition des professionnels. Enfin, toutes les équipes ont accès à un VIDAL.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	Une formation au signalement des événements indésirables comprenant le signalement des erreurs médicamenteuses a été organisée en juillet 2011. Au premier semestre 2012, une formation spécifique à la prévention des erreurs médicamenteuses a été organisée par la pharmacie. Cette formation a concerné la majorité des infirmières et 100 % des professionnels de la pharmacie à usage intérieur de la clinique. La sensibilisation des professionnels de santé à la prévention des erreurs médicamenteuses est renouvelée tous les six mois pour les nouveaux arrivants. La coordinatrice HAD est le référent pharmaceutique.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Non	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse en hospitalisation à domicile n'est pas engagée.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
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.	Oui	La prise en charge médicamenteuse fait l'objet d'un suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs avec entre autres les indicateurs du CBUM et les IPAQSS. De plus, d'autres indicateurs sont également suivis dans le cadre des EPP sur le circuit du médicament.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Le recueil des erreurs médicamenteuses est basé sur l'utilisation des fiches d'événements indésirables. Le bilan annuel des événements indésirables fait apparaître les incidents concernant le circuit du médicament. L'analyse des causes est réalisée en réunion pluridisciplinaire pour les événements indésirables graves. Cette analyse des causes est organisée dans le cadre de la réunion hebdomadaire

	Oui	dédiée à l'analyse des incidents signalés dont les erreurs médicamenteuses.
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 oeuvre suite aux différentes évaluations. Elles sont suivies et coordonnées dans le cadre du programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. La rétro-information des professionnels est organisée en réunion qualité. Elle est parfois complétée avec une note de service ou un mail.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a bis - Court Séjour
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.

Oui

La clinique a formalisé les règles de prescription dans différentes procédures, y compris pour les médicaments à risques (anticoagulants, anticorps monoclonaux...). Les supports de prescription validés et actualisés sont en place pour les médicaments par voie orale, par voie injectable, pour les antibiotiques. La prescription et l'administration sont réalisées sur le même support. Les modalités de prescription et d'administration des médicaments sont intégrées dans chaque classeur, support du dossier patient.

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

Oui

La continuité du traitement médicamenteux repose sur la prise en compte du traitement personnel du patient dès son arrivée. Cette organisation est décrite dans la procédure "gestion des médicaments et des accessoires dans les services" qui précise que le traitement personnel du patient est retiré dès l'arrivée. Il est pris en compte par le médecin au moment de l'évaluation initiale du patient, dispensé par la pharmacie et administré par les IDE. Les prescriptions et les ordonnances de sortie tiennent compte du traitement dont disposait le patient avant son hospitalisation.

<p>Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La sécurisation de la dispensation des médicaments repose sur les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'acheminement des médicaments par la pharmacie vers les unités de soins dans des armoires fermées à clé une fois par semaine ; - la réponse aux demandes urgentes aux heures ouvrables de la pharmacie ou avec une officine de ville ou la pharmacie à usage intérieur du CHU de Dijon en dehors des heures ouvrables (conventions signées avec ces partenaires) ; - l'analyse pharmaceutique et la délivrance nominative pour les chimiothérapies, médicaments dérivés du sang, molécules onéreuses, stupéfiants et antibiotiques ; - le conditionnement des médicaments pour garantir leur identification jusqu'au moment de l'administration (plaquette de médicaments dans les piluliers pour éviter les découpages) ; - l'information et les conseils aux utilisateurs par l'équipe de la pharmacie. <p>L'analyse pharmaceutique et la délivrance nominative n'intègrent pas le traitement personnel et ne sont pas généralisées.</p>
<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les règles d'administration des médicaments sont formalisées dans un document qui regroupe les modalités de prescription et de traçabilité de l'administration des médicaments. Ces règles d'administration sont validées, actualisées et accessibles aux professionnels. Elles sont intégrées dans chaque classeur, support du dossier patient. Le matériel d'administration des médicaments à risques est standardisé. Le personnel dédié et formé à la gestion et au rangement des médicaments, y compris les médicaments à risques, est le personnel de la pharmacie.</p>
<p>E2 Mettre en oeuvre</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Les règles de prescription sont mises en oeuvre.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Compte tenu de la valeur du critère « Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation » de l'indicateur « Tenue du dossier patient » et de sa valeur de 24 % pour la campagne de recueil 2011.</p>

Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	L'analyse pharmaceutique et la délivrance nominative sont effectives en chimiothérapie, pour les antibiotiques, les médicaments dérivés du sang, les stupéfiants et les molécules onéreuses.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	Oui	La préparation des chimiothérapies sous la responsabilité du pharmacien respecte les bonnes pratiques pharmaceutiques. L'unité de reconstitution des cytotoxiques a fait l'objet d'une visite d'inspection en mars 2012. L'établissement a répondu aux remarques du rapport des inspecteurs.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	Les situations nécessitant une information des patients concernent entre autres les prescriptions d'anticoagulants, les médicaments génériques et l'insuline. L'information délivrée s'appuie le plus souvent sur des brochures réalisées par l'industrie pharmaceutique. La traçabilité dans le dossier du patient n'est pas encore une pratique courante.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'administration des médicaments est assurée en temps réel par les infirmières selon les procédures définies (modalités de prescription et traçabilité de l'administration des médicaments intégrées dans chaque classeur support du dossier patient).
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Le circuit du médicament fait l'objet d'audits depuis 2009. Certains de ces audits prennent en compte la qualité de l'administration. Des audits sur la prescription des fluoroquinolones et des anticoagulants ont également été organisés. De plus, plusieurs EPP concernant par exemple l'antibioprophylaxie et la conformité des prescriptions sont en cours.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Le bilan des actions visant le bon usage des médicaments, mises en oeuvre, est réalisé dans le cadre du bilan de la démarche qualité et sécurité des soins. Ce bilan est largement diffusé aux professionnels concernés et en CME.

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

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La clinique a formalisé les règles de prescription dans différentes procédures, y compris pour les médicaments à risques (anticoagulants, anticorps monoclonaux...). Les supports de prescription validés et actualisés sont en place pour les médicaments par voie orale, par voie injectable, pour les antibiotiques. La prescription et l'administration sont réalisées sur le même support. Les modalités de prescription et d'administration des médicaments sont intégrées dans chaque classeur, support du dossier patient.

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

Oui

La continuité du traitement médicamenteux repose sur la prise en compte du traitement personnel du patient dès son arrivée. Cette organisation est décrite dans la procédure "gestion des médicaments et des accessoires dans les services" qui précise que le traitement personnel du patient est retiré dès l'arrivée. Il est pris en compte par le médecin au moment de l'évaluation initiale du patient, dispensé par la pharmacie et administré par les IDE. Les prescriptions et les ordonnances de sortie tiennent compte du traitement dont disposait le patient avant son hospitalisation.

<p>Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La sécurisation de la dispensation des médicaments repose sur les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'acheminement des médicaments par la pharmacie vers les unités de soins dans des armoires fermées à clé deux fois par semaine ; - la réponse aux demandes urgentes aux heures ouvrables de la pharmacie ou avec une officine de ville ou la pharmacie à usage intérieur du CHU de Dijon en dehors des heures ouvrables (conventions signées avec ces partenaires) ; - l'analyse pharmaceutique et la délivrance nominative pour les médicaments dérivés du sang, molécules onéreuses, stupéfiants et antibiotiques ; - le conditionnement des médicaments pour garantir leur identification jusqu'au moment de l'administration (plaquette de médicaments dans les piluliers pour éviter les découpages) ; - l'information et les conseils aux utilisateurs par l'équipe de la pharmacie. <p>L'analyse pharmaceutique et la délivrance nominative n'intègrent pas le traitement personnel et ne sont pas généralisées.</p>
<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les règles d'administration des médicaments sont formalisées dans un document qui regroupe les modalités de prescription et de traçabilité de l'administration des médicaments. Ces règles d'administration sont validées, actualisées et accessibles aux professionnels. Elles sont intégrées dans chaque classeur, support du dossier patient. Le matériel d'administration des médicaments à risques est standardisé. Le personnel dédié et formé à la gestion et au rangement des médicaments, y compris les médicaments à risques, est le personnel de la pharmacie.</p>
<p>E2 Mettre en oeuvre</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Les règles de prescription sont mises en oeuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Compte tenu de la valeur du critère « Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation » de l'indicateur « Tenue du dossier patient » et de sa valeur de 100 % pour la campagne de recueil</p>

	Oui	2011.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	L'analyse pharmaceutique et la délivrance nominative sont effectives pour les antibiotiques, les médicaments dérivés du sang, les stupéfiants et les molécules onéreuses.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	Les situations nécessitant une information des patients concernent entre autres les prescriptions d'anticoagulants, les médicaments génériques et l'insuline. L'information délivrée s'appuie le plus souvent sur des brochures réalisées par l'industrie pharmaceutique. La traçabilité dans le dossier du patient n'est pas encore une pratique courante.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'administration des médicaments est assurée en temps réel par les infirmières selon les procédures définies (modalités de prescription et traçabilité de l'administration des médicaments intégrées dans chaque classeur support du dossier patient).
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Le circuit du médicament fait l'objet d'audits depuis 2009. Certains de ces audits prennent en compte la qualité de l'administration. Des audits sur la prescription des fluoroquinolones et des anticoagulants ont également été organisés. De plus, plusieurs EPP concernant par exemple la prescription en SSR et la préparation des médicaments en SSR sont en cours.

Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Le bilan des actions visant le bon usage des médicaments, mises en oeuvre, est réalisé dans le cadre du bilan de la démarche qualité et sécurité des soins. Ce bilan est largement diffusé aux professionnels concernés et en CME.
---	-----	--

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a bis - Hospitalisation à domicile
Prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La clinique a formalisé les règles de prescription en HAD dans la procédure "circuit du médicament en HAD". Le support de prescription en place est validé et actualisé. La prescription et l'administration sont réalisées sur le même support.

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

Oui

La continuité du traitement médicamenteux repose sur la prise en compte dès son admission en HAD du traitement du patient à la sortie de son hospitalisation traditionnelle. Cette organisation est décrite dans la procédure "circuit du médicament en HAD". Les prescriptions et les ordonnances de sortie tiennent compte du traitement dont disposait le patient avant son hospitalisation.

Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.

Oui

La sécurisation de la dispensation des médicaments repose sur les éléments suivants :

- l'analyse pharmaceutique et la délivrance nominative du traitement complet du patient ;
- le conditionnement des médicaments pour garantir leur identification jusqu'au moment de l'administration ;
- l'acheminement des médicaments dans des boîtes

	Oui	sécurisées par l'équipe HAD lorsque les médicaments sont délivrés par la pharmacie de la clinique ou dans des sachets adaptés lorsque les médicaments sont délivrés par une officine de ville ; - la réponse aux demandes urgentes en lien avec les pharmacies de garde ou l'HAD ; - l'information et les conseils aux utilisateurs sont assurés par les pharmaciens des officines ou les professionnels de la clinique.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	Les règles d'administration des médicaments et de traçabilité de l'administration des médicaments en HAD sont formalisées dans la procédure "circuit du médicament en HAD". Ces règles d'administration sont validées, actualisées et accessibles aux professionnels.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	Compte tenu de la valeur du critère « Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation » de l'indicateur « Tenue du dossier patient » et de sa valeur de 93 % pour la campagne de recueil 2011.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	L'analyse pharmaceutique et la délivrance nominative sont effectives pour tous les patients d'HAD.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	Les situations nécessitant une information des patients sont identifiées au cas par cas. L'information délivrée s'appuie chaque fois que possible sur des brochures réalisées par l'industrie pharmaceutique. Elle est toujours complétée par les professionnels de l'HAD. La traçabilité dans le dossier du patient n'est pas encore une pratique courante.

La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'administration des médicaments est assurée en temps réel par les infirmières selon la procédure "circuit du médicament".
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Le circuit du médicament en HAD fait l'objet d'audits. Des indicateurs sont régulièrement suivis comme par exemple le pourcentage d'ordonnances lisibles, de traçabilité de la préparation, de traçabilité de l'administration ou de conformité de la prescription.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Le résultat des audits et indicateurs permet d'identifier les actions d'amélioration. Par exemple, une sensibilisation des infirmières libérales à la traçabilité de l'administration des médicaments a permis d'améliorer significativement ce sujet. Le résultat des indicateurs de suivi est largement diffusé aux professionnels concernés, en COPIL qualité et en CME.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.b - Court Séjour Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement dispose d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, en vue notamment de réduire la morbi-mortalité évitable.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des données de référence permettant une prescription conforme sont mises à la disposition des professionnels.

Oui

Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.	Oui	
Des actions d'amélioration et leur suivi sont mis en oeuvre.	Partiellement	

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.b - Soins de suite et/ou de réadaptation Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement dispose d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, en vue notamment de réduire la morbi-mortalité évitable.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des données de référence permettant une prescription conforme sont mises à la disposition des professionnels.

Oui

Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.	Oui	
Des actions d'amélioration et leur suivi sont mis en oeuvre.	Partiellement	

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.b - Hospitalisation à domicile Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement dispose d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, en vue notamment de réduire la morbi-mortalité évitable.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des données de référence permettant une prescription conforme sont mises à la disposition des professionnels.

Oui

Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.	Oui	
Des actions d'amélioration et leur suivi sont mis en oeuvre.	Partiellement	

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

Critère 21.a - Court Séjour

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Des règles relatives au circuit du traitement des examens de biologie médicale ou d'anatomo-cytopathologie sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et le laboratoire.

Oui

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

NA

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

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des outils et conseils d'aide à la prescription, aux prélèvements et au transport sont mis à disposition et connus des professionnels.

En grande partie

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

Partiellement

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

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

Critère 21.a - Soins de suite et/ou de réadaptation

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Des règles relatives au circuit du traitement des examens de biologie médicale ou d'anatomo-cytopathologie sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et le laboratoire.

Oui

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

NA

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

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des outils et conseils d'aide à la prescription, aux prélèvements et au transport sont mis à disposition et connus des professionnels.

En grande partie

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

Partiellement

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

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

Critère 21.a - Hospitalisation à domicile

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Des règles relatives au circuit du traitement des examens de biologie médicale ou d'anatomo-cytopathologie sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et le laboratoire.

NA

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

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des outils et conseils d'aide à la prescription, aux prélèvements et au transport sont mis à disposition et connus des professionnels.

Partiellement

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

Oui

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

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

Critère 21.b

Démarche qualité en laboratoire de biologie médicale

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

Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Le laboratoire de biologie médicale développe une politique institutionnelle de management de la qualité, en tenant compte de l'évolution de la réglementation qui conduit à l'accréditation.

NA

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

La démarche qualité est mise en oeuvre, avec des échéances déterminées, compatibles avec le respect de la réglementation.

NA

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

Des actions d'évaluation sont menées, et s'inscrivent dans le programme d'amélioration de la qualité du laboratoire de biologie médicale.

NA

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

Critère 22.a - Court Séjour

Demande d'examen et transmission des résultats

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

NA

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

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Partiellement

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

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

Critère 22.a - Soins de suite et/ou de réadaptation Demande d'examen et transmission des résultats

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

NA

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

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

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

En grande partie

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

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

Critère 22.a - Hospitalisation à domicile Demande d'examen et transmission des résultats

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

NA

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

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

NA

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

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

NA

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

L'établissement coordonne la réalisation des examens prescrits par le médecin traitant ou hospitalier.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Non	
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.	Oui	

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

Critère 22.b Démarche qualité en service d'imagerie

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

Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les secteurs développent un système d'assurance de la qualité.

NA

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les examens sont réalisés dans le respect des bonnes pratiques.

NA

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

Des actions d'évaluation sont menées, et s'inscrivent dans le programme d'amélioration de la qualité en imagerie.

NA

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

**Critère 23.a - Court Séjour
Éducation thérapeutique du patient**

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'offre de programmes d'éducation thérapeutique, au sein de l'établissement et au sein du territoire de santé, est identifiée.

Oui

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

Oui

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

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Selon la nature des besoins et des attentes des patients, des programmes d'ETP autorisés sont proposés aux patients et mis en oeuvre. Si l'établissement de santé ne met pas en oeuvre de programme autorisé, il lui est demandé de

Partiellement

proposer au patient une inscription dans un programme autorisé dans son environnement proche, en lui ayant présenté l'intérêt de l'ETP pour la gestion de sa maladie.	Partiellement	
L'établissement définit, dans son plan, une formation à l'ETP (sensibilisation des professionnels impliqués dans la prise en charge des maladies chroniques, et acquisition de compétences pour ceux qui mettent en oeuvre un programme d'ETP).	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation des conditions d'accès et de mise en oeuvre des programmes d'ETP (patients, professionnels de santé impliqués) donne lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	

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

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'offre de programmes d'éducation thérapeutique, au sein de l'établissement et au sein du territoire de santé, est identifiée.

Oui

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

Oui

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

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Selon la nature des besoins et des attentes des patients, des programmes d'ETP autorisés sont proposés aux patients et mis en oeuvre. Si l'établissement de santé ne met pas en oeuvre de programme autorisé, il lui est demandé de

Partiellement

proposer au patient une inscription dans un programme autorisé dans son environnement proche, en lui ayant présenté l'intérêt de l'ETP pour la gestion de sa maladie.	Partiellement	
L'établissement définit, dans son plan, une formation à l'ETP (sensibilisation des professionnels impliqués dans la prise en charge des maladies chroniques, et acquisition de compétences pour ceux qui mettent en oeuvre un programme d'ETP).	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation des conditions d'accès et de mise en oeuvre des programmes d'ETP (patients, professionnels de santé impliqués) donne lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	

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

**Critère 23.a - Hospitalisation à domicile
Éducation thérapeutique du patient**

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'offre de programmes d'éducation thérapeutique, au sein de l'établissement et au sein du territoire de santé, est identifiée.

Oui

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

Oui

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

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Selon la nature des besoins et des attentes des patients, des programmes d'ETP autorisés sont proposés aux patients et mis en oeuvre. Si l'établissement de santé ne met pas en oeuvre de programme autorisé, il lui est demandé de

En grande partie

proposer au patient une inscription dans un programme autorisé dans son environnement proche, en lui ayant présenté l'intérêt de l'ETP pour la gestion de sa maladie.	En grande partie	
L'établissement définit, dans son plan, une formation à l'ETP (sensibilisation des professionnels impliqués dans la prise en charge des maladies chroniques, et acquisition de compétences pour ceux qui mettent en oeuvre un programme d'ETP).	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation des conditions d'accès et de mise en oeuvre des programmes d'ETP (patients, professionnels de santé impliqués) donne lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	

Référence 24: La sortie du patient

Critère 24.a - Court Séjour Sortie du patient



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Partiellement	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » et de sa valeur de 28 avec un intervalle de confiance à 95 % = [18–37] pour la campagne de recueil 2011.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation ». Il n'a pas mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Non	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	

Référence 24: La sortie du patient

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Partiellement	Compte-tenu de la classe pour l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » et de sa valeur de 6 avec un intervalle de confiance à 95% = [1-12] pour la campagne de recueil 2011.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation ». Il n'a pas mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Non	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	

Référence 24: La sortie du patient

Critère 24.a - Hospitalisation à domicile Sortie du patient



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	En grande partie	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Partiellement	Compte-tenu de la classe pour l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » et de sa valeur de 54 avec un intervalle de confiance à 95% = [38–71] pour la campagne de recueil 2011.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation ». Il n'a pas mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Non	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	

PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

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

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



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

Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

NA

Le recours aux avis spécialisés permettant de répondre aux besoins des patients est organisé et formalisé.

NA

Les circuits de prise en charge sont définis et formalisés, selon le degré d'urgence et la typologie des patients (soins immédiats, soins rapides non immédiats, patients debout, patients couchés, traumatologie, filières spécifiques, etc.).

NA

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.a Organisation du bloc opératoire



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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Le cadre de bloc a été formé à la méthodologie de la cartographie des risques appliquée au bloc opératoire. Une cartographie exhaustive des risques au bloc opératoire a été construite. Une hiérarchisation des risques a été réalisée par les professionnels du bloc opératoire. Un plan de prévention des risques prioritaires a été réalisé et un programme d'actions préventives a été planifié.

Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place (elle comprend l'ensemble des dimensions, y compris la gestion des locaux et des équipements).

Oui

La démarche qualité du bloc opératoire est organisée. Une logisticienne assure le suivi des approvisionnements des DMI et de certains DMS. L'ensemble des dispositifs biomédicaux est suivi et tracé dans une GMAO. Les appareils bénéficient d'une maintenance préventive et curative. Des prélèvements eau-air-surfaces sont réalisés périodiquement par un laboratoire externe en lien avec l'EOH. Les procédures et protocoles spécifiques au bloc opératoire sont intégrés dans la gestion documentaire de l'établissement. Les différentes vérifications effectuées au bloc opératoire (ouverture de salles anesthésie, cahiers de salles, check-lists) sont tracées et archivées.

<p>La Charte de fonctionnement, définie et validée par un Conseil de bloc, précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, dont l'ambulatoire et les urgences, et établit les responsabilités et les modalités d'élaboration et de régulation des programmes opératoires.</p>	<p>Oui</p>	<p>La charte de bloc opératoire a été présentée et validée en conseil de bloc opératoire. Elle est signée par tous les praticiens travaillant au bloc. Elle définit l'organisation avec les différents circuits, responsabilités et modalités d'élaboration du programme. Le conseil de bloc se réunit tous les mois. Le compte-rendu est tracé et diffusé aux personnels concernés.</p>
<p>L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé entre le bloc opératoire, les secteurs d'activité clinique, médico-technique, technique et logistique.</p>	<p>Oui</p>	<p>La coordination entre les différents secteurs et professionnels sur la prise en charge péri-opératoire est facilitée par le dossier informatisé qui réunit les éléments du patient depuis la consultation anesthésique jusqu'à sa sortie de la salle de surveillance postopératoire. L'établissement recueille l'indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » avec une valeur de 91 % avec un intervalle de confiance de [88 % - 93 %] pour la campagne de recueil 2011.</p>
<p>Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le programme opératoire est informatisé et en réseau au sein de l'établissement. Les patients bénéficient d'un dossier d'anesthésie informatisé depuis la consultation d'anesthésie jusqu'à la phase postopératoire en passant par la phase peropératoire.</p>
<p>E2 Mettre en oeuvre</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Un responsable régule les activités du bloc opératoire afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.</p>	<p>Oui</p>	<p>Un cadre de bloc opératoire régule l'ensemble des activités du bloc opératoire, chirurgicales et endoscopiques. Il assure la mise en adéquation des réservations opératoires et des ressources humaines et matérielles disponibles, dans le respect des dispositions prévues dans la charte du bloc opératoire. Il assure aussi le suivi du bon déroulement du programme opératoire et effectue les réajustements nécessaires. Ce programme opératoire est construit une semaine à l'avance et validé la veille par le cadre du bloc, un médecin anesthésiste et un IADE.</p>
<p>La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en oeuvre pour toute intervention de l'équipe opératoire.</p>	<p>Oui</p>	<p>Trois check-list distinctes et validées sont mises en oeuvre : chirurgie, endoscopie digestive, endoscopie pulmonaire. Une de ces check-lists est renseignée pour tous les patients passant au bloc opératoire. Une évaluation de la qualité du</p>

	Oui	renseignement de la check-list a été réalisée par un audit externe. Ses résultats ont été présentés en comité de bloc et dans le cadre d'une réunion organisée par l'ARS et ont conduit à des actions d'amélioration (modification de l'organisation et pratiques).
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes, incluant les vérifications effectuées, est assurée.	Oui	L'ensemble des DMI est tracé informatiquement. Un exemplaire papier de cette traçabilité est inclus dans le dossier du patient, un autre exemplaire est archivé.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	Oui	Les protocoles et procédures s'appuient sur les recommandations de bonne pratique des sociétés savantes. Celles-ci sont citées en référence dans les documents actualisés et validés par le service qualité, par les experts de chaque spécialité et les instances (CLIN, CLUD...). Les protocoles d'anesthésie sont inclus dans le système d'information des anesthésistes. Les protocoles de traitement des appareils thermosensibles sont réalisés dans le respect des textes de référence. Les protocoles sont accessibles à tous les professionnels en format papier en classeur et via le réseau informatique intranet.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficacité, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est assuré, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	Une étude a été faite sur les délais d'attente au bloc opératoire. La mesure continue des TROS (Temps Réels d'Occupation des Salles) et des TVO (Temps de Vacation Opératoire) a permis une optimisation des vacations opératoires. Un suivi des indicateurs ISO, IPAQSS, DAN est réalisé.

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

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



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

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

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

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



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

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

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

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'activité d'endoscopie est réalisée au sein du bloc opératoire. Une cartographie exhaustive des risques au bloc opératoire a été construite incluant le secteur des endoscopies. Une cotation de la gravité et de la fréquence débouchant sur une hiérarchisation des risques a été réalisée. Un plan de prévention des risques prioritaires a été réalisé et un programme d'actions préventives a été planifié.

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

Oui

La démarche qualité du secteur des endoscopies est incluse dans la démarche qualité du bloc opératoire. La logicienne du bloc opératoire assure le suivi des approvisionnements de DMI et de certains DMS. L'ensemble des dispositifs biomédicaux utilisés en endoscopie est suivi et tracé dans une GMAO. Les appareils bénéficient d'une maintenance préventive et curative. Des prélèvements eau-air-surfaces sont réalisés périodiquement par le laboratoire extérieur en lien avec l'EOH. Les procédures et protocoles spécifiques à l'endoscopie et aux appareils thermosensibles sont intégrés dans la gestion documentaire de l'établissement. Le personnel est formé à ces procédures et protocoles spécifiques. Les différentes vérifications réglementaires

	Oui	effectuées en endoscopie sont tracées.
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.	Oui	Un dossier patient unique a été mis en place, il suit le patient tout au long de son hospitalisation, y compris au bloc opératoire.
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	Oui	Le programme opératoire est informatisé et en réseau au sein de l'établissement. Les patients bénéficient d'un dossier d'anesthésie informatisé depuis la consultation d'anesthésie jusqu'à la phase postopératoire en passant par la phase peropératoire.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un responsable identifié régule les activités, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	Oui	Le cadre de bloc opératoire régule l'ensemble des activités du bloc opératoire, y compris les endoscopies. Il assure la mise en adéquation des réservations opératoires et des ressources humaines et matérielles disponibles, dans le respect des dispositions prévues dans la charte du bloc opératoire. Il assure le suivi du bon déroulement du programme opératoire et effectue les réajustements nécessaires.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	Oui	Les protocoles et procédures s'appuient sur les recommandations de bonne pratique des sociétés savantes. Celles-ci sont citées en référence dans les documents actualisés et validés par le service qualité, par les experts de chaque spécialité et les instances (CLIN, CLUD...). Les protocoles d'anesthésie sont inclus dans le système d'information des anesthésistes. Les protocoles de traitement des appareils thermosensibles sont réalisés dans le respect des textes de référence. Les protocoles sont accessibles à tous les professionnels en format papier en classeur et via le réseau informatique intranet.

La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	Oui	L'ensemble des DMI est tracé informatiquement. Un exemplaire papier de cette traçabilité est inclus dans le dossier du patient, un autre exemplaire est archivé.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un recueil et une analyse des événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	Oui	Un dispositif de déclaration des événements indésirables est en place. Il est complété par un numéro de téléphone spécifique mis en place pour faciliter la déclaration des événements indésirables au bloc opératoire. Les événements indésirables sont analysés toutes les semaines. Les événements indésirables graves sont analysés en revue de mortalité-morbidité avec les professionnels concernés. Le cadre du service coordonne la mise en place des actions d'amélioration. Les actions d'amélioration issues des différentes évaluations sont intégrées dans le programme global qualité et sécurité des soins.
La réalisation d'audits et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	Oui	Une étude a été faite sur les délais d'attente au bloc opératoire. La mesure continue des TROS (Temps Réels d'Occupation des Salles) et des TVO (Temps de Vacation Opératoire) a permis une optimisation des vacations opératoires. Un suivi des indicateurs ISO, IPAQSS, DAN est réalisé.

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.c

Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique

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

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

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

Référence 27: Les activités de soins de suite et de réadaptation**Critère 27.a****Activités de soins de suite et de réadaptation****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

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

Oui

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

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

En grande partie

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

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

En grande partie

PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.a

Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les différents secteurs d'activité clinique ou médico-technique organisent la mise en oeuvre des démarches d'EPP.

Oui

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

Oui

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

Partiellement

Compte-tenu de la classe pour l'indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire » et de sa valeur de 13 avec un intervalle de confiance à 95% = [1–15] pour la campagne de recueil 2011.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.b
Pertinence des soins

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

L'établissement révise régulièrement la liste des indicateurs analysés.	Non	
---	-----	--

6.INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Les indicateurs généralisés actuellement recueillis

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

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

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_493937/ipaqss-indicateurs-pour-l-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-

Éléments de lecture du tableau

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

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

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

Remarque :

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

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

Etablissement : CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE (210780789)

Résultats des indicateurs de qualité Dossier du Patient - Champ MCO

Référence Nationale

Libellé indicateur	Année 2009			Année 2010			Année 2011			Année 2012		
	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre
	Nb d'ES	Valeur		Nb d'ES	Valeur		Nb d'ES	Valeur		Nb d'ES	Valeur	
Tenue du dossier patient (score sur 100)	1144	70	80	1212	72	80	1206	76	80			
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (%)	1141	34	80	1195	40	80	1192	48	80			
Traçabilité de l'évaluation la douleur (%)	1144	52	80	1212	61	80	1206	73	80			
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 (%)	1136	75	80	1200	79	80	1196	84	80			

Etablissement : CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE (210780789)

Libellé indicateur	Année 2009				Année 2010				Année 2011				Année 2012			
	Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire :			
	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.
Tenue du dossier patient (score sur 100)	56 [51 - 60]	●	(-)	→	68 [64 - 72]	●	(-)	NA	68 [65 - 72]	●	(-)	→				
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (%)	21 [12 - 30]	●	(-)	→	21 [12 - 30]	●	(-)	→	28 [18 - 37]	●	(-)	→				
Traçabilité de l'évaluation la douleur (%)	43 [32 - 53]	●	(-)	→	34 [23 - 44]	●	(-)	→	40 [29 - 51]	●	(-)	→				
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 (%)	85 [77 - 93]	●	(=)	→	89 [82 - 96]	●	(+)	→	93 [87 - 98]	●	(+)	→				

Etablissement : CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE (210780789)

Résultats des indicateurs de qualité Dossier d'anesthésie - Champ MCO

Référence Nationale

Libellé indicateur	Année 2009			Année 2010			Année 2011			Année 2012		
	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre
	Nb d'ES	Valeur		Nb d'ES	Valeur		Nb d'ES	Valeur		Nb d'ES	Valeur	
Tenue du dossier d'anesthésie (score sur 100)	1015	75	NA	1012	80	80	1004	84	80			

Etablissement : CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE (210780789)

Libellé indicateur	Année 2009				Année 2010				Année 2011				Année 2012																			
	Recueil obligatoire : Oui								Recueil obligatoire : Oui								Recueil obligatoire : Oui								Recueil obligatoire :							
	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.																
Tenue du dossier d'anesthésie (score sur 100)	82 [79 - 86]		NA	↗	91 [89 - 94]		(+)	↗	91 [88 - 93]		(+)	→																				

7.BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE

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

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMAN-DATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Circuit du médicament	ARS	25/01/11	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	visite de conformité préparation des anticancéreux
Stérilisation des dispositifs médicaux	PHISP	22/01/02	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Désinfection des dispositifs médicaux			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	contrôles de surface BIOCLIN 29/08/11
Laboratoires d'analyses de biologie médicale			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infrastructures	Commission sécurité	04/08/10	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite <input type="checkbox"/> périodique	Commission intercommunale	04/08/10	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité électrique	APAVE	22/11/10	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hygiène alimentaire et eau d'alimentation	DDPP	16/06/10	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	contrôles microbiologiques SILLIKER 02/09/11
Eaux à usage médical	Laboratoire Départemental LDCO	16/08/11	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eaux à usage technique			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	contrôle du réseau d'eau OFIS 08/07/11
Eaux chaudes sanitaires			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	contrôle des légionelles BIOCLIN 29/11/10
Déchets à risques infectieux et pièces anatomiques.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déchets à risques radioactifs			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NC
Déchets à risques chimiques et toxiques, effluents liquides			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Produits sanguins labiles			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité anesthésique	DRASS	Octobre 1999	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Secteur opératoire			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contrôles eau/air/surface BIOCLIN 26/05/11
Imagerie et exploration fonctionnelle			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NC
Radiothérapie			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NC
Prévention des risques liés à l'inhalation de poussière d'amiante	SOCOTEC	18/12/03	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ANNEXES SUITE À MODALITÉ(S) DE SUIVI

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

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

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

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

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer la traçabilité dans le dossier patient en SSR

Problematique:

Résultat de l'indicateur "délai du courrier de fin d'hospitalisation" à 6%

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
100% des identités (noms et adresses) des médecins destinataires indiquées sur le courrier de fin d'hospitalisation	Indicateur "délai du courrier de fin d'hospitalisation" > 80%

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Responsable qualité et gestion des risques	Médecin DIM Coordonnateur des risques associés aux soins Président de CME	Médecins du SSR

Echéancier de réalisation :

- 1) Communication réalisée en octobre 2011 auprès des médecins du SSR sur les pratiques attendues (inscription des identités sur les courriers et non sur l'enveloppe d'envoi)
- 2) Evaluation interne sur 30 dossiers patients mi-2012 : 100% des compte-rendus comportent le nom et l'adresse du médecin destinataire
- 3) Communication des résultats du sondage en CME le 21 mars 2013
- 4) Confirmation des résultats par un sondage IPAQSS hors protocole réalisé en juin 2013 sur 95 dossiers de patients hospitalisés au 1er semestre 2013.

Modalités d'évaluation :

Evaluation réalisée en juin 2013 par un sondage IPAQSS hors protocole sur 95 dossiers de patients de SRR hospitalisés au 1er semestre 2013. L'indicateur "délai du courrier de fin d'hospitalisation est conforme à 97,89%.

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

IPAQSS tous les 2 ans

Validation institutionnelle:

Objectif de la politique qualité et sécurité des soins 2013 et communication en CME

Planification des revues de projet:

Suivi lors des revues du plan d'actions qualité et sécurité des soins PAQSS
Présentation des résultats en CME.

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer la traçabilité dans le dossier patient en cours séjour

Problématique:

Résultat de l'indicateur "délai du compte-rendu d'hospitalisation" en MCO à 28%

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
<ul style="list-style-type: none">- 100% des compte-rendus retrouvés (relance systématique des médecins en cas de compte-rendus manquants)- 100% des dates de début et de fin de séjour indiquées sur le compte-rendu- 100% des noms et adresses des médecins destinataires indiqués sur le compte-rendu- 100% des compte-rendus comportant une trace du traitement de sortie	Indicateur "délai du compte-rendu de fin d'hospitalisation" > 80%

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Responsable qualité et gestion des risques	Médecin DIM Coordonnateur des risques associés aux soins Président de CME	Médecins de MCO

Echéancier de réalisation :

- 1) Présentation des résultats en CME réalisée le 25/09/12 avec détails des non-conformités des compte-rendus de fin d'hospitalisation
- 2) Sondage interne réalisé en mars 2013 sur 132 dossiers (26 médecins) du 1er trimestre 2013 avec ciblage des non-conformités et médecins concernés
- 3) Présentation des résultats à la CME du 21 mars 2013
- 4) Mail envoyé aux médecins concernés ou à leur secrétariat en avril 2013 pour demande d'actions correctives
- 5) Sondage IPAQSS hors protocole réalisé en septembre 2013 sur 100 dossiers patients hospitalisés en juin et juillet 2013
- 6) Présentation des résultats à réaliser en CME en novembre 2013
- 7) Courrier aux médecins dont les compte-rendus sont non conformes à envoyer en novembre/décembre 2013
- 8) Nouveau sondage IPAQSS (recueil national) en février-mars-avril 2014 sur dossiers patients 2013
- 9) Présentation des résultats à la CME de Juin 2014
- 10) Sondage IPAQSS hors protocole sur dossiers de patients hospitalisés au 1er semestre 2014 à réaliser en septembre 2014.
- 11) Présentation des résultats en CME à l'automne 2014.

Modalités d'évaluation :

- 1) Sondage IPAQSS hors protocole réalisé en septembre 2013 sur 100 dossiers de patients hospitalisés en médecine et chirurgie en juin et Juillet 2013. Résultat de l'indicateur "délai du courrier de fin d'hospitalisation" : 42%
- 2) Sondage IPAQSS national à réaliser en février-mars-avril 2014
- 3) Sondage IPAQSS hors protocole à réaliser en septembre 2014 sur 100 dossiers de patients hospitalisés au 1er semestre 2014

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Recueil IPAQSS tous les 2 ans

Validation institutionnelle:

Objectif de la politique qualité et sécurité des soins

Planification des revues de projet:

Suivi lors des revues du plan d'actions qualité et sécurité des soins PAQSS
Présentation des résultats en CME et réajustement des actions à mener

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer la traçabilité des RCP dans le dossier patient

Problématique:

Résultat de l'indicateur RCP à 13%

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
100% des compte-rendus de RCP retrouvés dans les dossiers 100% des compte-rendus de RCP conformes	Indicateur RCP > 80%

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Responsable qualité et gestion des risques	Chargé de mission en cancérologie Médecin DIM Coordonnateur des risques associés aux soins Président de CME	Médecins concernés par les RCP

Echéancier de réalisation :

- 1) Nomination d'une chargée de mission en cancérologie depuis septembre 2013
- 2) Pointage quotidien des RCP pour les dossiers de patients suivis en chimiothérapie depuis septembre 2013 avec relance des praticiens pour obtention des compte-rendus manquants
- 3) Pointage des RCP pour les dossiers des patients opérés en cancérologie depuis janvier 2013 avec relance des praticiens pour obtention des compte-rendus manquants
- 4) Présentation des résultats en CME
- 5) Mise en place d'une organisation permettant la transmission des RCP dès l'hospitalisation
- 6) Sondage IPAQSS RCP en avril/mai/juin 2014
- 7) Poursuite des actions correctives si nécessaire

Modalités d'évaluation :

- 1) Pointage quotidien des RCP pour les dossiers de patients suivis en chimiothérapie depuis septembre 2013
- 2) Pointage des RCP pour les dossiers des patients opérés en cancérologie depuis janvier 2013
- 3) Sondage IPAQSS RCP en avril/mai/juin 2014

Modalités de suivi et de pérennisation des résultats:

Recueil obligatoire de l'indicateur RCP tous les 2 ans

Validation institutionnelle:

Objectif de la politique qualité et sécurité des soins - communication en CME

Planification des revues de projet:

Suivi lors des revues du plan d'actions qualité et sécurité des soins PAQSS
Présentation des résultats en CME

