



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 MONIÉ ET MAISON DE CONVALESCENCE LE CHÂTEAU

Route de Revel
31290 VILLEFRANCHE DE LAURAGAIS

JUIN 2011

SOMMAIRE

PREAMBULE	4
1. Les objectifs de la certification des établissements de santé	5
2. Les niveaux de certification	6
1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	8
2. DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	12
1. Niveau de certification	13
2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	14
3. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	15
4. Critères investigués lors de la visite de certification	16
5. Suivi de la décision	17
3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS	18
1. Le positionnement de l'établissement sur l'ensemble des thématiques	21
2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires	22
3. Regard Patient	23
4. SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	24
5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITÈRE	31
CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT	32
PARTIE 1. MANAGEMENT STRATEGIQUE	33
PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES	55
PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS	88
CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT	113
PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS	114

PARTIE 2. GESTION DES DONNEES DU PATIENT	170
PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT	189
PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES	266
PARTIE 5. EVALUATIONS DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	289
6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	296
7. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE	298

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 d'Hospitalisation, 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 d'Hospitalisation/Agence Régionale de Santé définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et comportent des engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui font suite à la procédure de certification.

2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

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

Les niveaux de certification sont les suivants :

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 dysfonctionnements 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 constatés.	L'établissement n'est pas certifié. La Haute Autorité de Santé examine avec la direction de l'établissement et la tutelle régionale, dans quels délais, il est susceptible de se réengager dans la démarche.

Les décisions et les rapports de certification sont tous rendus publics sur le site internet de la Haute Autorité de Santé, <http://www.has-sante.fr>.

Il revient aux établissements de santé d'en assurer la plus large publicité en interne et en externe, (notamment par le biais de leur site internet).

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

L'établissement de santé doit également mettre chaque année à disposition du public les indicateurs de qualité et de sécurité des soins recueillis de manière obligatoire et utilisés dans le cadre de la procédure de certification.

1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

CLINIQUE MONIÉ ET MAISON DE CONVALESCENCE LE CHÂTEAU

Adresse : Route de REVEL 31290 VILLEFRANCHE DE LAURAGAIS

Site internet de l'établissement : <http://www.monie.fr/index.php>

Statut : Privé lucratif

Type d'établissement : Privé

Type de Prise en charge	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places en ambulatoire
MCO	50	2
SM	0	0
SSR	97	5
SLD	0	0
HAD	0	0

Nombre de sites :	1
Activités principales :	Médecine Physique et de Réadaptation Soins de suite polyvalents Médecine : cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, neurologie Soins palliatifs 14 lits (9 en médecine, 5 en SSR) Endoscopies bronchiques et digestives et anesthésie ambulatoire : 2 places
Activités de soins soumises à autorisation :	Anesthésie ambulatoire
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité :	Secteurs externalisés : Lingerie-blanchisserie ISO 9001 en décembre 2005, valable jusqu'en mars 2012 Laboratoire d'analyses environnementales (eau/aliments/surfaces), accrédité COFRAC (programme 59 et 100-2)

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements
(Principales conventions, réseaux, GCS) :

Conventions de coopération signées avec :

- Le CHU de Toulouse (urgences - unité de soins intensifs de pneumologie)
- 5 E.H.P.A.D. du territoire : convention de recours
- Clinique MEDIPOLE GARONNE : organisation du transfert des patients du service de chirurgie orthopédique vers le service de Rééducation Fonctionnelle de la clinique MONIE et accès au plateau technique de MEDIPOLE.
- Clinique PASTEUR (réanimation, USIC, médecine)
- Clinique néphrologique Saint-Exupéry (médecine)
- SSIAD

Participation aux réseaux de soins :

- Réseau Soins Palliatifs de la Haute-Garonne, RELIENCE, en qualité d'établissement disposant de lits identifiés (en cours de regroupement avec le réseau de gériatrie Gérontopastel)
- Réseau gérontologique GERONTOPASTEL
- Réseau DIAMIP (2000) : Réseau Midi-Pyrénées de prise en charge du diabète en qualité de site participant à la prise en charge diabétologique

Remarque :

Projet d'avenant à la convention avec le CHU de Toulouse, pôle gériatrie/gérontologie (lits d'aval et partage de compétences médicales) et pôle neurosciences (lits d'aval SSR neuro-vasculaire)

Regroupement / Fusion :

Le 31 décembre 2007, regroupement/fusion entre la Clinique MONIE et la Maison de convalescence Le Château - regroupement juridique en février 2009

Arrêt ou fermeture d'activités :

Février 2009 : transformation de 71 lits de SSR en lits de convalescence MPR

Février 2009 : création de l'HDJ secteur MPR - 5 places

Février 2009 : création du plateau MPR

2010 : autorisation SSR locomoteur - SSR maladie du système nerveux - SSR personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance.

Réorganisation de l'offre de soins

Créations d'activités nouvelles ou reconversions :

- juillet 2007 : dispositif de 9 lits identifiés soins palliatifs
- Février 2009 : création de 71 lits d'hospitalisation complète en MPR (médecine physique et de réadaptation) - création du plateau technique de MPR - création de la rééducation fonctionnelle à temps partiel - Prise en charge des affections locomotrices neuro-vasculaires
- Juin 2010 : dépôt dossier - demande d'autorisation d'activité de SSR polyvalent.

2. DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Niveau de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport issus de la visite sur site, la Haute Autorité de Santé prononce la certification.

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Compte tenu des informations issues des contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement, inscrites dans le volet « Sécurité Sanitaire » de la fiche interface HAS/ARS, l'ensemble des contrôles et inspections a été réalisé. L'établissement est organisé et déploie des actions pour répondre aux recommandations et avis issus de ces contrôles et inspections.

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

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

4. Critères investigués lors de la visite de certification

La visite de certification s'est déroulée du 24 au 28 janvier 2011.

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

MANAGEMENT STRATEGIQUE

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

MANAGEMENT DES RESSOURCES

3c, 6c, 6d, 7c, 7e

MANAGEMENT DE LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS

8b, 8c, 8f, 8g, 8h, 9a

DROITS ET PLACE DES PATIENTS

10b-MCO, 10c-MCO, 11b-SSR, 12a-MCO, 12a-SSR, 13a-MCO, 13a-SSR

GESTION DES DONNEES DU PATIENT

14a-MCO, 14a-SSR, 14b-MCO, 14b-SSR, 15a-MCO, 15a-SSR

PARCOURS DU PATIENT

17a-SSR, 19a-les personnes démunies, 19b-MCO, 19b-SSR, 19c-MCO, 19c-SSR, 20a-MCO, 20a-SSR, 23a-SSR, 24a-MCO, 24a-SSR

PRISES EN CHARGE SPECIFIQUE

26b-endoscopie

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

28a, 28b, 28c

5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de Santé encourage l'établissement à poursuivre sa démarche qualité.

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. Ce score est ensuite comparé à la moyenne du score obtenu par les établissements de sa catégorie. 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 (1f)
- Fonction « gestion des risques » (8b),
- Gestion des événements indésirables (8f),
- Maîtrise du risque infectieux (8g),
- Système de gestion des plaintes et réclamations (9a),
- Prise en charge de la douleur (12a),
- Prise en charge et droits des patients en fin de vie (13a),
- Gestion du dossier patient (14a),
- Accès du patient à son dossier (14b),
- Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge (15a),
- Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient (20a),
- Prise en charge des urgences et des soins non programmés (25a),
- Organisation du bloc opératoire (26a),

Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement. Ce score est ensuite comparé à la moyenne du score obtenu par les établissements de sa catégorie.

Critères sélectionnés par les représentants des usagers

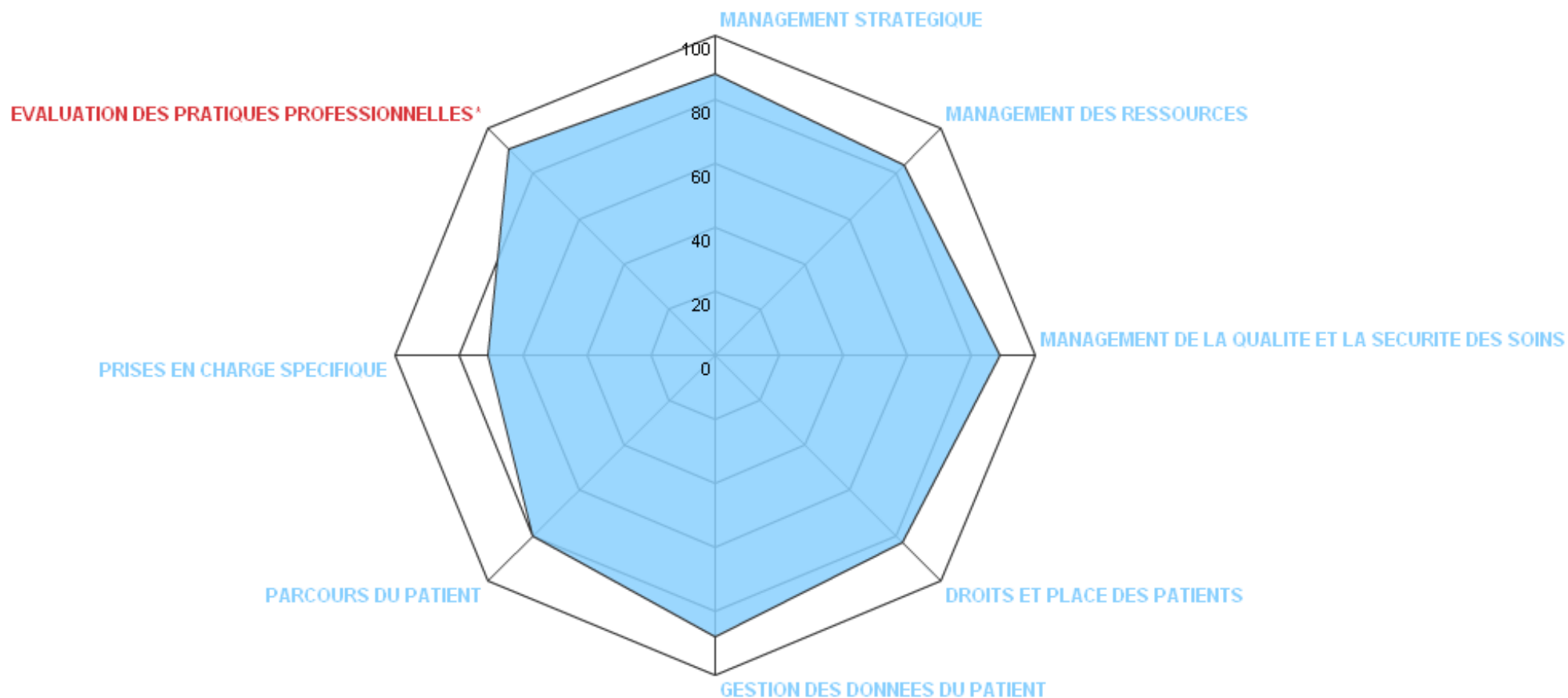
Le troisième graphique présente, sous forme d'histogramme, les scores obtenus sur des critères sélectionnés par les représentants des associations d'usagers comme répondant à des attentes prioritaires en matière de prise en charge du patient :

- 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),

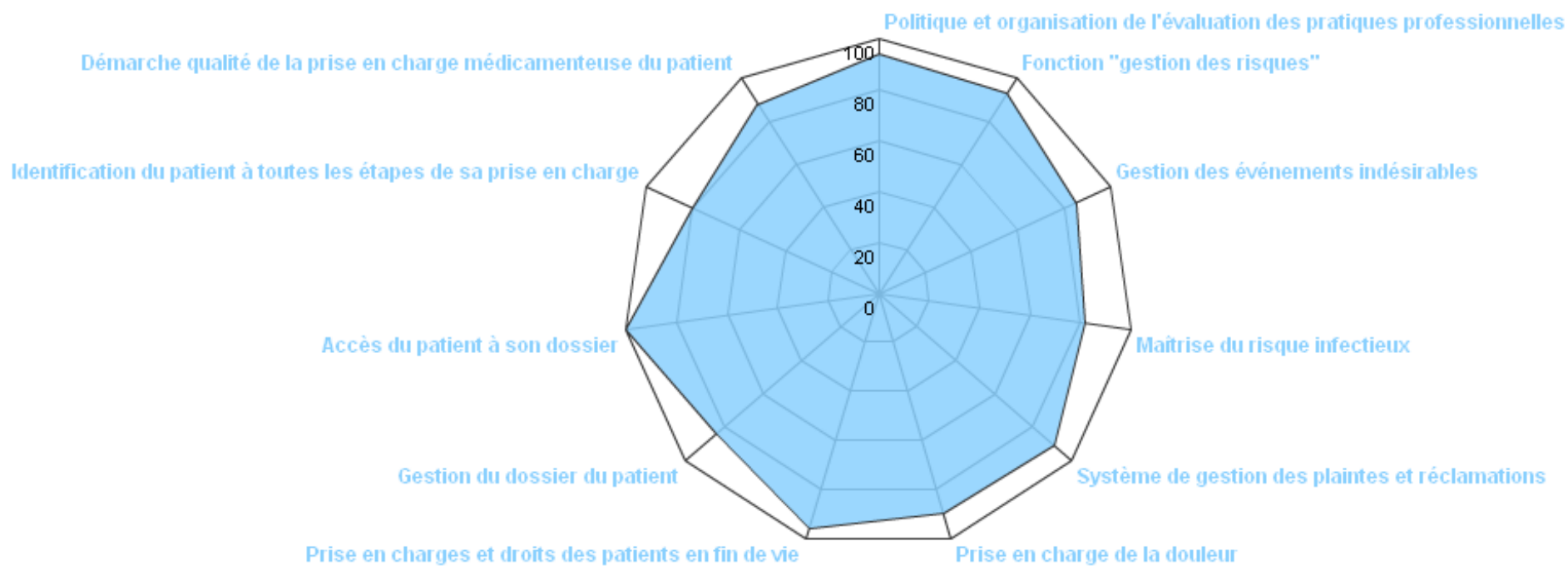
Lorsque l'établissement comprend plusieurs types de prise en charge, le graphique présente le résultat obtenu pour chacun de ces critères et pour chacune des prises en charge.

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

*En rouge les points forts ($\geq 90\%$)

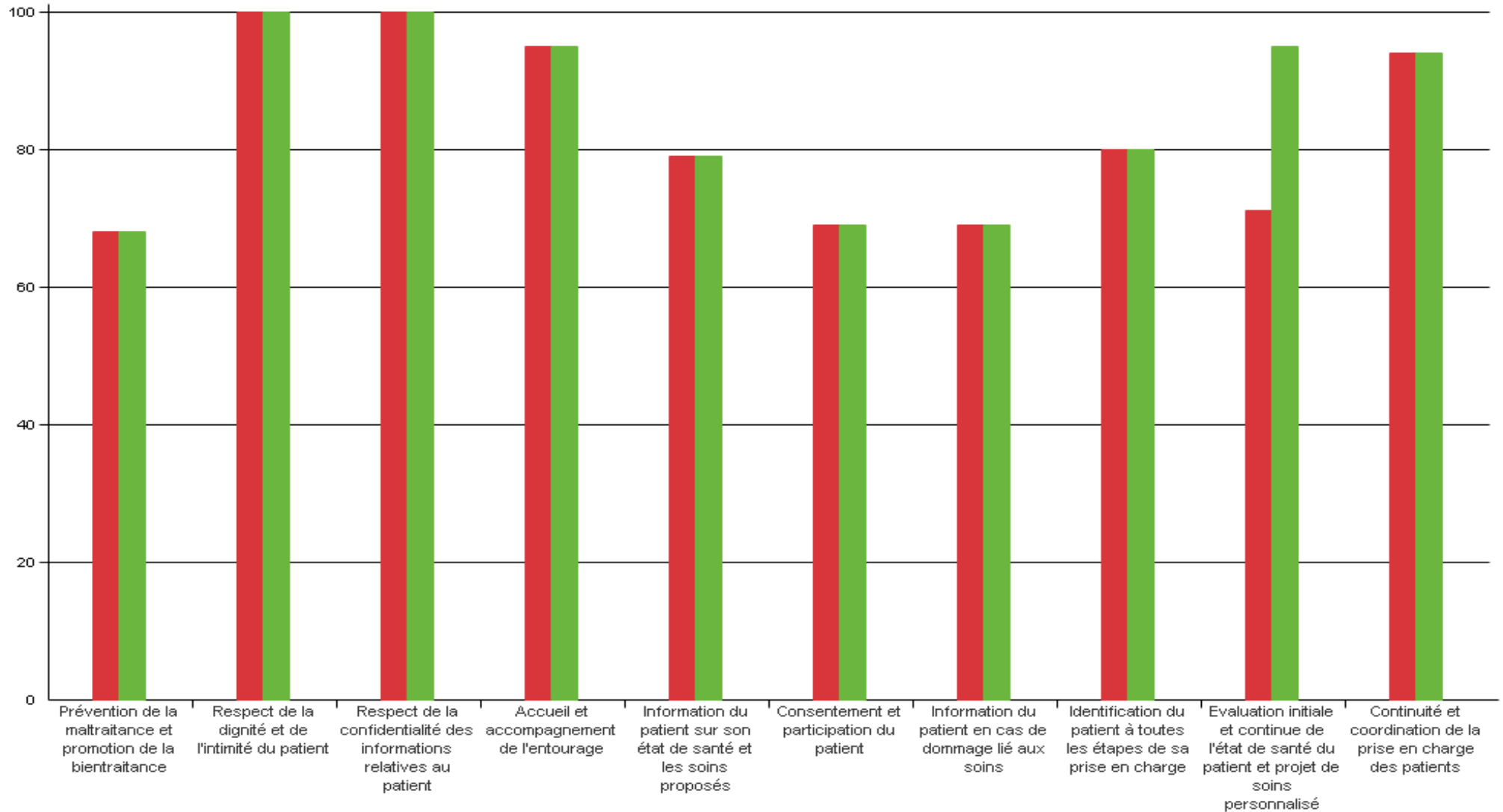


2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires



3. Regard Patient

MCO SSR



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

APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS

Niveau et libellé de la décision V2/V2007	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires
<p>Recommandation :</p> <p>Assurer systématiquement l'information donnée au patient sur son état de santé (34 d)</p>	<p>OUI</p>	<p>Une procédure « informations données aux patients » est en place depuis janvier 2010 ; elle décline la liste des situations et des éléments devant amener à une information orale avec traçabilité écrite dans le dossier du patient, l'information du patient en cas de dommage lié aux soins, les modalités d'information du patient en cas d'aggravation de l'état de santé, et la liste des associations d'aide aux malades.</p> <p>La personne responsable de tracer l'accord et le refus est nommément désignée.</p> <p>Un passeport contre la douleur est en place.</p> <p>Des enquêtes de satisfaction du patient ont été effectuées, elles analysent le thème information - consentement - accès à l'information :</p> <p>résultats 2008 de 50 %, 2009 : 90 % de satisfaction.</p> <p>L'évaluation du dossier transfusionnel fait état de la présence de la lettre d'information pré-transfusion dans 96,4 % des cas et de la présence de la lettre d'information post-transfusion dans 100 % des cas.</p>

Niveau et libellé de la décision V2/V2007	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires
Recommandation : Assurer la suppression des transcriptions des prescriptions en SSR (36 c)	OUI	L'Informatisation du dossier patient de l'ensemble des secteurs a permis d'assurer la suppression des transcriptions des prescriptions (juin 2007).

Niveau et libellé de la décision V2/V2007	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires
<p>Recommandation :</p> <p>Organiser l'éducation thérapeutique pour le patient (40 a, b, c)</p>	<p>OUI</p>	<p>L'établissement conduisait des démarches relevant plus de l'information du patient que de l'éducation thérapeutique stricto sensu.</p> <p>Cette information portait sur différentes pathologies ou situations médicales (rééducation post-prothèse de hanche, traitement anticoagulant), faisait intervenir le médecin et l'infirmière, et s'appuyant sur des documents remis aux patients.</p> <p>Après réception du rapport V2 HAS, l'établissement a souhaité développer un véritable programme d'éducation thérapeutique pour le patient.</p> <p>Cette volonté a été validée par les instances, et une démarche a été mise en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recherche d'un conseil pour élaboration méthodologie ; - Formation programme sur plusieurs journées (9,5), concernant plusieurs catégories de personnel (médecins, IDE, AS, diététicienne, pharmacien, cadre) ; - Choix des thématiques : « Vous et vos AVK », « Bien vivre avec son dos » ; - Mise en place par SSR avec périmètre prenant en compte les patients de médecine ; - Elaboration du programme et des outils avec formation des personnels à leur utilisation ; - Typologie des patients concernés définie ; - Critères d'évaluation et indicateurs définis ; - Démarche de parangonnage concernant une kinésithérapeute sur autre site (LILLE). <p>M. le Directeur Général de l'ARS Midi Pyrénées a délivré, le 18/02/2011, l'autorisation de mise en oeuvre des programmes d'éducation thérapeutique du patient pour deux thématiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Bien Vivre avec son dos » ; - « Vous et votre traitement AVK ».

Niveau et libellé de la décision V2/V2007	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires
		Le recrutement des patients pour ces deux programmes est finalisé.

Niveau et libellé de la décision V2/V2007	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires
<p>Recommandation :</p> <p>Poursuivre la clarification des objectifs qualité à atteindre pour en évaluer la réalisation (50a)</p>	<p>OUI</p>	<p>Réalisation de la mise en forme des objectifs avec indicateurs pour la V2010, et sur les 4 années à venir avec identification des personnes responsables.</p> <p>Cette mise en forme a permis de clarifier le programme qualité, et a facilité sa communication en interne.</p> <p>Par ailleurs, la responsable qualité a passé un DU Qualité en établissement de santé au CESEG de Montpellier en 2008/2009.</p>

5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT

PARTIE 1. MANAGEMENT STRATEGIQUE

Référence 1 : La stratégie de l'établissement

Critère 1a

Valeurs, missions et stratégie de l'établissement

COTATION

B

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.	En grande partie	
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.	Partiellement	

Référence 1 : La stratégie de l'établissement

Critère 1b

Engagement dans le développement durable

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Un diagnostic développement durable a été établi par l'établissement.	En grande partie	
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.	En grande partie	
Le personnel est sensibilisé au développement durable et informé des objectifs de l'établissement.	En grande partie	
L'établissement communique ses objectifs de développement durable aux acteurs sociaux, culturels et économiques locaux.	Partiellement	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le développement durable est pris en compte en cas d'opérations de construction ou de réhabilitation.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le programme pluriannuel fait l'objet d'un suivi et de réajustements réguliers.	Partiellement	

Référence 1 : La stratégie de l'établissement

Critère 1c Démarche éthique

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les professionnels ont accès à des ressources (structures de réflexion ou d'aide à la décision, internes ou externes à l'établissement, documentation, formations, etc.) en matière d'éthique.	En grande partie	
Les projets de l'établissement prennent en compte la dimension éthique de la prise en charge.	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.	En grande partie	

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

Un état des lieux des questions éthiques liées aux activités de l'établissement est réalisé.

En grande partie

Référence 1 : La stratégie de l'établissement

Critère 1d

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 aux 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.	Oui	

Référence 1 : La stratégie de l'établissement

Critère 1e

Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est intégrée dans les orientations stratégiques.	Oui	
L'instance délibérante statue au moins une fois par an sur cette politique.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est diffusée dans l'établissement.	Oui	
Des objectifs et des indicateurs, validés par la direction, sont déclinés à l'échelle de l'établissement et par secteur d'activité.	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.	Oui	

Référence 1 : La stratégie de l'établissement

Critère 1f

Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles



COTATION

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

CONSTATS

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

Oui

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

Une commission EPP pluriprofessionnelle (directeur, médecin, pharmacien, IDE, hygiéniste...) existe, elle définit une politique et des objectifs, avec l'élaboration d'un plan d'actions assorti des moyens nécessaires à sa mise en oeuvre. Il existe une charte de fonctionnement de la commission EPP.

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Une concertation entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie de l'EPP est en place.</p>	<p>Oui</p>	<p>Il existe une concertation entre les professionnels du soin et les gestionnaires quant à la stratégie de l'EPP mise en place. Cette concertation porte notamment sur les orientations prioritaires, l'intérêt pour les patients et l'établissement des démarches EPP à mettre en place et/ou à poursuivre.</p>
<p>Les missions et les responsabilités sont définies pour organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médicotechnique.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les missions et les responsabilités sont définies pour organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médico-technique. Elles portent sur l'organisation, la coordination, l'accompagnement et le suivi des démarches. Des outils de communication existent et contribuent au développement de l'EPP (site intranet, journal interne...).</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en oeuvre de l'EPP.</p>	<p>Oui</p>	<p>Un accompagnement des professionnels est en place. Sa nature et ses modalités sont adaptées aux besoins. Il peut être le fait d'organisme externe, cabinet conseil ou de professionnels de l'établissement (bureau qualité). La qualité de l'accompagnement est évaluée, et le résultat pris en compte notamment en ce qui concerne les prestataires extérieurs.</p>
<p>L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches EPP.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches EPP. L'analyse de l'état d'avancement et de l'impact est réalisée en commission EPP avec la collaboration des instances (CLIN, COMEDIMS, CME...).</p> <p>Un tableau de bord permet de suivre l'état d'avancement. Des indicateurs sont utilisés, certains trimestriels, d'autres annuels.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP, du degré d'avancement des différentes démarches, des résultats des audits et évaluations diverses réalisées, ainsi que des résultats obtenus au travers du site intranet. Sont accessibles les comptes-rendus des instances, les articles du journal interne « La Plume de Paon », les programmes et bilans des différents groupes de travail...</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant les instances dans un climat de transparence complet. Les instances sont destinataires des plans d'actions, démarches réalisées et en cours, de leur degré d'avancement, de leur résultat et des propositions qui en résultent.</p>
<p>La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie en fonction des résultats obtenus.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>La stratégie de développement de l'EPP actuellement en place est trop récente pour qu'une analyse argumentée et fiable soit possible. Au moment de la visite, il n'a pas été repéré par l'établissement d'élément factuel négatif nécessitant de revoir la stratégie de développement de l'EPP.</p>

Référence 1 : La stratégie de l'établissement

Critère 1g

Développement d'une culture qualité et sécurité

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement a défini une stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les professionnels sont périodiquement informés sur la mise en oeuvre et l'évolution de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	Oui	
Des activités sont organisées au cours desquelles les thèmes qualité et sécurité sont abordés (réunions, forum, séminaires, journées dédiées, actions de sensibilisation des patients, etc.).	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La direction suit le développement de la culture qualité et sécurité dans l'établissement.	Oui	

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

Critère 2a

Direction et encadrement des secteurs d'activité

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les organigrammes de l'établissement et des différents secteurs d'activités sont définis.	Oui	
Les circuits de décision et de délégation sont définis.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les organigrammes et l'information relative aux circuits de décision et de délégation sont diffusés auprès des professionnels.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les organigrammes et les circuits de décision et de délégation sont révisés à périodicité définie.	Oui	

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

Critère 2b

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.	Partiellement	
Un dispositif de recueil des attentes des usagers est organisé.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les représentants d'usagers participent à l'élaboration et la mise en oeuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins, notamment dans le cadre de la CRU.	En grande partie	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'intervention des associations dans les secteurs d'activité est facilitée.	Oui	
Les attentes des usagers sont prises en compte lors de l'élaboration des projets de secteurs d'activité ou d'établissement.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif de participation des usagers est évalué et amélioré.	Partiellement	

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

Critère 2c

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 leur compétence.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les ordres du jour et procès-verbaux des instances sont communiqués au sein de l'établissement.	Oui	
Les instances sont informées des suites données à leurs avis et décisions.	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 2d

Dialogue social et implication des personnels

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La concertation avec les partenaires sociaux est organisée.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions favorisant l'implication et l'expression des personnels sont mises en oeuvre au sein des secteurs d'activité.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dialogue social est évalué à périodicité définie.	En grande partie	

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

Critère 2e

Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement



COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les tableaux de bord comprennent des indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés à la conduite du projet d'établissement.	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	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La stratégie de l'établissement est ajustée en fonction du suivi.	En grande partie	
L'établissement analyse et compare ses résultats à ceux d'autres structures similaires (comparaison externe et interne).	Partiellement	

PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

Référence 3 : La gestion des ressources humaines

Critère 3a

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 risque ou innovantes sont identifiées.	Oui	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des dispositions sont mises en oeuvre pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents.	Oui	
L'évaluation périodique du personnel est mise en oeuvre.	En grande partie	
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.	Oui	
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.	Oui	

Référence 3 : La gestion des ressources humaines

Critère 3b

Intégration des nouveaux arrivants

COTATION

B

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

Référence 3 : La gestion des ressources humaines

Critère 3c

Santé et sécurité au travail

Le CHSCT est obligatoire dans tous les établissements publics et privés d'au moins 50 salariés. En dessous de 50 salariés, les missions du CHSCT sont assurées par les délégués du personnel.

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les risques professionnels sont identifiés à périodicité définie.	En grande partie	
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	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
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.	En grande partie	
Ces évaluations donnent lieu à des actions d'amélioration.	Oui	

Référence 3 : La gestion des ressources humaines

Critère 3d

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 des personnels est évaluée.	Oui	

Référence 4 : La gestion des ressources financières

Critère 4a

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.

En grande partie

Référence 4 : La gestion des ressources financières

Critère 4b

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.	Partiellement	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement conduit des études et/ou des audits sur ses principaux processus de production.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les résultats des études et/ou des audits donnent lieu à la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	En grande partie	

Référence 5 : Le système d'information

Critère 5a

Systeme d'information

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Un schéma directeur du système d'information est défini en cohérence avec les orientations stratégiques et en prenant en compte les besoins des utilisateurs.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le système d'information facilite l'accès en temps utile à des informations valides.	Oui	
Le système d'information aide les professionnels dans leur processus de décision.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le système d'information est évalué et fait l'objet d'actions d'amélioration.	En grande partie	E

Référence 5 : Le système d'information

Critère 5b

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.).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Il existe un plan de reprise permettant d'assurer la continuité des activités en cas de panne.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif de sécurité du système d'information est évalué et fait l'objet d'actions d'amélioration.	En grande partie	

Référence 5 : Le système d'information

Critère 5c

Gestion documentaire

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Un dispositif de gestion documentaire est en place.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif est connu par les professionnels.	Oui	
Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent.	Oui	
Le système de mise à jour des documents est opérationnel.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif est évalué et fait l'objet d'actions d'amélioration.	Oui	

Référence 6 : La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6a

Sécurité des biens et des personnes

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les situations mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes sont identifiées.	Oui	
Les responsabilités en matière de sécurité des biens et des personnes sont définies.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les situations identifiées font l'objet de dispositifs adaptés de sécurité (installations, équipements, consignes, sensibilisation et formation).	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le niveau de sécurité des biens et des personnes est évalué et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	

Référence 6 : La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6b

Gestion des infrastructures et des équipements (hors dispositifs médicaux)

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La maintenance curative des équipements et des infrastructures est organisée.	Oui	
L'établissement dispose d'un programme de maintenance.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les opérations de maintenance (curatives et préventives) assurées en interne et par des sociétés extérieures sont tracées et permettent un suivi des opérations.	Oui	
Le dépannage d'urgence des équipements et des infrastructures est opérationnel.	Oui	

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

Le programme de maintenance est évalué et révisé à périodicité définie.

Partiellement

Référence 6 : La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6c

Qualité de la restauration

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Il existe une organisation permettant dès l'admission du patient, de recueillir ses préférences alimentaires.	Oui	
Les attentes des professionnels en matière de restauration sont recueillies.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les préférences des patients sont prises en compte.	Oui	
Des solutions de restauration sont proposées aux accompagnants.	Oui	

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

Référence 6 : La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6d Gestion du linge

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Le circuit du linge est défini.	Oui	
Les besoins par secteur sont quantifiés et incluent les demandes en urgence.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La gestion du linge assure le respect des règles d'hygiène.	Oui	
Les approvisionnements correspondent aux besoins des secteurs.	Oui	
Des contrôles bactériologiques et visuels du linge sont réalisés.	Oui	

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

Référence 6 : La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6e

Fonction transport des patients

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La fonction transport des patients est organisée.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les transports respectent les exigences d'hygiène et de sécurité.	En grande partie	
Les transports sont réalisés dans le respect de la dignité, de la confidentialité et du confort du patient	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La satisfaction et les délais d'attente sont évalués à périodicité définie et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	

Référence 6 : La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6f

Achats écoresponsables et approvisionnements

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les besoins des secteurs d'activité sont évalués sur le plan quantitatif et qualitatif en associant les utilisateurs	Oui	
La politique d'achat et de relations avec les fournisseurs prend en compte les principes applicables à un achat écoresponsable.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les secteurs d'activité utilisateurs sont approvisionnés à périodicité définie et en cas d'urgence.	Oui	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement initie une démarche d'achat écoresponsable pour certains produits et/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 7 : La qualité et la sécurité de l'environnement

Critère 7a

Gestion de l'eau

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 et/ou le CLIN (ou équivalents).	Oui	
La nature des effluents et les risques qu'ils génèrent sont identifiés.	Partiellement	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Un plan de maintenance préventif et curatif des installations élaboré avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents) est mis en oeuvre.	Oui	
Des contrôles périodiques de l'eau sont menés en lien avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents) et tracés.	Oui	
Un suivi des postes de consommation d'eau est assuré.	Oui	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Un suivi des différents types de rejets est assuré.	Non	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

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

Critère 7b

Gestion de l'air

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.	NA	
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 et/ou le CLIN (ou équivalents) et le CHSCT sont mis en oeuvre.	En grande partie	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
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.	Partiellement	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	

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

Critère 7c

Gestion de l'énergie

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Un diagnostic énergétique est réalisé.	Oui	
Une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie est définie.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Un plan de maintenance des installations est mis en oeuvre.	Oui	
Un programme d'actions hiérarchisé de maîtrise de l'énergie est mis en oeuvre.	Partiellement	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Un suivi périodique est réalisé.	En grande partie	

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

Une réflexion sur l'utilisation des sources d'énergie renouvelable est engagée.

Oui

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

Critère 7d

Hygiène des locaux

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les actions à mettre en oeuvre pour assurer l'hygiène des locaux et leurs modalités de traçabilité sont définies avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents).	Oui	
En cas de sous-traitance, un cahier des charges définit les engagements sur la qualité des prestations	NA	
Les responsabilités sont identifiées et les missions sont définies.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions de sensibilisation et de formation périodiques sont menées.	Oui	
Les procédures en matière d'hygiène des locaux sont mises en oeuvre.	Oui	

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

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

Critère 7e

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.	En grande partie	
Des actions de sensibilisation et/ou de formation des professionnels sont organisées.	Oui	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des mesures de protection du personnel sont mises en application pour la collecte et l'élimination des déchets.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les dysfonctionnements en matière d'élimination des déchets sont identifiés et analysés.	Oui	
Des actions d'évaluation et d'amélioration relatives à la gestion des déchets sont conduites .	Oui	
L'établissement a identifié les filières locales de valorisation possible des déchets.	Partiellement	

PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS

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

Critère 8a

Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Un programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins est formalisé.	Oui	
Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements et les risques majeurs et récurrents.	Oui	
Les activités réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins sont prises en compte.	Partiellement	
Le programme est soumis aux instances.	Oui	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins sont mis en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	Oui	
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	En grande partie	
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	En grande partie	

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



Critère 8b

Fonction "gestion des risques"

COTATION

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

CONSTATS

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

Oui

La responsable qualité est aussi gestionnaire des risques. Elle est placée sous la responsabilité directe du directeur. Sa fiche de fonction est établie. La charge « gestion des risques » représente environ 40 % de son temps de travail.

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

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

Oui

La gestionnaire des risques a été formée à la méthodologie de gestion des risques durant son DU Qualité en 2008/2009. Une équipe de personnes ressources apporte ses compétences à la gestionnaire des risques ; leurs missions sont définies dans leurs fiches de fonction respectives :

- IDE hygiéniste (6 h par semaine) ;
- IDE référentes formées à l'audit ;
- équipe d'hygiène ;
- membres du CHSCT formés à l'analyse et aux enquêtes

post-accidents de travail.

Il existe un programme de gestion des risques ; la gestionnaire des risques coordonne l'ensemble des vigilances.

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

Les conditions d'exercice de la fonction gestion des risques sont évaluées.

En grande partie

L'évaluation de la fonction « gestion des risques » est réalisée à travers un bilan annuel, lequel fait essentiellement apparaître des nombres de réunions et des taux de participation. La périodicité de l'évaluation n'est pas définie. Un plan d'actions est établi.

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

Critère 8c

Obligations légales et réglementaires

COTATION

A

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 suite aux contrôles internes et externes. Ce plan prend en compte la parution de nouvelles exigences réglementaires.	Oui	
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.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La direction assure un suivi du traitement des non-conformités.	Oui	

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

Critère 8d

Evaluation des risques a 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 risque sont mises en place.	En grande partie	
Les professionnels concernés sont formés à l'analyse des risques a priori.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Un suivi de la mise en oeuvre de ces actions est réalisé à périodicité définie.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'analyse de leur efficacité est réalisée.	Oui	

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

Critère 8e Gestion de crise

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les situations de crise sont identifiées.	Oui	
Une organisation destinée à faire face aux situations de crise est mise en place et diffusée à l'ensemble des professionnels concernés.	Oui	
Les plans d'urgence sont établis.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Une cellule de crise est opérationnelle.	Oui	
Les procédures d'alerte pour les situations de crise et les plans d'urgence sont opérationnelles.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'appropriation des procédures est évaluée suite à la réalisation d'exercices de gestion de crise ou par d'autres moyens adaptés.	En grande partie	
Il existe un système de retour d'expérience suite à ces exercices.	Partiellement	

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

Critère 8f

Gestion des événements indésirables



COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Une organisation est en place pour assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.	En grande partie	L'établissement a rédigé une procédure de signalement, de traitement et d'analyse des événements indésirables. La notion de gravité est précisée, mais pas la notion de fréquence. Le support de signalement des événements indésirables est informatisé et accessible à tous les professionnels.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.	Oui	L'ensemble des professionnels ont été formés à l'utilisation du logiciel de déclaration, et il existe un guide d'utilisation.
Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	Oui	La responsable qualité gestionnaire des risques et le RSSI sont formés au processus de hiérarchisation et à l'analyse des causes.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.	En grande partie	Il existe une fiche d'analyse des événements indésirables graves, laquelle précise la démarche à suivre pour réaliser cette analyse. Une personne formée à cette méthode est toujours présente lors de l'analyse des causes. Le processus de hiérarchisation n'est pas abouti.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions correctives sont mises en oeuvre suite aux analyses.	Oui	L'analyse des fiches est réalisée par le RSSI et la RAQ, puis retransmise aux professionnels concernés par l'intermédiaire du logiciel de gestion documentaire. Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre, et leur suivi assuré lors des comités de direction.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	En grande partie	Les événements récurrents sont identifiés, leurs causes profondes sont identifiées. Des actions correctives sont mises en oeuvre, mais ne sont pas toujours tracées.
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	En grande partie	Il existe un suivi annuel des événements indésirables avec des actions correctrices, mais leur efficacité n'est pas toujours mesurée.

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

Critère 8g

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

B

Score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales

Classe associée à la valeur du score agrégé

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

B

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

Critère 8h

Bon usage des antibiotiques

Ce critère est applicable uniquement aux établissements concernés par l'indicateur ICATB.



Les établissements non concernés par cet indicateur sont les établissements d'hospitalisation à domicile, d'hémodialyse, ambulatoires, les centres de postcure alcoolique exclusifs et les maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé (MECSS).

COTATION

A

Indicateur ICATB du tableau de bord des infections nosocomiales	Classe associée à la valeur du score agrégé	
Score à disposition de l'établissement au moment de la visite.	A	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e heure et la 72e heure est inscrite dans le dossier du patient.	En grande partie	

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

Critère 8i

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 des risques

Critère 8j

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.	Oui	

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

Critère 8k

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.	Oui	
Une procédure (équipement de secours, solution dégradée ou dépannage d'urgence) permettant de répondre à une panne d'un équipement biomédical critique est formalisée et est opérationnelle.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le système de gestion des équipements biomédicaux est mis en oeuvre sous la responsabilité d'un professionnel identifié.	Oui	
La maintenance des équipements biomédicaux critiques est assurée et les actions sont tracées.	Oui	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les professionnels disposent des documents nécessaires à l'exploitation des équipements biomédicaux.	Partiellement	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La gestion des équipements biomédicaux est évaluée et donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	

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



Critère 9a

Système de gestion des plaintes et réclamations

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La gestion des plaintes et réclamations est organisée (CRU en place, procédure formalisée, responsabilités définies).	Oui	Il existe une procédure de gestion des plaintes et réclamations formalisée, et une CRU efficiente avec un règlement intérieur, une liste de membres identifiés dont la fonction est explicitement définie. La CRU rédige des comptes-rendus de réunions, et établit un bilan global suite à la réunion plénière annuelle.
Le système de gestion des plaintes et réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.	En grande partie	Le dispositif de signalement des événements indésirables vient incrémenter le système de gestion des plaintes. C'est le comité de direction qui analyse mensuellement les plaintes, et non la CRU qui n'intervient que lors de la réunion plénière annuelle. Le journal « La Plume de Paon » sert de support d'informations pour les professionnels.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.</p>	<p>Oui</p>	<p>En cas de plainte, une enquête interne permet d'associer les professionnels. La direction apporte des réponses par courrier ou sous forme d'entretien, et, le cas échéant, des actions correctrices sont mises en oeuvre.</p>
<p>Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le directeur répond systématiquement à tous les courriers de plainte, apportant des réponses adaptées. Le rapport de la CRU fait état des délais de réponses.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et 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.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le rapport de la CRU répertorie les différents types de plaintes et réclamations, les répartissant par prise en charge. Il existe une analyse des plaintes et réclamations ; des plans d'action sont mis en place. Cependant, les délais de réponse ne sont pas analysés.</p>

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

Critère 9b

Evaluation de la satisfaction des usagers

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Une stratégie d'évaluation de la satisfaction des usagers est définie en lien avec la CRU.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La satisfaction des usagers est évaluée selon une méthodologie validée.	Oui	
Les secteurs d'activité et les instances, dont la CRU, sont informés des résultats des évaluations de la satisfaction.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre au niveau des secteurs d'activité et font l'objet d'un suivi.	Oui	
La politique d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins est revue à partir des résultats de l'évaluation.	Oui	

CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT

PARTIE 1. DROIT ET PLACE DES PATIENTS

Référence 10 : La bientraitance et les droits

Critère 10a-MCO

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.	Oui	
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	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
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.	Partiellement	
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 10a-SSR

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.	Oui	
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	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
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.	Partiellement	
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 bienveillance et les droits

Critère 10b-MCO

Respect de la dignité et de l'intimité du patient

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les projets de l'établissement (projets des secteurs d'activité, projets architecturaux) intègrent les dimensions de respect de la dignité et de respect de l'intimité du patient.	Oui	
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.	Oui	
Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	Oui	

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.

Oui

Référence 10 : La bienveillance et les droits

Critère 10b-SSR

Respect de la dignité et de l'intimité du patient

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les projets de l'établissement (projets des secteurs d'activité, projets architecturaux) intègrent les dimensions de respect de la dignité et de respect de l'intimité du patient.	Oui	
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.	Oui	
Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	Oui	

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.

Oui

Référence 10 : La bientraitance et les droits

Critère 10c-MCO

Respect de la confidentialité des informations relatives au patient

COTATION

A

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.	Oui	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement évalue le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	Oui	
Des actions d'amélioration en matière de respect de la confidentialité des informations relatives au patient sont menées.	Oui	

Référence 10 : La bienveillance et les droits

Critère 10c-SSR

Respect de la confidentialité des informations relatives au patient

COTATION

A

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.	Oui	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement évalue le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	Oui	
Des actions d'amélioration en matière de respect de la confidentialité des informations relatives au patient sont menées.	Oui	

Référence 10 : La bienveillance et les droits

Critère 10d-MCO

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.	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

Référence 10 : La bienveillance et les droits

Critère 10d-SSR

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.	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

Référence 10 : La bienveillance et les droits

Critère 10e-MCO

Gestion des mesures de restriction de liberté

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les projets médicaux, et/ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier de la liberté d'aller et venir (isolement et contention mais aussi limitation de contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.)	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les restrictions de liberté font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante intégrant la réflexion bénéfice-risque et la recherche du consentement du patient.	En grande partie	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
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 restriction de liberté est évalué à périodicité définie, en lien avec les structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRU, CME, CSIRMT, etc.).	Partiellement	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Partiellement	

Référence 10 : La bienveillance et les droits

Critère 10e-SSR

Gestion des mesures de restriction de liberté

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les projets médicaux, et/ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier de la liberté d'aller et venir (isolement et contention mais aussi limitation de contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.)	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les restrictions de liberté font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante intégrant la réflexion bénéfice-risque et la recherche du consentement du patient.	En grande partie	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
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 restriction de liberté est évalué à périodicité définie, en lien avec les structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRU, CME, CSIRMT, etc.).	Partiellement	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Partiellement	

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

Critère 11a-MCO

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

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, d'aggravation de l'état de santé et en fonction du type d'hospitalisation (HDT, HO, injonction thérapeutique, etc.).	En grande partie	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'accès à des ressources d'information 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 11a-SSR

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

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, d'aggravation de l'état de santé et en fonction du type d'hospitalisation (HDT, HO, injonction thérapeutique, etc.).	En grande partie	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'accès à des ressources d'information 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 11b-MCO

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 soin.	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	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des interventions visant la recherche d'adhésion du patient au projet de soin proposé sont réalisées dans les cas d'hospitalisation sans consentement, d'injonction thérapeutique ou de refus de soin.	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.	Partiellement	

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

Critère 11b-SSR

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 soin.	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	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des interventions visant la recherche d'adhésion du patient au projet de soin proposé sont réalisées dans les cas d'hospitalisation sans consentement, d'injonction thérapeutique ou de refus de soin.	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.	Partiellement	

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

Critère 11c-MCO

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 dommage lié aux soins, est définie.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins, sont menées.	En grande partie	
Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est évaluée et améliorée.	Partiellement	

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

Critère 11c-SSR

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 dommage lié aux soins, est définie.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins, sont menées.	En grande partie	
Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est évaluée et améliorée.	Partiellement	

Référence 12 : La prise en charge de la douleur

Critère 12a-MCO

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

La stratégie de prise en charge de la douleur est clairement décrite dans le projet médical, déclinée dans les différents secteurs. Le CLUD est structuré : missions, fonctionnement, responsabilités. Des référents douleur formés assurent la cohérence du système : médecin et infirmière coordinatrice douleur présents sur l'ensemble des secteurs et sur le plateau technique.

E1 Prévoir**Réponses aux EA****CONSTATS**

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

Oui

Des protocoles de prise en charge de la douleur ont été définis par les professionnels et validés par le CLUD ; ils sont disponibles via la banque de données informatique de l'établissement :

- prévention des douleurs induites par les soins ;
- MEOPA
- EMLA
- équipe analgésie
- PEC de la douleur MPR
- utilisation des morphiniques
- utilisation des antalgiques selon les trois paliers OMS
- traitement par Fentanyl transdermique.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Des formations/actions sont régulièrement menées en interne, animées par des intervenants externes ou par les référents internes (infirmière et médecin). Le plan de formation 2011 prévoit une formation sur le MEOPA, sur l'évaluation de la douleur, sur les douleurs induites par les soins. La formation des nouveaux arrivants intègre la prise en charge de la douleur. Des formations ont plus particulièrement ciblé les kinésithérapeutes, une référente douleur kiné est identifiée.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Oui	Un passeport douleur créé pour les patients est en place dans tous les secteurs. L'éducation du patient est réalisée par les différents professionnels au décours de la prise en charge, en s'adaptant de façon personnalisée aux capacités des patients.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Partiellement	Compte tenu de la classe de l'établissement pour l'indicateur « prise en charge de la douleur ».

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le soulagement des douleurs signalées et prises en charge est tracé dans les observations médicales et sur la fiche « suivi douleur » ; elle n'est pas consignée dans la transmission ciblée sous forme de résultat ou fermeture de cible.</p> <p>Pendant la visite, les EV ont observé une évaluation non systématique du résultat après prise d'antalgique (questionnement oral pour savoir si la personne était soulagée, et traçabilité).</p>
<p>Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des échelles DOLOPLUS et ALGOPLUS sont en place dans les secteurs ; les professionnels ont été formés à leur utilisation et les utilisent.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des audits de connaissance de la prise en charge de la douleur sont réalisés périodiquement auprès des soignants (IDE- AS- KINE) ; les résultats sont utilisés pour réajuster les formations dispensées en interne. La pharmacienne vérifie la traçabilité de l'évaluation de la douleur lors de la consultation des prescriptions.</p> <p>La formation dispensée aux nouveaux soignants intègre cet item, et les professionnels sont évalués lors de l'entretien annuel.</p>
<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>	

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

Des actions d'amélioration sont mises en place.

Oui

Des actions d'amélioration ont été mises en place suite aux différentes évaluations :

- systématisation de la formation des KINE sur la traçabilité de l'évaluation : dernière formation en date juillet 2010 ;
- suivi trimestriel des indicateurs internes ;
- identification d'une KINE référente douleur en janvier 2009 ;
- mise en place du MEOPA, d'échelle pour patients non communicants, de PCA portables ;
- intensification des formations douleur en interne.

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

L'établissement participe à des partages d'expérience sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.

Oui

L'établissement travaille en partenariat étroit avec l'INTERCLUD Midi-Pyrénées et avec le CLU du CHU de Toulouse. Les professionnels référents, médecin et infirmière s'impliquent dans cette fédération, notamment dans le partage des outils. Des soirées thématiques sont organisées 1 fois par an, largement ouvertes aux professionnels libéraux du secteur. Ces soirées sont animées par des intervenants externes ou internes. Les derniers thèmes abordés ont été les morphiniques en 2010 et la douleur induite par les soins prévus en février 2011.

Les professionnels concernés partent régulièrement en congrès, et des échanges sont faits avec la clinique MEDIPOLE lors de formations.

Référence 12 : La prise en charge de la douleur

Critère 12a-SSR

Prise en charge de la douleur



COTATION

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

CONSTATS

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

Oui

La stratégie de prise en charge de la douleur est clairement décrite dans le projet médical, déclinée dans les différents secteurs. Le CLUD est structuré : missions, fonctionnement, responsabilités. Des référents douleurs formés assurent la cohérence du système : médecin et infirmière coordinatrice douleur présents sur l'ensemble des secteurs et sur le plateau technique.

E1 Prévoir**Réponses aux EA****CONSTATS**

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

Oui

Des protocoles de prise en charge de la douleur ont été définis par les professionnels et validés par le CLUD ; ils sont disponibles via la banque de données informatique de l'établissement :

- prévention des douleurs induites par les soins ;
- MEOPA ;
- EMLA ;
- équipe analgésie ;
- PEC de la douleur MPR ;
- utilisation des morphiniques.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Des formations/actions sont régulièrement menées en interne, animées par des intervenants externes ou par les référents internes (infirmière et médecin). Le plan de formation 2011 prévoit une formation sur le MEOPA, sur l'évaluation de la douleur, sur les douleurs induites par les soins. La formation des nouveaux arrivants intègre la prise en charge de la douleur. Des formations ont plus particulièrement ciblé les kinésithérapeutes, une référente douleur kiné est identifiée.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Oui	Un passeport douleur créé pour les patients est en place dans tous les secteurs. L'éducation du patient est réalisée par les différents professionnels au décours de la prise en charge, en s'adaptant de façon personnalisée aux capacités des patients. Ces formations sont plus particulièrement menées lors des gestes de rééducation : les kinés expliquent de façon systématique les gestes à faire après chaque séance et lors de la préparation à la sortie.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	Compte tenu de la classe de l'établissement pour l'indicateur « prise en charge de la douleur ».

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le soulagement des douleurs signalées et prises en charge est tracé dans les observations médicales et sur la fiche « suivi douleur » ; elle n'est pas consignée dans la transmission ciblée sous forme de résultat ou fermeture de cible. Pendant la visite, les EV ont observé une évaluation non systématique du résultat après prise d'antalgique (questionnement oral pour savoir si la personne était soulagée et traçabilité).</p>
<p>Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des échelles DOLOPLUS et ALGOPLUS sont en place dans les secteurs ; les professionnels ont été formés à leur utilisation et les utilisent.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.</p>	<p>Oui</p>	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<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 « traçabilité de la douleur » ; il a développé d'autres modalités d'évaluation : des audits cliniques ciblés sont réalisés ponctuellement sur différents thèmes, douleur et personne âgée, évaluation de la douleur ; des indicateurs internes sont suivis de façon trimestrielle sur la traçabilité de l'évaluation par les IDE et par les KINE : dernier résultat le 15 décembre 2010 : 100 % IDE- 65 % KINE. La satisfaction du patient concernant la prise en charge de sa douleur est évaluée par un item du questionnaire de sortie.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en place.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions d'amélioration ont été mises en place suite aux différentes évaluations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - systématisation de la formation des KINE sur la traçabilité de l'évaluation : dernière formation en juillet 2010 ; - suivi trimestriel des indicateurs internes ; - identification d'une KINE référente douleur en janvier 2009 ; - mise en place du MEOPA, d'échelle pour patients non communicants, de PCA portables ; - intensification des formations douleur en interne.

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

L'établissement participe à des partages d'expérience sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.

Oui

L'établissement travaille en partenariat étroit avec l'INTERCLUD Midi-Pyrénées et le CLU du CHU de Toulouse. Les professionnels référents, médecin et infirmière, s'impliquent dans cette fédération notamment dans le partage des outils. Des soirées thématiques sont organisées 1 fois par an, largement ouvertes aux professionnels libéraux du secteur. Ces soirées sont animées par des intervenants externes ou internes. Les derniers thèmes abordés ont été les morphiniques en 2010 et la douleur induite par les soins prévus en février 2011.

Des professionnels concernés partent régulièrement en congrès, et des échanges sont faits avec la clinique MEDIPOLE lors de formations.

Référence 13 : La fin de vie

Critère 13a-MCO

Prise en charges et droits des patients en fin de vie

Ce critère s'applique à tous les établissements accueillant des patients en fin de vie.



COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Une organisation permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie est en place.</p>	<p>Oui</p>	<p>La clinique a défini une organisation de la prise en charge de fin de vie dans le respect des dispositions règlementaires issues de la loi Léonnetti 2005. Cette organisation est déclinée dans le projet médical et dans le projet de soins. Des lits dédiés sont identifiés (9 en court séjour). Une équipe spécifique est identifiée : médecins, IDE, AS, psychologue, kinésithérapeute. Deux médecins, deux infirmières et la psychologue ont bénéficié d'une formation diplômante spécifique. Des formations sont menées en interne.</p> <p>Une convention de partenariat est passée avec le réseau RELIANCE : celui-ci intervient pour favoriser le retour à domicile des patients en fin de vie ; il intervient également au décours d'une prise en charge difficile, d'un problème éthique ou d'un transfert à l'USP de Toulouse. 4 professionnels de l'établissement sont détachés sur l'équipe mobile de ce réseau par convention de mise à disposition, en ce qui concerne la zone du Lauragais (1 assistante sociale, 1 médecin, 1 psychologue et le directeur des soins). Une convention avec l'Association Accompagnement Soutien Présence permet l'intervention de bénévoles formés...</p>

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.</p>	<p>Oui</p>	<p>Une procédure est en place depuis le 16/04/2009 ; elle précise les modalités du recueil de la volonté du patient relative au refus de soins, refus d'acharnement thérapeutique et directives anticipées. Ces informations sont tracées dans le dossier des patients, et font l'objet d'un échange interprofessionnel au cours des réunions hebdomadaires.</p>
<p>Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation et sur leur droit d'établir des directives anticipées.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les patients adultes et leur entourage sont informés de leur droit d'accepter ou de refuser des traitements, et d'établir des directives anticipées par le biais du livret d'accueil. Une plaquette spécifique aux secteurs de soins palliatifs est en cours d'élaboration.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La démarche palliative est mise en oeuvre dans les secteurs concernés par les situations de fin de vie.</p>	<p>Oui</p>	<p>La démarche palliative est en place dans les secteurs concernés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un projet personnalisé de soins est élaboré à l'entrée du patient, et évalué 1 fois par semaine lors des réunions pluriprofessionnelles hebdomadaires ; les observations sont tracées dans le dossier du patient ; - la psychologue du secteur accompagne les proches ; une pièce des familles est dédiée ; des bénévoles interviennent ; - un dispositif d'accompagnement des professionnels est en place sous la forme d'un groupe de parole animé par une psychologue externe toutes les 5 semaines.
<p>Les acteurs de soins concernés sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de la vie.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La majorité des professionnels ont été formés aux droits des patients en fin de vie : des formations diplômantes ont été réalisées pour 5 personnes ; l'ASP réalise des formations intra-muros tous les 2 ans pour l'ensemble des professionnels ; la formation continue reconduit ce thème tous les ans. La procédure « droits des patients en fin de vie » est diffusée dans les secteurs.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'établissement a établi une convention avec l'Association Santé Prévention qui forme et accompagne l'intervention de bénévoles. 4 bénévoles formés interviennent dans les secteurs ; ils sont présents aux réunions, tracent leurs remarques sur les transmissions ciblées et sur un cahier spécifique.
Une concertation au sein de l'équipe soignante dans les situations de fin de vie est mise en oeuvre.	Oui	Une réunion hebdomadaire pluridisciplinaire permet d'évaluer la prise en charge des patients en fin de vie. Les groupes de parole mis en place permettent également des échanges entre les professionnels dans un contexte différent.
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 et en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, Commission de soins, etc.).	Oui	Le dispositif d'évaluation est structuré : les référents sont nommés, l'évaluation de la prise en charge est hebdomadaire. La concertation est organisée avec la CME et la DSI. Un bilan annuel est réalisé avec les bénévoles. Une EPP « pertinence des admissions en fin de vie » a été réalisée.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les secteurs d'activité les plus concernés mettent en place une réflexion sur les situations d'obstination déraisonnable et la limitation ou l'arrêt de traitements à visée curative.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les réunions hebdomadaires et les groupes de parole permettent aux professionnels d'aborder les situations difficiles. Les décisions prises lors des réunions sont tracées dans les dossiers.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions d'amélioration ont été mises en oeuvre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la mise en place de PCA portatives avec la formation du personnel ; - l'intervention du président de la CME auprès des médecins prescripteurs dans le cadre de l'urgence, dans le cadre des sédations ; - changement d'animation des groupes de parole : une psychologue externe intervient désormais ; - salle spécifique mise à disposition pour les réunions hebdomadaires ; - aménagement horaire du poste de la référente IDE de secteur, lui permettant d'être présente tous les jours pour favoriser la continuité et la cohérence de la prise en charge.

Référence 13 : La fin de vie



Critère 13a-SSR

Prise en charges et droits des patients en fin de vie

Ce critère s'applique à tous les établissements accueillant 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	La clinique a défini une organisation de la prise en charge de fin de vie dans le respect des dispositions réglementaires issues de la loi Léonnetti 2005. Cette organisation est déclinée dans le projet médical et dans le projet de soins. Des lits dédiés sont identifiés (5 en moyen séjour). Une équipe spécifique est identifiée : médecins, IDE, AS, psychologue, kinésithérapeute... Des formations sont menées en interne.
Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	Oui	Une procédure est en place depuis le 16/04/2009 ; elle précise les modalités du recueil de la volonté du patient relative au refus de soins, refus d'acharnement thérapeutique et directives anticipées. Ces informations sont tracées dans le dossier des patients, et font l'objet d'un échange interprofessionnel au cours des réunions hebdomadaires.

E1 Prévoir**Réponses aux EA****CONSTATS**

Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation et sur leur droit d'établir des directives anticipées.

Oui

Les patients adultes et leur entourage sont informés de leur droit d'accepter ou de refuser des traitements, et d'établir des directives anticipées par le biais du livret d'accueil. Une plaquette spécifique aux secteurs de soins palliatifs est en cours d'élaboration.

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

La démarche palliative est mise en oeuvre dans les secteurs concernés par les situations de fin de vie.

Oui

La démarche palliative est en place dans les secteurs concernés :

- un projet personnalisé de soins est élaboré à l'entrée du patient et évalué 1 fois par semaine lors des réunions pluriprofessionnelles hebdomadaires ; les observations sont tracées dans le dossier du patient ;
- la psychologue du secteur accompagne les proches ; une pièce des familles est dédiée ; des bénévoles interviennent ;
- un dispositif d'accompagnement des professionnels est en place sous la forme d'un groupe de parole animé par une psychologue externe toutes les 5 semaines.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les acteurs de soins concernés sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de la vie.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La majorité des professionnels ont été formés aux droits des patients en fin de vie : des formations diplômantes ont été réalisées pour cinq personnes, dont certaines interviennent en transversal (psychologue, médecin) ; l'ASP réalise des formations intra-muros tous les 2 ans pour l'ensemble des professionnels ; la formation continue reconduit ce thème tous les ans. Le secteur SSR ouvert en 2009 n'a pas encore pu former tout le personnel ; ces formations sont planifiées. La procédure « droits des patients en fin de vie » est diffusée dans les secteurs.</p>
<p>L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement a établi une convention avec l'Association Santé Prévention qui forme et accompagne l'intervention de bénévoles. 4 bénévoles formés interviennent dans les secteurs ; ils sont présents aux réunions, tracent leurs remarques sur les transmissions ciblées et sur un cahier spécifique.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Une concertation au sein de l'équipe soignante dans les situations de fin de vie est mise en oeuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Une réunion hebdomadaire pluridisciplinaire permet d'évaluer la prise en charge des patients en fin de vie. Les groupes de parole mis en place permettent également des échanges entre les professionnels dans un contexte différent.</p>
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 et en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, Commission de soins, etc.).</p>	<p>Oui</p>	<p>Le dispositif d'évaluation est structuré : les référents sont nommés, l'évaluation de la prise en charge est hebdomadaire. La concertation est organisée avec la CME et la DSI. Un bilan annuel est réalisé avec les bénévoles. Une EPP « pertinence des admissions en fin de vie » a été réalisée.</p>
<p>Les secteurs d'activité les plus concernés mettent en place une réflexion sur les situations d'obstination déraisonnable et la limitation ou l'arrêt de traitements à visée curative.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les réunions hebdomadaires et les groupes de parole permettent aux professionnels d'aborder les situations difficiles. Les décisions prises lors des réunions sont tracées dans les dossiers.</p>

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

Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.

Oui

la mise en place de PCA portatives avec la formation du personnel ;
- l'intervention du président de la CME auprès des médecins prescripteurs dans le cadre de l'urgence, dans le cadre des sédations ;
- changement d'animation des groupes de parole : une psychologue externe intervient désormais ;
- salle spécifique mise à disposition pour les réunions hebdomadaires ;
- aménagement horaire du poste de la référente IDE de secteur, lui permettant d'être présente tous les jours, pour favoriser la continuité et la cohérence de la prise en charge.

PARTIE 2. GESTION DES DONNEES DU PATIENT

Référence 14 : Le dossier du patient

Critère 14a-MCO

Gestion du dossier du patient



COTATION

B

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 et diffusées : il existe une procédure relative à la constitution du dossier, son contenu, les modalités de sa tenue. Le guide du dossier patient est disponible en tout lieu et tout temps sur les postes informatiques, et un exemplaire papier est disponible dans chaque service.
Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, par les professionnels habilités sont formalisées et diffusées.	Oui	Les règles d'accès aux dossiers relatifs aux hospitalisations antérieures sont connues des personnels. Pour les dossiers antérieurs à 2007, l'accès se fait via les archives (dossier papier) ; pour les dossiers postérieurs à 2007, les utilisateurs ont à leur disposition un historique du dossier patient informatisé, et peuvent accéder via les archives à la version papier qui a été éditée au moment de la sortie du patient.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Compte tenu de la classe pour l'indicateur « tenue du dossier patient ».</p>
<p>La communication du dossier entre les professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes est assurée en temps utile.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le dossier est partagé entre les différents professionnels de l'établissement habilités à accéder aux données y figurant. En particulier, les praticiens du laboratoire de biologie médicale et de la radiologie accèdent pour ce qui les concerne aux données informatisées (la biologie médicale et la radiologie sont assurées par des cabinets libéraux). Pour ce qui est des examens ou consultations réalisés hors site, un courrier médical accompagne systématiquement toute demande.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.</p>	<p>Oui</p>	

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

Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.

Oui

Les résultats des différentes évaluations réalisées conduisent à la mise en place d'actions correctives et/ou d'améliorations qui portent sur les pratiques (campagnes de sensibilisation pour améliorer le suivi de la douleur, de l'état nutritionnel...), les outils (mise en place des versions successives informatiques 2007, 2008, 2010) et la structure du dossier médical (dossier anesthésie au vue des résultats de l'IPAQSS). L'établissement se place dans une démarche continue d'amélioration de la qualité de son dossier patient.

Référence 14 : Le dossier du patient

Critère 14a-SSR

Gestion du dossier du patient



COTATION

B

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 et diffusées : il existe une procédure relative à la constitution du dossier, son contenu, les modalités de sa tenue. Le guide du dossier patient est disponible en tout lieu et tout temps sur les postes informatiques, et un exemplaire papier est disponible dans chaque service.
Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, par les professionnels habilités sont formalisées et diffusées.	Oui	Les règles d'accès aux dossiers relatifs aux hospitalisations antérieures sont connues des personnels. Pour les dossiers antérieurs à 2007, l'accès se fait via les archives (dossier papier) ; pour les dossiers postérieurs à 2007, les utilisateurs ont à leur disposition un historique du dossier patient informatisé, et peuvent accéder via les archives à la version papier qui a été éditée au moment de la sortie du patient.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Compte tenu de la classe pour l'indicateur « tenue du dossier patient ».</p>
<p>La communication du dossier entre les professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes est assurée en temps utile.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le dossier est partagé entre les différents professionnels de l'établissement, habilités à accéder aux données y figurant. En particulier, les praticiens du laboratoire de biologie médicale et de la radiologie accèdent, pour ce qui les concerne, aux données informatisées (la biologie médicale et la radiologie sont assurées par des cabinets libéraux). Pour ce qui est des examens ou consultations réalisés hors site, un courrier médical accompagne systématiquement toute demande.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.</p>	<p>Oui</p>	

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

Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.

Oui

Les résultats des différentes évaluations réalisées conduisent à la mise en place d'actions correctives et/ou d'améliorations qui portent sur les pratiques (campagnes de sensibilisation pour améliorer le suivi de la douleur, de l'état nutritionnel...), les outils (mise en place des versions successives informatiques 2007, 2008, 2010) et la structure du dossier médical (dossier anesthésie au vue des résultats de l'IPAQSS).

L'établissement se place dans une démarche continue d'amélioration de la qualité de son dossier patient.

Référence 14 : Le dossier du patient

Critère 14b-MCO

Accès du patient à son dossier



COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'accès du patient à son dossier est organisé.	Oui	L'accès du patient à son dossier est organisé. La procédure « circuit du dossier patient » décrit les conditions d'accès du patient à son dossier en conformité avec les dispositions légales en vigueur.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.	Oui	Le patient est informé de son droit d'accès à son dossier. Cette information est médiée par le livret d'accueil remis à chaque patient et le site internet de l'établissement. Par ailleurs, la charte des droits de la personne hospitalisée fait l'objet d'un affichage dans les services de soins et halls d'accueil.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'accès du patient à son dossier est assuré dans des délais compatibles avec ses besoins.	Oui	L'accès du patient à son dossier est assuré dans des délais conformes à la réglementation. Le délai de communication du dossier au patient fait l'objet d'une évaluation annuelle dont le résultat est communiqué à la CRU.
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	L'évaluation des délais de transmission montre un respect des délais tels que requis par la réglementation en vigueur. Dès lors, il n'y a pas lieu de mettre en place des actions d'amélioration.
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 annuellement du nombre de demandes de transmission de dossier et des délais mis à les satisfaire.

Référence 14 : Le dossier du patient

Critère 14b-SSR

Accès du patient à son dossier



COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'accès du patient à son dossier est organisé.	Oui	L'accès du patient à son dossier est organisé. La procédure « circuit du dossier patient » décrit les conditions d'accès du patient à son dossier en conformité avec les dispositions légales en vigueur.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.	Oui	Le patient est informé de son droit d'accès à son dossier. Cette information est médiée par le livret d'accueil remis à chaque patient et le site internet de l'établissement. Par ailleurs, la charte des droits de la personne hospitalisée fait l'objet d'un affichage dans les services de soins et halls d'accueil.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'accès du patient à son dossier est assuré dans des délais compatibles avec ses besoins.	Oui	L'accès du patient à son dossier est assuré dans des délais conformes à la réglementation. Le délai de communication du dossier au patient fait l'objet d'une évaluation annuelle dont le résultat est communiqué à la CRU.
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	L'évaluation des délais de transmission montre un respect des délais tels que requis par la réglementation en vigueur. Dès lors, il n'y a pas lieu de mettre en place des actions d'amélioration.
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 annuellement du nombre de demandes de transmission de dossier et des délais mis à les satisfaire.

Référence 15 : L'identification du patient

Critère 15a-MCO

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



COTATION

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

CONSTATS

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

Oui

Une procédure existe qui traite de l'identitovigilance, des modalités de recueil de l'identité des patients et des mesures permettant de fiabiliser la démarche.

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

Les personnels de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.

Partiellement

Au temps de la visite, une sensibilisation à l'identitovigilance est en place durant la période de tutorat des secrétaires d'accueil, et figure au livret d'accueil du personnel.

Les plans de formation 2009 et 2010 n'ont pas retenu cette thématique. Nonobstant cela, les experts-visiteurs ont pu constater que les personnels de l'accueil administratif maîtrisent la démarche d'identification des patients, et sont sensibilisés à la prévention des erreurs.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les personnels de l'accueil administratif mettent en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les personnels de l'accueil administratif mettent systématiquement en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient. Pour cela, elles suivent la procédure en place : document d'identité officiel, questions ouvertes quant à l'identité...</p> <p>En cas d'admission hors heures d'ouverture de l'accueil, une procédure dégradée existe, elle est connue des personnels qui la mettent en oeuvre.</p>
<p>Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les professionnels de santé vérifient, conformément à la procédure d'identitovigilance, la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte thérapeutique ou diagnostique. La procédure détaille les différentes situations et qui fait quoi.</p> <p>Le cas des personnes ayant des difficultés à communiquer est pris en compte (port de bracelet d'identification...).</p>

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, audit) et les erreurs sont analysées et corrigées.

En grande partie

Une évaluation semestrielle des doublons et corrections des erreurs avec requête logiciel administratif est réalisée. L'analyse ne porte pas sur toutes les étapes de la prise en charge. Les constats conduisent à la mise en place d'actions d'amélioration si nécessaire.

Référence 15 : L'identification du patient

Critère 15a-SSR

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



COTATION

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

CONSTATS

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

Oui

Une procédure existe qui traite de l'identitovigilance, des modalités de recueil de l'identité des patients, et des mesures permettant de fiabiliser la démarche.

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

Les personnels de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.

Partiellement

Au temps de la visite, une sensibilisation à l'identitovigilance est en place durant la période de tutorat des secrétaires d'accueil, et figure au livret d'accueil du personnel.

Les plans de formation 2009 et 2010 n'ont pas retenu cette thématique. Nonobstant cela, les experts-visiteurs ont pu constater que les personnels de l'accueil administratif maîtrisent la démarche d'identification des patients, et sont sensibilisés à la prévention des erreurs.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les personnels de l'accueil administratif mettent en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les personnels de l'accueil administratif mettent systématiquement en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient. Pour cela, elles suivent la procédure en place : document d'identité officiel, questions ouvertes quant à l'identité...</p> <p>En cas d'admission hors heures d'ouverture de l'accueil, une procédure dégradée existe, elle est connue des personnels qui la mettent en oeuvre.</p>
<p>Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les professionnels de santé vérifient, conformément à la procédure d'identitovigilance, la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte thérapeutique ou diagnostique. La procédure détaille les différentes situations et qui fait quoi.</p> <p>Le cas des personnes ayant des difficultés à communiquer est pris en compte (port de bracelet d'identification...).</p>

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, audit) et les erreurs sont analysées et corrigées.

En grande partie

Une évaluation semestrielle des doublons et corrections des erreurs avec requête logiciel administratif est réalisée. L'analyse ne porte pas sur toutes les étapes de la prise en charge. Les constats conduisent à la mise en place d'actions d'amélioration si nécessaire.

PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

Référence 16 : L'accueil du patient

Critère 16a-MCO

Dispositif d'accueil du patient

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des modalités d'accueil du patient sont définies.	Oui	
L'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées.	En grande partie	
En l'absence de service d'urgence, des dispositions sont prises pour assurer la prise en charge 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 séjour.	Oui	
Le personnel est formé à l'accueil et à l'écoute du patient.	En grande partie	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le temps d'attente prévisible est annoncé.	Oui	
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 16a-SSR

Dispositif d'accueil du patient

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des modalités d'accueil du patient sont définies.	Oui	
L'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées.	En grande partie	
En l'absence de service d'urgence, des dispositions sont prises pour assurer la prise en charge 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 séjour.	Oui	
Le personnel est formé à l'accueil et à l'écoute du patient.	En grande partie	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le temps d'attente prévisible est annoncé.	Oui	
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 17 : L'évaluation de l'état de santé du patient et le projet de soins personnalisé

Critère 17a-MCO

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

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	
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 personnalisé est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).	Partiellement	
La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisé.	En grande partie	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le projet de soins personnalisé est réajusté en fonction d'évaluations périodiques de l'état de santé du patient en impliquant le patient et s'il y a lieu l'entourage.	Partiellement	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions d'évaluations sont conduites pour s'assurer de la traçabilité des informations.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en place en fonction des résultats des évaluations.	Oui	

Référence 17 : L'évaluation de l'état de santé du patient et le projet de soins personnalisé

Critère 17a-SSR

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

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	
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 personnalisé est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).	Oui	
La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisé.	Oui	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le projet de soins personnalisé est réajusté en fonction d'évaluations périodiques de l'état de santé du patient en impliquant le patient et s'il y a lieu l'entourage.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions d'évaluations sont conduites pour s'assurer de la traçabilité des informations.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en place en fonction des résultats des évaluations.	Oui	

Référence 18 : La continuité et la coordination des soins

Critère 18a-MCO

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 astreintes sont définis afin d'assurer la permanence des soins 24 heures/24.	Oui	
Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes.	Oui	
Des modalités de transmission d'information 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 entre eux pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	Oui	
Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur lorsque l'état du patient le nécessite.	Oui	
Un ou des professionnel(s) référent(s) est désigné pour la prise en charge du patient.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les événements indésirables relatifs à la continuité des soins sont évalués et des actions d'amélioration sont menées.	Partiellement	

Référence 18 : La continuité et la coordination des soins

Critère 18a-SSR

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 astreintes sont définis afin d'assurer la permanence des soins 24 heures/24.	Oui	
Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes.	Oui	
Des modalités de transmission d'information 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 entre eux pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	Oui	
Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur lorsque l'état du patient le nécessite.	Oui	
Un ou des professionnel(s) référent(s) est désigné pour la prise en charge du patient.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les événements indésirables relatifs à la continuité des soins sont évalués et des actions d'amélioration sont menées.	Partiellement	

Référence 18 : La continuité et la coordination des soins

Critère 18b-MCO

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.	Oui	
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.	Partiellement	

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 18b-SSR

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.	Oui	
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.	Partiellement	

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 19a-les personnes âgées

Populations nécessitant une prise en charge particulière

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La sensibilisation/formation auprès 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.	En grande partie	

Référence 19 : Les prises en charge particulières

Critère 19a-les patients porteurs de maladies chroniques Populations nécessitant une prise en charge particulière

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La sensibilisation/formation auprès 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.	Partiellement	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins.	Partiellement	

Référence 19 : Les prises en charge particulières

Critère 19a-les enfants et adolescents

Populations nécessitant une prise en charge particulière

COTATION

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

CONSTATS

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.

NA

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

CONSTATS

La sensibilisation/formation auprès 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.	NA	

Référence 19 : Les prises en charge particulières

Critère 19a-les personnes atteintes d'un handicap Populations nécessitant une prise en charge particulière

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La sensibilisation/formation auprès 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.	Partiellement	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins.	Partiellement	

Référence 19 : Les prises en charge particulières

Critère 19a-les personnes démunies

Populations nécessitant une prise en charge particulière

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La sensibilisation/formation auprès 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.	Oui	

Référence 19 : Les prises en charge particulières

Critère 19a-les personnes détenues

Populations nécessitant une prise en charge particulière

COTATION

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

CONSTATS

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.

NA

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

CONSTATS

La sensibilisation/formation auprès 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.	NA	

Référence 19 : Les prises en charge particulières

Critère 19b-MCO

Troubles de l'état nutritionnel



COTATION

A

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.	Oui	
Le poids et l'IMC à l'admission sont tracés dans le dossier du patient.	En grande partie	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

Référence 19 : Les prises en charge particulières

Critère 19b-SSR

Troubles de l'état nutritionnel



COTATION

A

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.	Oui	
Le poids et l'IMC à l'admission sont tracés dans le dossier du patient.	En grande partie	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

Référence 19 : Les prises en charge particulières

Critère 19c-MCO Risque suicidaire

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.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Oui	
Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient.	En grande partie	

Référence 19 : Les prises en charge particulières

Critère 19c-SSR Risque suicidaire

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.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Oui	
Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient.	En grande partie	

Référence 19 : Les prises en charge particulières

Critère 19d

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	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des procédures sont mises en oeuvre.	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	

Référence 20 : La prise en charge médicamenteuse

Critère 20a-MCO

Démarche qualité 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 est formalisée et intégrée au projet d'établissement et au programme d'amélioration de la qualité. Le COMEDIMS en assure le suivi annuel. La définition des axes d'amélioration est en lien avec le CBUM, des indicateurs sont suivis.
Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégré au système d'information hospitalier est défini.	Oui	La prescription est informatisée dans tous les secteurs. Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est intégré au schéma directeur des systèmes d'information.
Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.	Oui	Les règles de prescription sont définies dans le guide d'utilisation du dossier informatisé.

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des outils d'aide actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les professionnels disposent de plusieurs outils diffusés par le pharmacien : le livret thérapeutique, des fiches conseils de bon usage, un livret d'équivalences médicamenteuses, OPTIMAL, VIDAL. Les protocoles sont actualisés et validés par la COMEDIMS.
La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission, jusqu'à la sortie, transferts inclus.	Oui	La procédure de gestion du traitement personnel est intégrée à la procédure concernant le circuit du médicament. Le traitement personnel du patient est represcrit à la sortie. A la sortie du patient, la pharmacie délivre au patient le traitement nécessaire pour assurer la continuité du traitement.

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'établissement a mis en place une organisation pour assurer la sécurité de la dispensation des médicaments. L'analyse pharmaceutique n'est pas réalisée pour tous les traitements. Les interactions médicamenteuses sont recherchées. La délivrance est nominative dans l'ensemble de l'établissement. L'acheminement vers les unités de soins est réalisé par les soignants dans des caisses scellées. Il existe une procédure pour les approvisionnements en urgence.</p>
<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les règles d'administration des traitements sont définies dans la procédure du circuit du médicament. L'autonomie du patient concernant la prise de son traitement n'est pas toujours tracée dans le dossier médical. En cas de non prise, un commentaire est noté dans le dossier informatisé du patient. Il existe des fiches de retour à la PUI des traitements non utilisés.</p>

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	Le CRPV (Centre régional de pharmacovigilance) intervient annuellement auprès du personnel afin de les sensibiliser aux erreurs médicamenteuses. Il y a eu un EPU sur la iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée en 2010. Le BIP (bulletin d'information pharmacologique) destiné à l'ensemble du personnel traite de la pharmacologie. Sa parution est trimestrielle. Une formation des professionnels aux erreurs médicamenteuse est programmée en 2011.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est opérationnelle dans l'ensemble des unités.
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	Compte tenu de la valeur du critère « prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation » de l'indicateur « tenue du dossier ».

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	L'établissement a identifié des priorités en matière d'analyse pharmaceutique, celles-ci concernent les anticoagulants, les antibiotiques, les antalgiques, les psychotropes.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	La pharmacie ne réalise pas de préparations d'anticancéreux, de produits radiopharmaceutiques ou pédiatriques.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Partiellement	L'information des patients par les professionnels sur le bon usage des médicaments est faite oralement, mais n'est pas retranscrite dans le dossier du patient.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La traçabilité est effectuée par l'infirmière au moment de la prise pour les patients qui ne gèrent pas seuls leurs traitements. L'administration est tracée 1 ou 2 fois par jour pour les patients qui gèrent seuls leurs traitements au moment où l'infirmière récupère le pilulier. La traçabilité est assurée par l'infirmière dans le dossier du patient. Les aides-soignantes supervisent la prise du traitement pour les patients autonomes, et administrent les médicaments aux patients non autonomes sous la responsabilité de l'infirmière conformément à la circulaire du 4 juin 1999.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations est réalisé.</p>	<p>Oui</p>	<p>Plusieurs évaluations ont eu lieu. Un audit sur le circuit du médicament est réalisé 1 fois par an. L'établissement a également réalisé un audit sur la réévaluation de l'antibiothérapie médicamenteuse. La clinique suit également les indicateurs IPAQSS.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.</p>	<p>Oui</p>	<p>Un audit annuel portant sur le circuit du médicament est organisé, et plus particulièrement sur la composition des piluliers et l'administration. Ces audits sont réalisés dans le cadre du programme annuel du COMEDIMS et du rapport d'étape annuel du CBUM. La restitution est faite par les infirmières référentes des services, par le BIP, par le journal interne « La Plume de Paon », et par note de service.</p>
<p>Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).</p>	<p>Oui</p>	<p>Des fiches conseil de bon usage ont été éditées et validées par le COMEDIMS, elles concernent les érythropoïétines, les antifongiques. Des fiches de bon usage ont été paramétrées dans le logiciel de prescription par le pharmacien.</p>
<p>Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont réalisés par l'intermédiaire de la fiche d'événement indésirable informatisée. Les événements sont traités en interne par les professionnels concernés, le pharmacien, le RSSI, la responsable qualité ainsi que par le CRPV.</p>

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

Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs avec rétroinformation des professionnels.

En grande partie

Les actions d'amélioration ont concerné la mise en place de fiches de bon usage, la rédaction de recommandations de bon usage des médicaments chez les personnes âgées. La coordination et le suivi de la mise en oeuvre de ces actions sont assurés par le pharmacien, la responsable qualité et le responsable des soins. La rétro-information du personnel est réalisée par le BIP, « La Plume de Paon », les comptes-rendus sur le logiciel de gestion documentaire, les notes de service. Le pharmacien prévoit de diffuser 4 fiches conseil de bon usage du médicament par an, mais également la réorganisation des pharmacies dans les salles de soins ainsi que la création de l'interface entre les logiciels Emed et Mediphar.

Référence 20 : La prise en charge médicamenteuse

Critère 20a-SSR

Démarche qualité 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 est formalisée et intégrée au projet d'établissement et au programme d'amélioration de la qualité. Le COMEDIMS en assure le suivi annuel. La définition des axes d'amélioration est en lien avec le CBUM, des indicateurs sont suivis.
Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégré au système d'information hospitalier est défini.	Oui	La prescription est informatisée dans tous les secteurs. Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est intégré au schéma directeur des systèmes d'information.
Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.	Oui	Les règles de prescription sont définies dans le guide d'utilisation du dossier informatisé.

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des outils d'aide actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les professionnels disposent de plusieurs outils diffusés par le pharmacien : le livret thérapeutique, des fiches conseils de bon usage, un livret d'équivalences médicamenteuses, OPTIMAL, VIDAL. Les protocoles sont actualisés et validés par la COMEDIMS.
La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission, jusqu'à la sortie, transferts inclus.	Oui	La procédure de gestion du traitement personnel est intégrée à la procédure concernant le circuit du médicament. Le traitement personnel du patient est represcrit à la sortie. A la sortie du patient, la pharmacie délivre au patient le traitement nécessaire pour assurer la continuité du traitement.

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'établissement a mis en place une organisation pour assurer la sécurité de la dispensation des médicaments. L'analyse pharmaceutique n'est pas réalisée pour tous les traitements. Les interactions médicamenteuses sont recherchées. La délivrance est nominative dans l'ensemble de l'établissement. L'acheminement vers les unités de soins est réalisé par les soignants dans des caisses scellées. Il existe une procédure pour les approvisionnements en urgence.</p>
<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les règles d'administration des traitements sont définies dans la procédure du circuit du médicament. L'autonomie du patient concernant la prise de son traitement n'est pas toujours tracée dans le dossier médical. En cas de non prise, un commentaire est noté dans le dossier informatisé du patient. Il existe des fiches de retour à la PUI des traitements non utilisés.</p>

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	Le CRPV (Centre régional de pharmacovigilance) intervient annuellement auprès du personnel afin de les sensibiliser aux erreurs médicamenteuses. Il y a eu un EPU sur la iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée en 2010. Le BIP (bulletin d'information pharmacologique) destiné à l'ensemble du personnel traite de la pharmacologie. Sa parution est trimestrielle. Une formation des professionnels aux erreurs médicamenteuse est programmée en 2011.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est opérationnelle dans l'ensemble des unités.
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	Compte tenu de la valeur du critère « prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation » de l'indicateur « tenue du dossier ».

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	L'établissement a identifié des priorités en matière d'analyse pharmaceutique, celles-ci concernent les anticoagulants, les antibiotiques, les antalgiques, les psychotropes.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	La pharmacie ne réalise pas de préparations d'anticancéreux, de produits radiopharmaceutiques ou pédiatriques.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Partiellement	L'information des patients par les professionnels sur le bon usage des médicaments est faite oralement mais n'est pas retranscrite dans le dossier du patient.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La traçabilité est effectuée par l'infirmière au moment de la prise pour les patients qui ne gèrent pas seuls leur traitement. L'administration est tracée 1 ou 2 fois par jour pour les patients qui gèrent seuls leur traitement au moment où l'infirmière récupère le pilulier. La traçabilité est assurée par l'infirmière dans le dossier du patient. Les aides-soignantes supervisent la prise du traitement pour les patients autonomes et administrent les médicaments aux patients non autonomes sous la responsabilité de l'infirmière conformément à la circulaire du 4 juin 1999.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations est réalisé.</p>	<p>Oui</p>	<p>Plusieurs évaluations ont eu lieu. Un audit sur le circuit du médicament est réalisé 1 fois par an. L'établissement a également réalisé un audit sur la réévaluation de l'antibiothérapie médicamenteuse. La clinique suit également les indicateurs IPAQSS.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.</p>	<p>Oui</p>	<p>Un audit annuel portant sur le circuit du médicament est organisé, et plus particulièrement sur la composition des piluliers et l'administration. Ces audits sont réalisés dans le cadre du programme annuel du COMEDIMS et du rapport d'étape annuel du CBUM. La restitution est faite par les infirmières référentes des services, par le BIP, par le journal interne « La Plume de Paon » et par note de service.</p>
<p>Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).</p>	<p>Oui</p>	<p>Des fiches conseil de bon usage ont été éditées et validées par le COMEDIMS, elles concernent les érythropoïétines, les antifongiques. Des fiches de bon usage ont été paramétrées dans le logiciel de prescription par le pharmacien.</p>
<p>Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont réalisés par l'intermédiaire de la fiche d'événement indésirable informatisée. Les événements sont traités en interne par les professionnels concernés, le pharmacien, le RSSI, la responsable qualité ainsi que par le CRPV.</p>

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

Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs avec rétroinformation des professionnels.

En grande partie

Les actions d'amélioration ont concerné la mise en place de fiches de bon usage, la rédaction de recommandations de bon usage des médicaments chez les personnes âgées. La coordination et le suivi de la mise en oeuvre de ces actions sont assurés par le pharmacien, la responsable qualité et le responsable des soins. La rétro-information du personnel est réalisée par le BIP, « La Plume de Paon », les comptes-rendus sur le logiciel de gestion documentaire, les notes de service. Le pharmacien prévoit de diffuser 4 fiches conseil de bon usage du médicament par an, mais également la réorganisation des pharmacies dans les salles de soins ainsi que la création de l'interface entre les logiciels Emed et Mediphar.

Référence 20 : La prise en charge médicamenteuse

Critère 20b-MCO

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

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Une réflexion est menée dans l'établissement sur les prescriptions médicamenteuses inappropriées chez le sujet âgé.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des guides/outils de bonne prescription chez le sujet âgé sont mis à disposition des professionnels.	En grande partie	
Des actions de sensibilisation et/ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.	Partiellement	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions d'amélioration et leurs suivis sont mis en oeuvre.	Partiellement	

Référence 20 : La prise en charge médicamenteuse

Critère 20b-SSR

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

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Une réflexion est menée dans l'établissement sur les prescriptions médicamenteuses inappropriées chez le sujet âgé.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des guides/outils de bonne prescription chez le sujet âgé sont mis à disposition des professionnels.	En grande partie	
Des actions de sensibilisation et/ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.	Partiellement	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions d'amélioration et leurs suivis sont mis en oeuvre.	Partiellement	

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

Critère 21a-MCO

Prescription d'analyses, prélèvement 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 laboratoires de biologie médicale (y compris coopération et sous-traitance).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des outils d'aide à la prescription et au prélèvement, actualisés et validés, sont mis à disposition des professionnels.	En grande partie	
Les demandes d'analyse sont identifiées, argumentées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	Oui	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les pratiques sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Partiellement	

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

Critère 21a-SSR

Prescription d'analyses, prélèvement 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 laboratoires de biologie médicale (y compris coopération et sous-traitance).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des outils d'aide à la prescription et au prélèvement, actualisés et validés, sont mis à disposition des professionnels.	En grande partie	
Les demandes d'analyse sont identifiées, argumentées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	Oui	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les pratiques sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Partiellement	

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

Critère 21b

Démarche qualité en laboratoire

Ce critère n'est pas applicable si l'établissement sous traite l'activité "laboratoire" à un prestataire.

COTATION

NA

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les secteurs développent un système de management de la qualité.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le guide de bonne exécution des analyses est mis en oeuvre.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les activités de biologie font l'objet d'une procédure d'évaluation externe de la qualité.	NA	
Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activités, efficience, etc.) et qualitatifs (événements sentinelles, délais, non-conformités), est assuré et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	

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

Critère 22a-MCO

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	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à disposition des professionnels.	Non	
Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	Oui	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les pratiques sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Partiellement	

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

Critère 22a-SSR

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	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à disposition des professionnels.	Non	
Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	Oui	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les pratiques sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Partiellement	

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

Critère 22b

Démarche qualité en service d'imagerie

Ce critère n'est pas applicable si l'établissement sous traite l'activité "examen d'imagerie" à un prestataire.

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
Les activités d'imagerie font l'objet d'une procédure d'évaluation externe de la qualité.	NA	
Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficience, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais), non-conformités, est assuré et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	

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

Critère 23a-MCO

Education thérapeutique du patient

COTATION

B

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

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des techniques et outils pédagogiques sont mis à disposition des professionnels de santé.	Oui	
Des supports éducatifs sont mis à disposition des patients et de leur entourage par les professionnels au cours de la démarche éducative.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'évaluation de l'efficacité du dispositif d'ETP (patients, professionnels de santé) donne lieu à des actions d'amélioration.	Non	

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

Critère 23a-SSR

Education thérapeutique du patient

COTATION

B

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

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des techniques et outils pédagogiques sont mis à disposition des professionnels de santé.	Oui	
Des supports éducatifs sont mis à disposition des patients et de leur entourage par les professionnels au cours de la démarche éducative.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'évaluation de l'efficacité du dispositif d'ETP (patients, professionnels de santé) donne lieu à des actions d'amélioration.	Non	

Référence 24 : La sortie du patient

Critère 24a-MCO
Sortie du patient



COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La sortie ou le transfert du patient est organisé en fonction du type de prise en charge et de l'état clinique du patient.	Oui	
Les professionnels d'aval sont associés à l'organisation de la sortie ou du transfert (demande d'avis, visite, staff pluridisciplinaire, réseaux ville-hôpital, etc.) lorsque la situation le nécessite.	En grande partie	
Le patient et son entourage sont associés à la planification et à la préparation de la sortie ou du transfert.	En grande partie	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval dans les règles de confidentialité.	Oui	
Les documents nécessaires à son suivi sont remis au patient.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	En grande partie	
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Non	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Partiellement	

Référence 24 : La sortie du patient

Critère 24a-SSR Sortie du patient



COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La sortie ou le transfert du patient est organisé en fonction du type de prise en charge et de l'état clinique du patient.	Oui	
Les professionnels d'aval sont associés à l'organisation de la sortie ou du transfert (demande d'avis, visite, staff pluridisciplinaire, réseaux ville-hôpital, etc.) lorsque la situation le nécessite.	En grande partie	
Le patient et son entourage sont associés à la planification et à la préparation de la sortie ou du transfert.	En grande partie	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval dans les règles de confidentialité.	Oui	
Les documents nécessaires à son suivi sont remis au patient.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	En grande partie	
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	
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Non	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Partiellement	

PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

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



Critère 25a

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 par les 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	

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

Les actions d'amélioration sont définies avec les professionnels et les représentants des usagers, et mises en oeuvre.

NA

Référence 26 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle



Critère 26a

Organisation du bloc opératoire

Ce critère est applicable uniquement aux établissements disposant d'un bloc opératoire.

COTATION

NA

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des circuits spécifiques sont définis pour les différents modes de prise en charge (hospitalisation complète programmée, chirurgie ambulatoire, urgences immédiates, urgences différées).	NA	
Les locaux, l'équipement sont conformes et font l'objet d'une démarche qualité.	NA	
La charte de fonctionnement définie et validée par un conseil de bloc précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, établit les responsabilités et les modalités d'élaboration, de régulation des programmes opératoires.	NA	

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé entre le bloc opératoire, les secteurs d'activité clinique, médicotechnique, technique et logistique.	NA	
Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Un responsable régule les activités du bloc opératoire afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Pour chaque intervention chirurgicale, la procédure de vérification de l'acte est mise en oeuvre par un membre identifié de l'équipe opératoire.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes incluant les vérifications effectuées est assurée.	NA	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.</p>	<p>NA</p>	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficience, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est assuré et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.</p>	<p>NA</p>	

Référence 26 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26b-radiothérapie

Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

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

COTATION

NA

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risque 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, médicotechnique et logistique.	NA	
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	NA	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Un responsable identifié régule les activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Un recueil et une analyse des événements indésirables avec retour d'expérience aux professionnels permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	
La réalisation d'audit et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	

Référence 26 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26b-médecine nucléaire

Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

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

COTATION

NA

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risque 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, médicotechnique et logistique.	NA	
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	NA	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Un responsable identifié régule les activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Un recueil et une analyse des événements indésirables avec retour d'expérience aux professionnels permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	
La réalisation d'audit et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	

Référence 26 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26b-salle de naissance

Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

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

COTATION

NA

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risque 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, médicotechnique et logistique.	NA	
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	NA	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Un responsable identifié régule les activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Un recueil et une analyse des événements indésirables avec retour d'expérience aux professionnels permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	
La réalisation d'audit et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	

Référence 26 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26b-techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale

Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

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

COTATION

NA

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risque 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, médicotechnique et logistique.	NA	
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	NA	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Un responsable identifié régule les activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Un recueil et une analyse des événements indésirables avec retour d'expérience aux professionnels permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	
La réalisation d'audit et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	

Référence 26 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26b-électroconvulsivothérapie

Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

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

COTATION

NA

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risque 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, médicotechnique et logistique.	NA	
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	NA	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Un responsable identifié régule les activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Un recueil et une analyse des événements indésirables avec retour d'expérience aux professionnels permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	
La réalisation d'audit et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	

Référence 26 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26b-endoscopie

Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

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

COTATION

A

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

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	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	En grande partie	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Un recueil et une analyse des événements indésirables avec retour d'expérience aux professionnels permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	En grande partie	
La réalisation d'audit et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	Oui	

Référence 26 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26c

Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique

COTATION

B

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

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

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

Partiellement

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

Critère 27a

Activités de soins de suite et de réadaptation

COTATION

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

CONSTATS

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

Partiellement

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 28a

Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les différents secteurs d'activité clinique ou médicotechnique organisent la mise en oeuvre des démarches EPP.	Oui	
Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.	NA	
Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique mettent en oeuvre des démarches d'EPP.	Oui	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'engagement de tous les 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 médicotechnique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.	En grande partie	
Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique évaluent l'organisation mise en place pour favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP.	Partiellement	

Référence 28 : L'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28b

Pertinence des soins

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les enjeux liés à la pertinence des soins sont identifiés au sein de l'établissement.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des analyses de la pertinence des soins sont réalisées et permettent la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	Oui	
Des guides de bon usage des soins sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	

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

Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique 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 28c

Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique



COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement identifie les indicateurs de pratique clinique pertinents au regard de ses activités.	Oui	
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 révisé régulièrement la liste des indicateurs analysés.

En grande partie

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 recueil et la valeur des indicateurs sont pris en compte dans la procédure de certification pour objectiver les critères en lien avec un indicateur.

Le tableau de bord certification suivant présente de manière synthétique les résultats obtenus par l'établissement au regard de l'ensemble des indicateurs recueillis chaque année.

Les données intégrées à ce tableau de bord tiennent compte de la décision institutionnelle de ne pas diffuser les résultats de la première année de recueil pour chacun des indicateurs généralisés. Par conséquent, l'année de référence retenue est la deuxième année de généralisation.

Le détail des indicateurs généralisés est disponible sur le site internet de la Haute Autorité de Santé : www.has-sante.fr.

Éléments de lecture du tableau

Un tableau de bord pour chaque thème est présenté sur quatre années avec les deux parties suivantes :

1. Présentation du référentiel national avec pour chaque indicateur d'un thème (en ligne) les colonnes suivantes :
 - la moyenne Nationale (nombre d'établissement de santé et Valeur) ;
 - l'objectif national à atteindre.
2. Présentation de l'établissement de santé avec pour chaque indicateur d'un thème (en ligne) les colonnes suivantes :
 - la valeur et l'intervalle de confiance (IC) à 95% de l'établissement de santé ;
 - la position par rapport à la moyenne nationale (pictogrammes de couleur vert, jaune ou orange) ;
 - l'atteinte de l'objectif national (classe « + », « = » ou « - ») ;
 - l'évolution par rapport à l'année précédente (flèche montante, flèche stable ou flèche descendante).recueil de l'année 2008.

L'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.

Principe d'utilisation de la valeur des indicateurs dans la certification

En fonction de leur positionnement par rapport à l'objectif nationale fixé à 80%, les valeurs de l'indicateur se répartissent en 4 classes. Les trois premières classes ont été définies en comparant l'IC à 95% de l'établissement de santé à l'objectif national à atteindre. Une quatrième classe a été créée pour les établissements de santé « Non répondant » :

- Classe « + » : l'établissement de santé dont la borne basse de l'IC à 95% est supérieure à l'objectif cible à atteindre, on dit que la position de l'établissement de santé est « significativement supérieure à l'objectif cible à atteindre » ;
- Classe « = » : établissement de santé dont l'IC à 95% coupe l'objectif cible à atteindre, on dit que la position de l'établissement de santé est « non significativement différente de l'objectif cible à atteindre » ;
- Classe « - » : établissement de santé dont la borne haute de l'IC à 95% est inférieure à l'objectif cible à atteindre, on dit que la position de l'établissement de santé est « significativement inférieure à l'objectif cible à atteindre » ;
- Classe « Non répondant » : établissement de santé soumis au recueil et qui ne l'a pas fait.

Remarques :

1. Pour une meilleure lisibilité des résultats, les scores de qualité TDP et 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 $N \leq 30$ »), la méthode statistique de classement fondée sur le calcul de l'intervalle de confiance ne peut pas s'appliquer. L'établissement n'est pas intégré dans le calcul de la moyenne nationale, l'intervalle de confiance n'est pas calculé et l'établissement n'est pas positionné selon les quatre classes.

7. BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Sécurité anesthésique	ARH	05/06/2008	X	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Secteur opératoire	ARH	05/06/2008	X	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Imagerie et exploration fonctionnelle	NC	NC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Radiothérapie	NC	NC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prévention des risques liés à l'inhalation de poussière d'amiante	SOCOTEC	20/07/2007	<input type="checkbox"/>	X	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	