



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION V2010

POLYCLINIQUE DU COTENTIN

Avenue du thivet - 50120 - Equeurdreville - Hainneville

JANVIER 2014

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	11
1. Niveau de certification	12
2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	13
3. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	14
4. Critères investigués lors de la visite de certification	15
5. Suivi de la décision	17
3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS	19
1. Le positionnement de l'établissement sur l'ensemble des thématiques	22
2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires	24
3. Regard Patient	26
4. SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	26

5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	29
CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	31
PARTIE 1. Management stratégique	32
PARTIE 2. Management des ressources	56
PARTIE 3. Management de la qualité et de la sécurité des soins	97
CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT	122
PARTIE 1. Droits et place des patients	123
PARTIE 2. Gestion des données du patient	168
PARTIE 3. Parcours du patient	181
PARTIE 4. Prises en charge spécifiques	257
PARTIE 5. Evaluation des pratiques professionnelles	273
6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	280
7. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE	282

PREAMBULE

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

1. Les objectifs de la certification des établissements de santé

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

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

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

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

Elle ne note pas les professionnels de santé.

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

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

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

2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

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

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

Les décisions 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

POLYCLINIQUE DU COTENTIN

Adresse : Avenue du thivet
50120 Equeurdreville - Hainneville MANCHE

Statut : Privé

Type d'établissement : Etablissement privé à but lucratif

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Court séjour	105	0	0
Soins de suite et/ou de réadaptation	20	0	0

Nombre de sites.:	Un site : Polyclinique du Cotentin Avenue du Thivet 50120 EQUEURDREVILLE
Activités principales.:	Chirurgie orthopédique et traumatologique Chirurgie urologique Chirurgie viscérale Chirurgie gynécologique Chirurgie vasculaire et thoracique Chirurgie maxillo-faciale Chirurgie ophtalmologique Chirurgie ORL Chirurgie esthétique plastique et reconstructrice Stomatologie SSR polyvalents
Activités de soins soumises à autorisation.:	Activité de chirurgie en hospitalisation complète Activité de chirurgie ambulatoire Activité de chirurgie esthétique Activité de SSR polyvalents Activité de traitement de la chirurgie du cancer Activité Assistance Médicale à la Procréation
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	/

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	<ul style="list-style-type: none"> -Contrat relais CHPC (Vasculaires) (07/10/05) -Convention de Complémentarité et de Coopération (16/06/05) -Convention de Carcinologie URO et GYNECO CHPC (20/07/2010) - 3 C (convention constitutive du centre de coordination en cancérologie)(12/03/07) - Convention de dépôt de sang EFS (17/03/09) - renouvellement de la convention le 27/11/2012 - Convention de prêt de dispositifs médicaux chirurgicaux entre le CHPC et la Polyclinique du Cotentin (03/11/2008) - Convention centre de réadaptation cardio-vasculaire Centre William Harvey (mars 2005) - Convention centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle de Siouville (01/06/2004) - Convention de PEC des blessés radiocontaminés en Chirurgie Vasculaire (30/11/05) - Réseau Régional Douleur Basse-Normandie - Convention de mobilisation de moyens en cas de pandémie grippale CHPC (06/11/09) - Convention Cabinet de radiologie de la buccale (10/09/05) - Convention Laboratoire d'analyse Dynabio (05/10/05) - Convention Scintigraphie (01/09/05) - Convention cabinet de pathologie SCP ANGER BESNARD-BERNADAC (18/10/2012)
Regroupement/Fusion.:	/
Arrêt et fermeture d'activité.:	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	/

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.

Décisions

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Compte tenu des informations, issues des contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement, inscrites dans le volet Sécurité, l'ensemble des contrôles et inspections a été réalisé; l'établissement est organisé et déploie des actions pour répondre aux recommandations et avis issus de ces contrôles et inspections.

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

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

4. Critères investigués lors de la visite de certification

La visite de certification s'est déroulée du 22/10/2013 au 25/10/2013.
L'équipe d'Experts Visiteurs a investigué les critères suivants :

MANAGEMENT STRATÉGIQUE

1.a, 1.f, 2.e

MANAGEMENT DES RESSOURCES

3.b, 5.a, 5.b, 6.b, 6.d, 7.b, 7.d, 7.e

MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

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

DROITS ET PLACE DES PATIENTS

10.d Soins de suite et/ou de réadaptation, 11.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 11.c Soins de suite et/ou de réadaptation, 11.c Court Séjour, 12.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 12.a Court Séjour, 13.a Court Séjour, 13.a Soins de suite et/ou de réadaptation

GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

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

PARCOURS DU PATIENT

16.a Court Séjour, 17.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 18.a Court Séjour, 18.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 19.a Patients porteurs de maladie chronique, 19.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 19.b Court Séjour, 19.c Court Séjour, 19.c Soins de suite et/ou de réadaptation, 20.a Court Séjour, 20.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 20.a bis Soins de suite et/ou de réadaptation, 20.a bis Court Séjour, 23.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 23.a Court Séjour, 24.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 24.a Court Séjour

PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

26.a, 26.b Endoscopie

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

28.a, 28.b, 28.c

5.Suvi de la décision

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

3.PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS

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

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

Ensemble des thématiques du manuel

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

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

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

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

Pratiques exigibles prioritaires

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

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

Ces pratiques exigibles prioritaires concernent les critères suivants :

- Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles (1.f)
- Gestion des fonctions logistiques au domicile (6.g)
- Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins (8.a)
- Gestion des évènements indésirables (8.f)
- Maîtrise du risque infectieux (8.g)
- Système de gestion des plaintes et des réclamations (9.a)
- Prise en charge de la douleur (12.a)
- Prise en charge et droits des patients en fin de vie (13.a)
- Gestion du dossier du patient (14.a)
- Accès du patient à son dossier (14.b)
- Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge (15.a)
- Prise en charge somatique des patients (17.b)
- Management de la prise en charge médicamenteuse du patient (20.a)
- Prise en charge médicamenteuse du patient (20.a bis)
- Prise en charge des urgences et des soins non programmés (25.a)
- Organisation du bloc opératoire (26.a)
- Organisation des autres secteurs

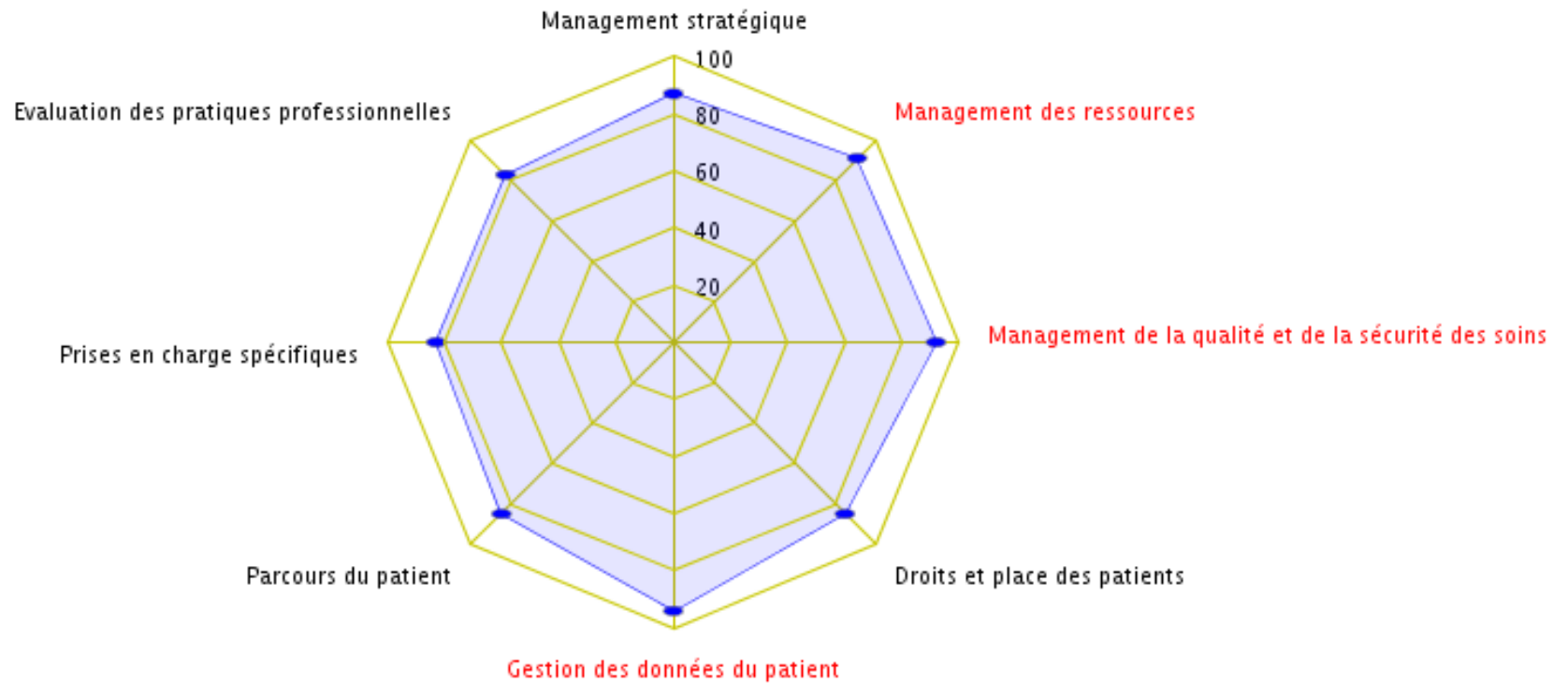
Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement.

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

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

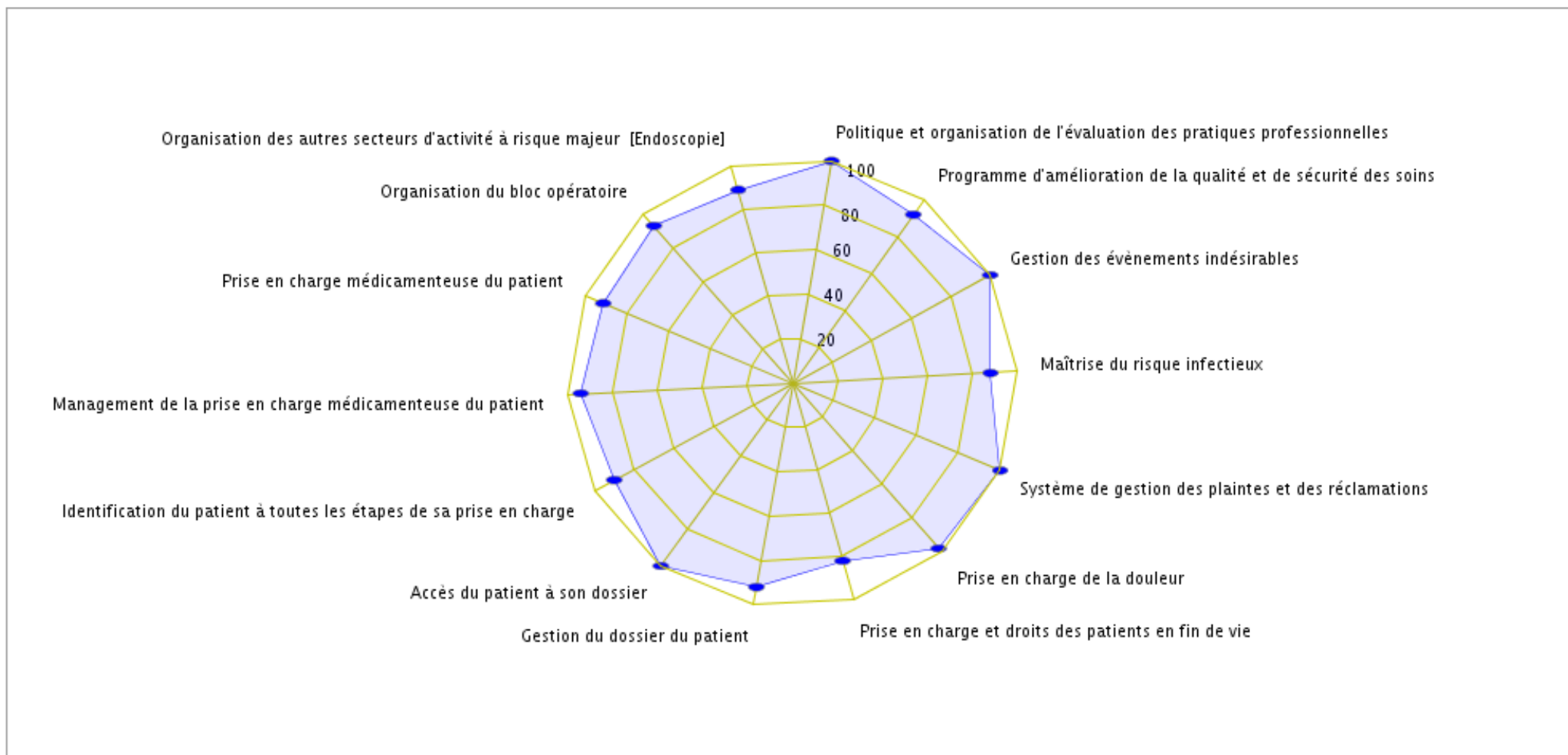
- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (10a),
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b),
- Respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c),
- Accueil et accompagnement de l'entourage (10d),
- Information du patient sur son état de santé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

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

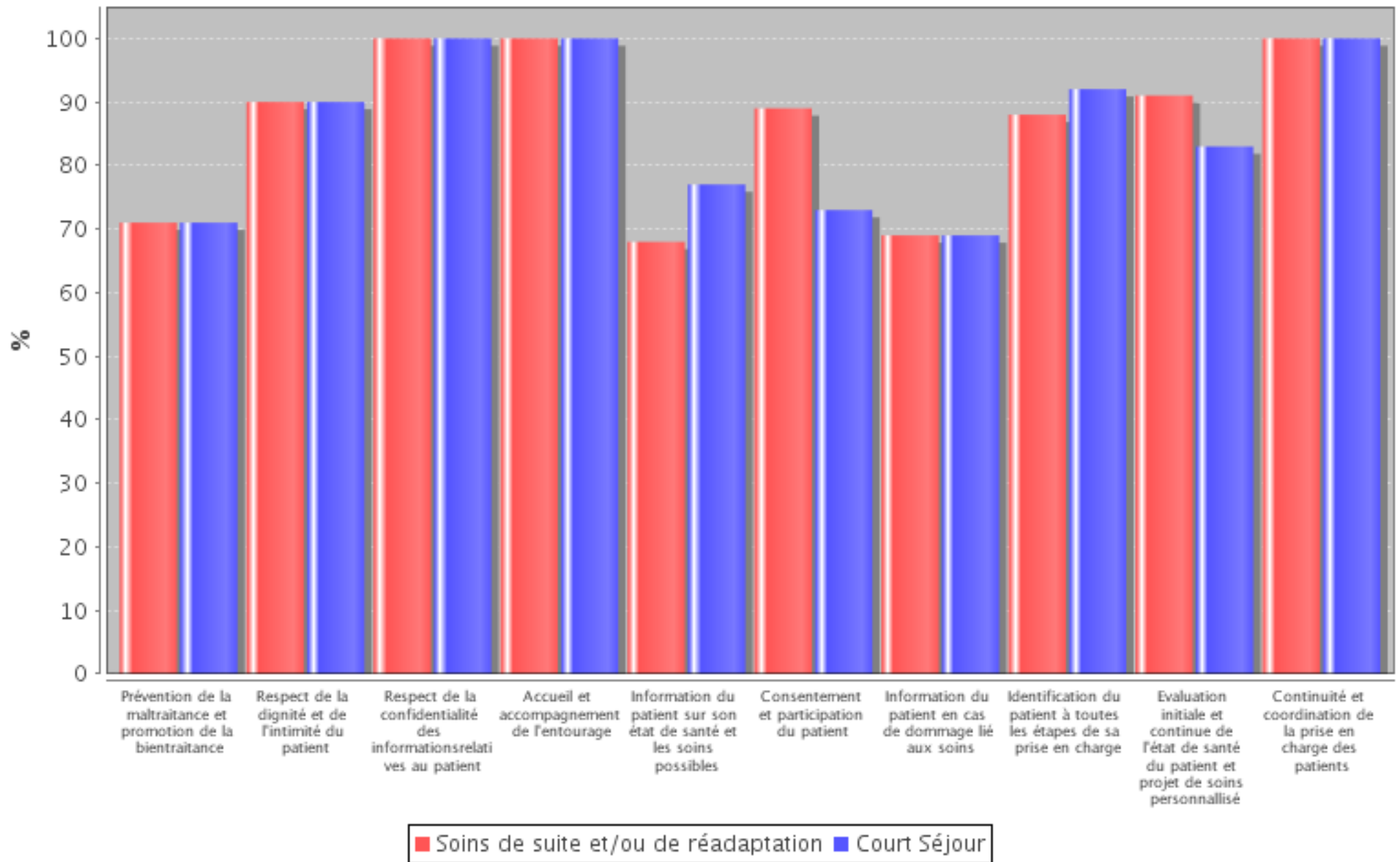


Les libellés des points fort (> 90%) sont en rouge.

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



3. Regard patient



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

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
28b MCO (L'information contenue dans le dossier du patient est actualisée tout au long de sa prise en charge et également après sa sortie.).	Type 1	Oui	En MCO, après modification et informatisation du dossier d'anesthésie, ainsi que refonte des éléments du dossier médical chirurgical, l'information contenue dans le dossier médical est désormais actualisée tout au long de la prise en charge du patient et également systématiquement après sa sortie.
31b MCO (Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées.).	Type 1	Oui	En MCO, les conditions de dispensation des médicaments sont désormais totalement maîtrisées (dispensation nominative pour le traitement personnel du patient et protocoles avec dispensation par dotation pour les traitements conduits uniquement pendant le séjour).
32b MCO (Afin d'assurer la continuité de la prise en charge pré-, per- et postinterventionnelle du patient, les différents professionnels concernés assurent, à chaque étape, une transmission précise, orale et écrite, des informations.).	Type 1	Oui	En MCO, grâce notamment à la refonte du dossier d'anesthésie et à l'intégration de tous les éléments écrits concernant la prise en charge interventionnelle, la continuité des phases pré, per et post opératoire est systématique.

5.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les orientations stratégiques sont élaborées en concertation avec les parties prenantes en interne et en externe.	Oui	
La stratégie de l'établissement prend en compte les besoins de la population définis dans les schémas de planification sanitaire et, le cas échéant, le projet médical de territoire.	Oui	
Les valeurs et les missions de l'établissement sont déclinées dans les orientations stratégiques.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les différentes politiques (ressources humaines, système d'information, qualité et sécurité des soins, etc.) sont déclinées en cohérence avec les orientations stratégiques.	Oui	

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.b Engagement dans le développement durable

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

En grande partie

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.c Démarche éthique

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

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.	Non	

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.d Politique des droits des patients

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU).

Oui

Des formations sur les droits des patients, destinées aux professionnels, sont organisées.

Non

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 œuvre dans chaque secteur d'activité, en lien avec la CRU.	Oui	
---	-----	--

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.e

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Une stratégie de développement de l'EPP est formalisée dans l'établissement. Une politique EPP et des objectifs sont définis et déclinés en plan d'actions. L'accompagnement méthodologique des équipes a été assuré par la cellule qualité. Il existe une communication EPP par le biais des bulletins qualité, des memos qualités et de l'affichage des comptes rendus de réunions. La stratégie EPP est intégrée au sein du programme qualité et sécurité des soins.

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

Oui

Une concertation entre professionnels de santé, par le biais des instances CME, CRU, CLIN, COMEDIMS, CLUD, et gestionnaires est réalisée une fois par semestre.

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

Oui

Les missions et les responsabilités relatives à l'organisation, la coordination, l'accompagnement, le suivi des démarches et de l'engagement des professionnels et de la communication sont définies. Une commission EPP existe au sein de l'établissement ; chaque EPP a son référent EPP.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en œuvre de l'EPP.	Oui	L'accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en œuvre de l'EPP. Des formations ont été dispensées, notamment en ce qui concerne la méthodologie. L'accompagnement des équipes EPP a été adapté à leurs besoins.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	Oui	L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches EPP chaque semestre. Chaque référent EPP donne l'avancement de son EPP à la cellule qualité qui coordonne les actions et le suivi transcrits dans le tableau de bord EPP.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	Oui	Des actions d'information accompagnent la mise en œuvre de la stratégie et facilitent l'adhésion des équipes. L'ensemble des professionnels est informé par le tableau de bord EPP affiché, et les bulletins qualité régulièrement distribués avec les fiches de paie.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	L'établissement a identifié les instances auprès desquelles il rend compte de ses démarches EPP : CME, CRU, COMEDIMS, CLIN, CLUD... Chaque semestre, un nouveau bilan EPP est présenté aux instances et en revue de direction. Ce bilan reprend les résultats en termes d'actions d'amélioration des pratiques.
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	Oui	Chaque semestre, un ajustement de la stratégie est réalisé si nécessaire et tient compte des résultats en termes d'amélioration et d'avancement des démarches d'EPP. Ces révisions sont portées dans les comptes rendus des réunions d'instances concernées.

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.g Développement d'une culture qualité et sécurité

Cotation		
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, forums, séminaires, journées dédiées, actions de sensibilisation des patients, etc.).	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

La direction et le président de la CME suivent le développement de la culture qualité et sécurité dans l'établissement.	Oui	
---	-----	--

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

Critère 2.a

Direction et encadrement des secteurs d'activités

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les organigrammes de l'établissement et des différents secteurs d'activité sont définis.	Oui	
Les circuits de décision et de délégation sont définis.	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 2.b Implication des usagers, de leurs représentants et des associations

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La représentation des usagers au sein de l'établissement est organisée.	Oui	
Une politique de coopération avec les acteurs associatifs est définie.	Non	
Un dispositif de recueil des attentes des usagers est organisé.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les représentants d'usagers participent à l'élaboration et à la mise en oeuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, notamment dans le cadre de la CRU.	Oui	

L'intervention des associations dans les secteurs d'activité est facilitée.	Non	
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.	Oui	

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

Critère 2.c Fonctionnement des instances

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les instances consultatives et délibérantes sont réunies à périodicité définie, et saisies sur toutes les questions qui relèvent de leurs compétences.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les ordres du jour et procès-verbaux des instances sont communiqués au sein de l'établissement.	Oui	
Les instances sont informées des suites données à leurs avis et décisions.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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

Critère 2.d Dialogue social et implication des personnels

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

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

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



Cotation		
A		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les tableaux de bord comprennent des indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés à la conduite du projet d'établissement.	Oui	
L'établissement a défini une stratégie de communication des résultats des indicateurs et des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les tableaux de bord sont examinés au sein des instances et réunions de direction de l'établissement et des secteurs d'activité.	Oui	
Les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés, et rendus publics par l'établissement de santé.	Oui	

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

PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.a Management des emplois et des compétences

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les besoins en compétences et effectifs sont identifiés par secteur d'activité.	Oui	
Une politique de gestion des emplois et des compétences est définie dans les différents secteurs d'activité en lien avec les orientations stratégiques.	Oui	
Les compétences spécifiques pour les activités à risques ou innovantes sont identifiées.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des dispositions sont mises en œuvre afin d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient, dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents.	Oui	

L'évaluation périodique du personnel est mise en œuvre.	Oui	
Un plan de formation est mis en œuvre.	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.	Partiellement	
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 3.b Intégration des nouveaux arrivants

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.c Santé et sécurité au travail

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

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les risques professionnels sont identifiés à périodicité définie.	Oui	
Le document unique est établi.	Oui	
Un plan d'amélioration des conditions de travail est défini.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de prévention des risques sont mises en oeuvre en collaboration avec le CHSCT et le service de santé au travail.	Oui	

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.d Qualité de vie au travail

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

Les actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont évaluées.	En grande partie	
La satisfaction du personnel est évaluée.	Oui	

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.a Gestion budgétaire

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement décline en interne des objectifs prévisionnels de dépenses et, s'il y a lieu, de recettes, selon une procédure formalisée.	Oui	
Ces objectifs tiennent compte des engagements pris dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement conduit une analyse des coûts dans le cadre de ses procédures de responsabilisation budgétaire interne.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.b Amélioration de l'efficience

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement fixe chaque année des objectifs d'amélioration de l'efficience de ses organisations.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement conduit des études ou des audits sur ses principaux processus de production.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les résultats des études ou des audits donnent lieu à la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	Oui	

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.a Système d'information

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

L'informatisation du dossier patient et du circuit du médicament est actuellement en cours. Le projet a démarré en mars 2013. L'établissement a élaboré un schéma du système informatique mais pas un schéma directeur du système d'information.

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.

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.b Sécurité du système d'information

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La sécurité des données est organisée (définition des responsabilités, formalisation et diffusion des procédures, etc.).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Il existe un plan de reprise permettant d'assurer la continuité des activités en cas de panne.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le dispositif de sécurité du système d'information est évalué, et fait l'objet d'actions d'amélioration.	Oui	

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.c Gestion documentaire

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un dispositif de gestion documentaire est en place.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le dispositif est connu des professionnels.

En grande partie

Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent.

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 6.a Sécurité des biens et des personnes

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les situations mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes sont identifiées.	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 de sécurité adaptés (installations, équipements, consignes, sensibilisation et formation).	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

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

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

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.c Qualité de la restauration

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

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.d Gestion du linge

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

Cotation		
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 œuvre.	En grande partie	

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.e Fonction transport des patients

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La fonction transport des patients est organisée, y compris en cas de sous-traitance.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les transports respectent les exigences d'hygiène et de sécurité.	Oui	
Les transports sont réalisés dans le respect de la dignité, de la confidentialité et du confort du patient.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.f Achats écoresponsables et approvisionnements

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les besoins des secteurs d'activité sont évalués sur les plans quantitatif et qualitatif, en associant les utilisateurs.	Oui	
La politique d'achat et de relation avec les fournisseurs prend en compte les principes applicables à un achat éco-responsable.	Partiellement	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les secteurs d'activité utilisateurs sont approvisionnés à périodicité définie et en cas d'urgence.	Oui	
L'établissement amorce une démarche d'achat éco-responsable pour certains produits ou services.	Partiellement	

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.g
Gestion des fonctions logistiques au domicile



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

Cotation	NA	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement de santé détermine un processus permettant la mise à disposition des matériels médicaux adaptés aux besoins des patients.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
En cas de rupture d'un produit, des solutions de substitution sont prévues.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les modalités de transport des différents matériels et médicaments sont formalisées.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
En cas de prestation extérieure, une convention de collaboration est formalisée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

Pour les équipements majeurs (susceptibles de mettre en danger la vie du patient en cas de dysfonctionnement), une maintenance 24 h/24 et 7 j/7 est organisée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Pour les patients à haut risque vital, l'HAD s'assure de leur signalement à « Electricité Réseau Distribution France ».	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le matériel délivré est conforme à la commande, et adapté à la prise en charge.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
L'approvisionnement en urgence du patient est assuré.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
L'établissement s'assure que les locaux de stockage sont adaptés et entretenus, conformément à la réglementation.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les différents processus logistiques (internes ou externes) sont évalués, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La maintenance 24 h/24 et 7 j/7 est évaluée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

La satisfaction du patient relative aux fonctions logistiques à son domicile est évaluée à périodicité définie, et conduit à des actions d'amélioration.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La satisfaction des intervenants au domicile, en lien avec les fonctions logistiques, est évaluée à périodicité définie, et conduit à des actions d'amélioration.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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

Critère 7.a Gestion de l'eau

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

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

Critère 7.b Gestion de l'air

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une politique est définie en vue d'assurer la maîtrise du risque infectieux dans les zones à environnement maîtrisé.	Oui	
L'établissement est engagé dans la réduction des émissions atmosphériques globales.	Partiellement	
Des dispositions sont prévues en cas de travaux.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un plan et des procédures de surveillance et de maintenance de la qualité de l'air, en concertation avec l'EOH ou la CME et le CHSCT, sont mis en oeuvre.	Oui	

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

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

Critère 7.c Gestion de l'énergie

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

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un diagnostic énergétique est réalisé.	Oui	
Une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie est définie.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un plan de maintenance des installations est mis en oeuvre.	Oui	
Un programme d'actions hiérarchisées de maîtrise de l'énergie est mis en oeuvre.	En grande partie	

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

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

Critère 7.d Hygiène des locaux

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

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les actions à mettre en œuvre afin d'assurer l'hygiène des locaux et leurs modalités de traçabilité sont définies avec l'EOH ou la CME.	Oui	
En cas de sous-traitance, un cahier des charges définit les engagements sur la qualité des prestations.	Oui	
Les responsabilités sont identifiées, et les missions sont définies.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation périodiques sont menées.	Oui	

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

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

Critère 7.e Gestion des déchets

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

Les procédures de gestion des déchets sont établies.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le tri des déchets est réalisé.

En grande partie

Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont organisées.	Oui	
Le patient et son entourage sont informés des risques liés aux déchets d'activités de soins à risques infectieux.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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.	En grande partie	
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.	En grande partie	

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

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

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est formalisé.	Oui	Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins décline la politique globale et les objectifs d'amélioration fixés pour l'établissement. Le programme est constitué d'actions au niveau de l'établissement, déclinées en actions spécifiques au niveau des secteurs d'activité. Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est un réel outil de management de l'établissement. Il est assorti d'indicateurs de suivi.
Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements, ainsi que les risques majeurs et récurrents.	Oui	Le programme est unique pour l'établissement et prend en compte : l'analyse de la conformité à la réglementation l'analyse des événements indésirables les dysfonctionnements et les risques majeurs et récurrents sur les thématiques suivantes : - la lutte contre les infections liées aux soins, - la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles - les dispositifs de vigilance, - les autres risques associés aux soins, identifiés a

	Oui	posteriori et a priori, recensés dans la cartographie des risques, - l'analyse des plaintes et des réclamations, - les actions à mettre en place suite aux décisions de la certification.
Les activités, réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins, sont prises en compte.	Partiellement	Les démarches réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins ne sont pas toutes intégrées dans le programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement. Seuls les chirurgiens vasculaires et viscéraux intègrent leurs déclarations d'événements porteurs de risques par le biais d'une évaluation des pratiques professionnelles réalisée dans l'établissement.
Le programme est soumis aux instances.	Oui	Le programme est présenté annuellement à la CME puis aux autres instances de l'établissement, avant de faire l'objet d'une présentation à l'ensemble du personnel au cours d'une réunion, générale de certification. De plus, un exemplaire du programme est disponible dans chaque service.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Chaque secteur d'activité met en oeuvre les actions du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins le concernant. Un responsable est nominativement désigné pour chaque action du plan d'actions. Un délai est fixé pour chaque action du plan d'actions. Chaque plan d'actions d'amélioration est géré comme une démarche projet.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	Oui	Chaque secteur d'activité fait un point d'avancement de son plan d'actions chaque trimestre en collaboration avec la responsable qualité. En cas de nécessité, une révision du plan d'actions est effectuée, des délais nouveaux pouvant être définis. Ces plans d'actions font l'objet d'un suivi assuré par la responsable qualité afin de mutualiser les expériences et d'assurer un pilotage global.

	Oui	
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	Oui	Un bilan annuel est effectué chaque année pour chaque secteur. En plus des indicateurs nationaux et régionaux, l'établissement a mis en place des indicateurs lui permettant d'évaluer l'efficacité de son programme. Le bilan annuel des actions qualité et gestion des risques mises en oeuvre est diffusé aux professionnels dans chaque service.
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	Oui	Un comité de direction se réunit deux fois par an en séminaire pour examiner l'atteinte des objectifs du programme qualité et sécurité des soins. Des ajustements peuvent être décidés. Dans ce cas, le plan d'actions est révisé.

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

Critère 8.b

Fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins

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

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

Critère 8.c
Obligations légales et réglementaires

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une veille réglementaire est organisée par un responsable identifié.	Oui	
La direction établit un plan de priorisation des actions à réaliser à la suite des contrôles internes et externes. Ce plan prend en compte la parution de nouvelles exigences réglementaires.	Partiellement	
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 de la sécurité des soins

Critère 8.d
Evaluations des risques à priori

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement évalue les risques dans les secteurs d'activité.	Oui	
Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de prévention, d'atténuation et de récupération pour les activités de soins à risques sont mises en place.	Oui	
Les professionnels concernés sont formés à l'analyse des risques a priori.	Oui	

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

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

Critère 8.e
Gestion de crise

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les situations de crise sont identifiées.	Oui	
Une organisation destinée à faire face aux situations de crise est mise en place et diffusée à l'ensemble des professionnels concernés.	En grande partie	
Les plans d'urgence sont établis.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Une cellule de crise est opérationnelle.	En grande partie	

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

Critère 8.f
Gestion des évènements indésirables



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a rédigé une procédure de signalement, de traitement et d'analyse des événements indésirables. Les notions de gravité et de fréquence sont définies.
Les événements indésirables sont déclarés sur un support papier, mis à la disposition de tous les professionnels dans chaque service.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Une formation a été dispensée à l'ensemble des professionnels sur l'utilisation de la fiche de signalement d'évènement indésirable. Le diaporama support de cette formation est intégré aux documents qualité dans chaque service. De plus, le service qualité procède à des rappels par le biais du bulletin qualité distribué mensuellement et par des mémo qualité ponctuels.

Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.

Oui

Des professionnels identifiés ont été formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes. Il existe un programme et des supports de formation.

L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.	Oui	Le processus de hiérarchisation permet d'identifier les événements indésirables nécessitant une analyse des causes profondes. L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est structurée et participative. Une personne formée à la méthode utilisée (actuellement ALARM, prochainement ORION) est présente aux analyses.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions correctives sont mises en œuvre à la suite des analyses.	Oui	Des actions correctives sont identifiées en cohérence avec les analyses des causes des événements indésirables selon la procédure en place. La mise en œuvre des actions d'amélioration est hiérarchisée. La responsable qualité assure la coordination et le suivi du plan d'actions.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	Oui	L'analyse des événements indésirables permet d'identifier les causes profondes des événements indésirables récurrents. Les événements récurrents font l'objet d'une réflexion pluridisciplinaire. Des actions correctives sur les causes profondes des événements récurrents sont mises en œuvre. Une EPP est réalisée sur les chutes.
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	Oui	La responsable qualité mesure l'efficacité des actions par le biais d'audits et d'indicateurs.

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

Critère 8.g
Maîtrise du risque infectieux



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

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

Critère 8.h
Bon usage des antibiotiques



Cotation	A	
Indicateur ICATB du tableau de bord des infections nosocomiales	Classe associée à la valeur du score ICATB	Constats
Score à disposition de l'établissement au moment de la visite.	A	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	
La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heure est inscrite dans le dossier du patient.	En grande partie	La pharmacienne incite systématiquement les médecins à réévaluer leur prescription d'antibiothérapie entre la 24ème heure et la soixante douzième heure. Le médecin infectiologue, qui gère les prescriptions d'antibiothérapie complexes, réévalue systématiquement les prescriptions et trace cette réévaluation dans le logiciel de prescription connectée. Les anesthésistes et les chirurgiens de la clinique utilisent si besoin des protocoles d'antibiothérapie par spécialité pour une durée déterminée et la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème heure et la soixante douzième heure est tracée dans un dossier sur deux.

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

Critère 8.i
Vigilances et veille sanitaire

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation pour répondre à des alertes sanitaires descendantes et ascendantes est en place.	Oui	
Une coordination, entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et des risques de l'établissement, est organisée.	Oui	
Une coordination est organisée entre l'établissement et les structures régionales (ou interrégionales) et nationales de vigilance et de veille sanitaire.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles.	Oui	

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

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

Critère 8.j
Maîtrise du risque transfusionnel

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

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

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

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

Critère 8.k
Gestion des équipements biomédicaux

Cotation	A	
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 opérationnelle.	Partiellement	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le système de gestion des équipements biomédicaux est mis en oeuvre sous la responsabilité d'un professionnel identifié.	Oui	
La maintenance des équipements biomédicaux critiques est assurée, et les actions sont tracées.	Oui	

Les professionnels disposent des documents nécessaires à l'exploitation des équipements biomédicaux.	Oui	
Les patients et leurs familles sont informés de la conduite à tenir en cas de dysfonctionnement (alarme, etc.) des équipements biomédicaux installés au domicile.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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 9.a
Systeme de gestion des plaintes et des réclamations



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La gestion des plaintes et des réclamations est organisée (CRU en place, procédure formalisée, responsabilités définies).	Oui	La gestion des plaintes et des réclamations est organisée : un responsable chargé des relations avec les usagers est identifié, un registre collige toutes les plaintes et réclamations, une procédure interne à l'établissement précise les modalités de gestion des plaintes et réclamations, la composition et le fonctionnement de la CRU sont conformes à la réglementation, les usagers sont informés des modalités pour formuler une plainte ou une réclamation, de la personne à contacter, des missions et du rôle de la CRU et du dispositif de médiation.
Le système de gestion des plaintes et des réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.	Oui	L'établissement a mis en place un dispositif lui permettant des échanges d'information avec son système de déclaration des événements indésirables. Il existe des liens formalisés entre les différents acteurs impliqués, notamment entre le responsable des relations avec les usagers et la cellule qualité.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	Les professionnels concernés sont associés à la réponse donnée au plaignant ainsi qu'à l'élaboration et à la mise en œuvre des actions correctives s'il y a lieu.
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en œuvre.	Oui	Pour chaque plainte ou réclamation, un accusé de réception est adressé dans les huit jours au plaignant quand une réponse définitive ne peut pas lui être adressée dans les deux mois. Dans ces courriers, les modalités de mise en œuvre du dispositif de médiation sont rappelées.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et des réclamations, incluant le suivi du délai de réponse au plaignant, contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.	Oui	Toutes les plaintes et réclamations sont mises à la disposition des membres de la CRU. Une analyse qualitative et quantitative est réalisée en lien avec la CRU. Le bilan des plaintes et réclamations est intégré au rapport annuel de la CRU. L'analyse comprend la typologie des motifs des plaintes et réclamations, la répartition par service, les délais de réponse. Quand il y a lieu, une analyse approfondie peut être conduite. L'analyse des plaintes et des réclamations et le bilan réalisé dans le cadre de la CRU donne lieu à des recommandations. Ces recommandations sont intégrées au plan d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

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

Critère 9.b Evaluation de la satisfaction des usagers

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une stratégie d'évaluation de la satisfaction des usagers est définie en lien avec la CRU.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La satisfaction des usagers est évaluée selon une méthodologie validée.	Oui	
Les secteurs d'activité et les instances, dont la CRU, sont informés des résultats des évaluations de la satisfaction.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS

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

Cotation		
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.	Non	
La promotion de la bientraitance est intégrée dans les projets de l'établissement (projet médical, projet de soins, projet social, etc.).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'expression des patients et de leurs proches est favorisée.	Oui	

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

Référence 10: La bientraitance et les droits

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

Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées.	Oui	
Un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance est réalisé en lien avec la CRU.	Non	
La promotion de la bientraitance est intégrée dans les projets de l'établissement (projet médical, projet de soins, projet social, etc.).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'expression des patients et de leurs proches est favorisée.	Oui	

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

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.b - Court Séjour
Respect de la dignité et de l'intimité du patient**

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les projets de l'établissement (projets des secteurs d'activité, projets architecturaux) intègrent le respect de la dignité et de l'intimité du patient.	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.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.b - Soins de suite et/ou de réadaptation
Respect de la dignité et de l'intimité du patient**

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les projets de l'établissement (projets des secteurs d'activité, projets architecturaux) intègrent le respect de la dignité et de l'intimité du patient.	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.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.c - Court Séjour****Respect de la confidentialité des informations relatives au patient**

Cotation		
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	
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 bientraitance et les droits**Critère 10.c - Soins de suite et/ou de réadaptation
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	
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 bientraitance et les droits**Critère 10.d - Court Séjour
Accueil et accompagnement de l'entourage**

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage sont définies.	Oui	
Une organisation permet l'accueil et la présence en continu des parents des enfants hospitalisés.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'accès aux secteurs d'hospitalisation est facilité (horaires de visites, etc.) pour l'entourage.	Oui	
L'entourage des patients bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien dans les situations qui le nécessitent.	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.	Oui	
Un bilan d'activité annuel du service social et du service de soutien psychologique, comprenant les actions d'amélioration réalisées, est établi.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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

Cotation		
	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage sont définies.	Oui	
Une organisation permet l'accueil et la présence en continu des parents des enfants hospitalisés.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'accès aux secteurs d'hospitalisation est facilité (horaires de visites, etc.) pour l'entourage.	Oui	
L'entourage des patients bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien dans les situations qui le nécessitent.	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.	Oui	
Un bilan d'activité annuel du service social et du service de soutien psychologique, comprenant les actions d'amélioration réalisées, est établi.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.e - Court Séjour

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

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement.	Oui	
Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.	Oui	
Les projets médicaux ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier celle d'aller et venir (isolement et contention, mais aussi limitation des contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.e - Soins de suite et/ou de réadaptation

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

Cotation		
	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement.	Oui	
Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.	Oui	
Les projets médicaux ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier celle d'aller et venir (isolement et contention, mais aussi limitation des contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 11: l'information, la participation et le consentement du patient**Critère 11.a - Court Séjour****Information du patient sur son état de santé et les soins possibles**

Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation relative à l'information donnée au patient est définie.	Oui	
Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des modalités spécifiques d'information sont mises en oeuvre en cas de diagnostic grave et d'aggravation de l'état de santé, en tenant compte des facultés de compréhension, de discernement et du type d'hospitalisation (HDT, HO, injonction thérapeutique, etc.).	Oui	

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

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

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

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation relative à l'information donnée au patient est définie.	Oui	
Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des modalités spécifiques d'information sont mises en oeuvre en cas de diagnostic grave et d'aggravation de l'état de santé, en tenant compte des facultés de compréhension, de discernement et du type d'hospitalisation (HDT, HO, injonction thérapeutique, etc.).	En grande partie	

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

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

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

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

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

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

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

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation est définie, permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soins.	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.	Oui	
Des interventions, visant la recherche d'adhésion du patient au projet de soins, sont réalisées dans les cas d'hospitalisation sans consentement, d'injonction thérapeutique ou de refus de soins.	Oui	
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 11.c - Court Séjour Information du patient en cas de dommage lié aux soins

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est définie.	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 dommages liés 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 dommages liés aux soins est évaluée et améliorée.	Partiellement	
--	---------------	--

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

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

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est définie.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins sont menées.	En grande partie	
Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 12: La prise en charge de la douleur

Critère 12.a - Court Séjour
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

Un CLUD est en place dans l'établissement, présidé par un médecin anesthésiste. La composition de ses membres est pluridisciplinaire.
 Le CLUD se réunit trimestriellement.
 Il met en place des procédures de prise en charge de la douleur, s'assure de leur connaissance par le personnel concerné et les évalue à intervalle régulier.
 La stratégie de prise en charge de la douleur fait partie du projet d'établissement.

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

Oui

De nombreux protocoles sont mis en place et réactualisés périodiquement tels que:

- prise en charge de la douleur post-opératoire
- analgésie par voie péridurale
- évaluation de la douleur.

La pharmacienne organise des formations pour informer le personnel sur les nouveautés et les recommandations récentes. Les nouveaux protocoles sont présentés au personnel concerné par un anesthésiste.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Les infirmières référentes douleur participent à des journées de formation. Elles participent aux journées organisées par le réseau régional douleur. Elles transmettent ensuite les informations au personnel soignant. La prise en charge de la douleur est incluse dans le plan de formation 2014.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Oui	Le livret d'accueil du patient comporte une information sur la prise en charge de la douleur dans l'établissement. L'établissement a créé une vidéo à destination des patients dans laquelle la prise en charge de la douleur au sein de l'établissement est expliquée avec notamment une démonstration sur la PCA. La douleur est évaluée régulièrement au lit du patient. Le patient est éduqué à l'utilisation de la pompe à morphine. Il est informé également de sa prise en charge médicamenteuse à visée antalgique.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Compte-tenu de la classe pour l'indicateur " Traçabilité de l'évaluation de la douleur" et de sa valeur de 93% avec un intervalle de confiance à 95% [99%-87%] pour la campagne de recueil 2011.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	La douleur est évaluée régulièrement depuis la SSPI et tout au long de la surveillance à l'aide d'échelles adaptées. Elle est tracée dans le dossier et donne lieu à des adaptations de traitement de jour comme de nuit.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	L'établissement a mis en place plusieurs échelles d'évaluation adaptées au type de patients pris en charge: -l'échelle Algoplus pour les patients non communicants -un système de jetons pour les jeunes enfants -l'EVA pour les enfants plus grands -l'échelle numérique pour les adolescents -l'échelle FLACC pour les enfants non communicants L'utilisation de ces échelles est connue de l'ensemble du personnel et elles sont disponibles sur chaque chariot de

	Oui	soins.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Traçabilité de l'évaluation de la douleur". Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation (EPP sur l'appropriation des outils et sur le bénéfice apporté aux prescriptions).
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	L'évaluation de la qualité et de la prise en charge de la douleur est évaluée régulièrement par le biais : - des questionnaires de sortie - de l'analyse des événements indésirables - l'indicateur IPAQSS - l'analyse des plaintes et réclamations - l'EPP.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	L'analyse des événements indésirables a donné lieu à chaque fois à des actions d'amélioration par l'intermédiaire du CLUD. Les décisions sont ensuite validées en CME. Une réflexion est menée actuellement sur la prise en charge de la douleur de l'enfant pour une meilleure adaptation aux moyens proposés par l'industrie pharmaceutique.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	En grande partie	L'établissement est inscrit dans le réseau douleur de la région Basse-Normandie. Une IDE participe aux journées référents douleur et aux inter-CLUD. Toutefois, il n'existe pas encore d'échanges de protocoles avec d'autres établissements.

Référence 12: La prise en charge de la douleur

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement, en concertation avec le CLUD (ou équivalent).	Oui	Un CLUD est en place dans l'établissement, présidé par un médecin anesthésiste. La composition de ses membres est pluridisciplinaire. Le CLUD se réunit trimestriellement. Il met en place des procédures de prise en charge de la douleur, s'assure de leur connaissance par le personnel concerné et les évalue à intervalle régulier. La stratégie de prise en charge de la douleur fait partie du projet d'établissement.
Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonnes pratiques et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.	Oui	De nombreux protocoles sont mis en place et réactualisés périodiquement tels que: - analgésie par voie péridurale - évaluation de la douleur La pharmacienne organise des formations pour informer le personnel sur les nouveautés et les recommandations récentes. Les nouveaux protocoles sont présentés au personnel concerné par un anesthésiste.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Les infirmières référentes douleur participent à des journées de formation. Elles participent aux journées organisées par le réseau régional douleur. Elles transmettent ensuite les informations au personnel soignant. La prise en charge de la douleur est incluse dans le plan de formation 2014.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Oui	Le livret d'accueil du patient comporte une information sur la prise en charge de la douleur dans l'établissement. L'établissement a créé une vidéo à destination des patients dans laquelle la prise en charge de la douleur au sein de l'établissement est expliquée avec notamment une démonstration sur la PCA. La douleur est évaluée régulièrement au lit du patient. Le patient est éduqué à l'utilisation de la pompe à morphine. Il est informé également de sa prise en charge médicamenteuse à visée antalgique.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Compte-tenu de la classe pour l'indicateur " Traçabilité de l'évaluation de la douleur" et de sa valeur de 100% avec un intervalle de confiance à 95% = [100%-100%] pour la campagne de recueil 2011.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	La douleur est évaluée régulièrement tout au long de la surveillance à l'aide d'échelles adaptées. Elle est tracée dans le dossier et donne lieu à des adaptations de traitement de jour comme de nuit.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	L'établissement a mis en place plusieurs échelles d'évaluation adaptés au type de patients pris en charge: - l'échelle Algoplus pour les patients non communicants - un système de jetons pour les jeunes enfants - l'EVA pour les enfants plus grands - l'échelle numérique pour les adolescents - l'échelle FLACC pour les enfants non communicants. L'utilisation de ces échelles est connue de l'ensemble du personnel et elles sont disponibles sur chaque chariot de soins.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Traçabilité de l'évaluation de la douleur". Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation (EPP sur l'appropriation des outils et sur le bénéfice apporté aux prescriptions).
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	L'évaluation de la qualité et de la prise en charge de la douleur est évaluée régulièrement par le biais : - des questionnaires de sortie -de l'analyse des évènements indésirables -l'indicateur IPAQSS -l'analyse des plaintes et réclamations -l'EPP.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	L'analyse des évènements indésirables a donné lieu à chaque fois à des actions d'amélioration par l'intermédiaire du CLUD. Les décisions sont ensuite validées en CME. Une réflexion est menée actuellement sur la prise en charge de la douleur de l'enfant pour une meilleure adaptation aux moyens proposés par l'industrie pharmaceutique.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	En grande partie	L'établissement est inscrit dans le réseau douleur de la région Basse-Normandie. Une IDE participe aux journées référents douleur et aux inter-CLUD. Toutefois, il n'existe pas encore d'échanges de protocoles avec d'autres établissements.

Référence 13: La fin de vie

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

Un groupe de travail a été mis en place pour la prise en charge des patients en fin de vie.
Un médecin et une infirmière sont formés à cette prise en charge.
La prise en charge des patients en fin de vie est incluse dans le programme qualité de l'établissement.
La formalisation de cette organisation est en cours.

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

En grande partie

Une procédure de désignation de la personne de confiance est en place et connue du personnel.
Les informations sont données au patient par l'intermédiaire du livret d'accueil.
Il n'existe pas de formalisation pour le recueil des directives anticipées.

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.

En grande partie

Les informations sur les droits des patients leur sont données par le biais du livret thérapeutique remis systématiquement à l'entrée du patient.
Une plaquette informative à destination du patient est en cours d'élaboration par le groupe de travail mais non disponible à ce jour.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en œuvre.	Oui	Une convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs est en place. Un projet de partenariat avec l'association "vivre son deuil" est en cours. Il existe également des projets de sensibilisation et de formation interne aux personnels médicaux et para médicaux.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Un médecin et une infirmière sont formés à la prise en charge des patients en fin de vie. Ils assurent une formation interne aux personnels de l'établissement.
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Partiellement	Les personnels concernés de toutes catégories professionnelles échangent et transmettent les informations concernant les patients en fin de vie. Mais il n'a pas été mis en place de réunion pluridisciplinaire pour évoquer les malades au cas par cas.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en œuvre.	Oui	L'équipe mobile de soins palliatifs est contactée en cas de besoin. Une infirmière psychologue coordinatrice se déplace dans l'établissement pour prendre en charge les soignants en cas de crise.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	En grande partie	Le groupe de travail en charge des patients en fin de vie a fait bénéficier le personnel de l'établissement de formations internes concernant la loi Leonetti. D'autres formations figurent au plan de formation 2014.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'établissement va permettre l'accompagnement par l'association "vivre son deuil". L'équipe mobile de soins palliatifs se déplace soit dans l'établissement soit au domicile du patient. Elle permet la prise en charge du patient, de l'entourage et du personnel.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

<p>La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (Comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, commission de soins, etc.).</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le groupe de travail en charge de la "fin de vie" a réalisé une évaluation sur dossiers recherchant notamment la traçabilité de réunion pluridisciplinaire, le recueil des volontés du patient et des volontés spirituelles, la traçabilité des échanges avec l'entourage, de l'appel de l'unité de soins palliatifs, et la qualité des transmissions. Une évaluation plus large est projetée.</p>
<p>Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.</p>	<p>Oui</p>	<p>Une concertation a lieu au cas par cas par les professionnels concernés sur la limitation et l'arrêt des traitements en fonction des directives anticipées du patient. Le groupe de travail évoque ce sujet lors des réunions trimestrielles.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Suite à une évaluation des dossiers des patients en fin de vie, des actions d'amélioration ont eu lieu avec l'élaboration d'une grille de prise en charge palliative, une sensibilisation de l'ensemble du personnel. Un projet de mise en place d'un volet spécifique dans le dossier informatisé est en cours, ainsi que la réalisation d'une plaquette à l'attention des patients.</p>

Référence 13: La fin de vie

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

Un groupe de travail a été mis en place pour la prise en charge des patients en fin de vie.
Un médecin et une infirmière sont formés à cette prise en charge.
La prise en charge des patients en fin de vie est incluse dans le programme qualité de l'établissement.
La formalisation de cette organisation est en cours.

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

En grande partie

Une procédure de désignation de la personne de confiance est en place et connue du personnel.
Les informations sont données au patient par l'intermédiaire du livret d'accueil.
Il n'existe pas de formalisation pour le recueil des directives anticipées.

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.

En grande partie

Les informations sur les droits des patients leur sont données par le biais du livret thérapeutique remis systématiquement à l'entrée du patient.
Une plaquette informative à destination du patient est en cours d'élaboration par le groupe de travail mais non disponible à ce jour.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en œuvre.	Oui	Une convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs est en place. Un projet de partenariat avec l'association "vivre son deuil" est en cours. Il existe également des projets de sensibilisation et de formation interne aux personnels médicaux et para médicaux.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Un médecin et une infirmière sont formés à la prise en charge des patients en fin de vie. Ils assurent une formation interne aux personnels de l'établissement.
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Partiellement	Les personnels concernés de toutes catégories professionnelles échangent et transmettent les informations concernant les patients en fin de vie. Mais il n'a pas été mis en place de réunion pluridisciplinaire pour évoquer les malades au cas par cas.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en œuvre.	Oui	L'équipe mobile de soins palliatifs est contactée en cas de besoin. Une infirmière psychologue coordinatrice se déplace dans l'établissement pour prendre en charge les soignants en cas de crise.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	En grande partie	Le groupe de travail en charge des patients en fin de vie a fait bénéficier le personnel de l'établissement de formations internes concernant la loi Leonetti. D'autres formations figurent au plan de formation 2014.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'établissement va permettre l'accompagnement par l'association "vivre son deuil". L'équipe mobile de soins palliatifs se déplace soit dans l'établissement soit au domicile du patient. Elle permet la prise en charge du patient, de l'entourage et du personnel.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

<p>La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (Comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, commission de soins, etc.).</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le groupe de travail en charge de la "fin de vie" a réalisé une évaluation sur dossiers recherchant notamment la traçabilité de réunion pluridisciplinaire, le recueil des volontés du patient et des volontés spirituelles, la traçabilité des échanges avec l'entourage, de l'appel de l'unité de soins palliatifs, et la qualité des transmissions. Une évaluation plus large est projetée.</p>
<p>Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.</p>	<p>Oui</p>	<p>Une concertation a lieu au cas par cas par les professionnels concernés sur la limitation et l'arrêt des traitements en fonction des directives anticipées du patient. Le groupe de travail évoque ce sujet lors des réunions trimestrielles.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Suite à une évaluation des dossiers des patients en fin de vie, des actions d'amélioration ont eu lieu avec l'élaboration d'une grille de prise en charge palliative, une sensibilisation de l'ensemble du personnel. Un projet de mise en place d'un volet spécifique dans le dossier informatisé est en cours, ainsi que la réalisation d'une plaquette à l'attention des patients.</p>

PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.	Oui	La tenue du dossier patient fait l'objet de procédures qui définissent la composition du dossier ainsi que les missions et responsabilités de chaque professionnel. Les procédures sont validées en CME, diffusées et connus par l'ensemble du personnel. Le dossier est informatisé depuis mars 2013 sauf en chirurgie ambulatoire. Les professionnels ont bénéficié d'une formation au logiciel utilisé par l'établissement.
Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et diffusées.	Oui	Il existe une procédure d'accès au dossier et d'archivage. Un système de code couleur facilite l'accès au dossier par les secrétaires. Le local d'archivage est sécurisé par un système d'ouverture par empreinte digitale.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	En grande partie	Compte tenu de la valeur de l'indicateur "Tenue du dossier patient" et de sa valeur de 73% avec un intervalle de confiance à 95% = [70%-76%] pour la campagne de recueil 2011.

	En grande partie	Suite à ces résultats, l'établissement a défini et met en œuvre un plan d'actions structuré et suivi.
La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.	Oui	La communication du dossier est strictement assurée. L'informatisation du dossier patient permet la lisibilité des informations par l'ensemble du personnel de la clinique. Le compte -rendu d'hospitalisation est transmis au médecin traitant à la sortie du patient. Il existe une fiche en cas de transfert du patient vers un autre établissement comportant les informations nécessaires telles que diagnostic, traitement, surveillance, motif de transfert et examens complémentaires. L'établissement utilise également l'outil trajectoire. L'investigation a marqué une divergence au regard de la valeur de l'indicateur HN associé au moment de la visite.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Tenue du dossier patient". Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation : le médecin DIM réalise des statistiques et des audits sur la tenue du dossier patient. Elle transmet les résultats en CME et aux professionnels concernés. Un audit sur le compte rendu d'hospitalisation a été réalisé et a permis l'amélioration du délai d'envoi. A noter que l'établissement a recueilli le ou les indicateurs Hôpital Numérique associés au moment de la visite.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	L'informatisation complète en MCO est prévue pour 2014. Elle donnera lieu à des audits sur la maîtrise de l'outil informatique. Les évolutions sur la traçabilité et le délai d'envoi des comptes rendus d'hospitalisation ont permis une amélioration de ces pratiques.

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation		
A		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.	Oui	La tenue du dossier patient fait l'objet de procédures qui définissent la composition du dossier ainsi que les missions et responsabilités de chaque professionnel. Les procédures sont validées en CME, diffusées et connus par l'ensemble du personnel. Le dossier est informatisé depuis mars 2013 en SSR. Les professionnels ont bénéficié d'une formation au logiciel utilisé par l'établissement.
Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et diffusées.	Oui	Il existe une procédure d'accès au dossier et d'archivage. Un système de code couleur facilite l'accès au dossier par les secrétaires. Le local d'archivage est sécurisé par un système d'ouverture par empreinte digitale.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	En grande partie	Compte tenu de la valeur de l'indicateur "Tenue du dossier patient" et de sa valeur de 62% avec un intervalle de confiance à 95% = [60%-64%] pour la campagne de recueil 2011. Suite à ces résultats, l'établissement a défini et met en oeuvre un plan d'actions structuré et suivi.

<p>La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.</p>	<p>Oui</p>	<p>La communication du dossier est strictement assurée. L'informatisation du dossier patient permet la lisibilité des informations par l'ensemble du personnel de la clinique. Le compte -rendu d'hospitalisation est transmis au médecin traitant à la sortie du patient. Il existe une fiche en cas de transfert du patient vers un autre établissement comportant les informations nécessaires telles que diagnostic, traitement, surveillance, motif de transfert et examens complémentaires. L'établissement utilise également l'outil trajectoire. L'investigation a marqué une divergence au regard de la valeur de l'indicateur HN associé au moment de la visite.</p>
<p>E3 Evaluer et améliorer</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement recueille l'indicateur "Tenue du dossier patient". Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation : le médecin DIM réalise des statistiques et des audits sur la tenue du dossier patient. Elle transmet les résultats en CME et aux professionnels concernés. Un audit sur le compte-rendu d'hospitalisation a été réalisé et a permis l'amélioration du délai d'envoi. A noter que l'établissement a recueilli le ou les indicateurs Hôpital Numérique associés au moment de la visite.</p>
<p>Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'informatisation complète, dans l'ensemble de la structure, donnera lieu à des audits sur la maîtrise de l'outil informatique. Les évolutions sur la traçabilité et le délai d'envoi des comptes-rendus d'hospitalisation ont permis une amélioration de ces pratiques.</p>

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation		
	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'accès du patient à son dossier est organisé.	Oui	L'établissement organise l'accès du patient à son dossier conformément à la réglementation. Les modalités sont définies dans une procédure "Communication d'un dossier patient".
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.	Oui	Le patient est informé des droits d'accès à son dossier dans le livret d'accueil, ainsi que sur le site internet de la clinique.
L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	Oui	Une personne référente est identifiée pour assurer le respect des délais d'accès du patient à son dossier. Un indicateur de suivi est en place.
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	Les délais de transmission des dossiers aux patients sont régulièrement analysés. Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec le résultat des analyses des délais de transmission.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.	Oui	Un état du nombre des dossiers faisant apparaître les délais de transmission est présenté lors de chaque réunion de la CRU. Un indicateur de suivi est en place. Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec le résultat de l'indicateur.

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation		
	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'accès du patient à son dossier est organisé.	Oui	L'établissement organise l'accès du patient à son dossier conformément à la réglementation. Les modalités sont définies dans une procédure "Communication d'un dossier patient".
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.	Oui	Le patient est informé des droits d'accès à son dossier dans le livret d'accueil, ainsi que sur le site internet de la clinique.
L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	Oui	Une personne référente est identifiée pour assurer le respect des délais d'accès du patient à son dossier. Un indicateur de suivi est en place.
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	Les délais de transmission des dossiers aux patients sont régulièrement analysés. Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec le résultat des analyses des délais de transmission.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.	Oui	Un état du nombre des dossiers faisant apparaître les délais de transmission est présenté lors de chaque réunion de la CRU. Un indicateur de suivi est en place. Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec le résultat de l'indicateur.

Référence 15: l'identification du patient

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



Cotation		
A		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
<p>Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge sont définis.</p>	Oui	<p>Il existe une organisation pour garantir la fiabilité de l'identification du patient, cette organisation définit :</p> <ul style="list-style-type: none"> les objectifs en matière d'identification, propres aux secteurs administratifs et aux secteurs cliniques, les circuits, notamment informatiques, en cohérence avec l'organisation globale de l'établissement, les points critiques, repris dans la cartographie des risques, les acteurs clés et les personnes ressources, des indicateurs. <p>La gestion des situations particulières est prise en compte. La saisie "Hôpital Numérique" a été l'occasion de revoir le fonctionnement de la cellule d'identitovigilance, et la procédure de saisie de l'identité du patient lors de l'ouverture de son dossier. La valeur de l'indicateur HN associé au moment de la visite des experts confirme ces observations.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	En grande partie	Lors de l'arrivée d'un nouveau professionnel, le responsable de son service sensibilise le salarié à l'identitovigilance. Des rappels réguliers sont réalisés notamment lors de la survenue d'un évènement indésirable. Cependant, il n'existe pas de réel programme de formation à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.
Le personnel de l'accueil administratif met en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Une procédure d'identitovigilance est établie avec les professionnels concernés. Cette procédure est disponible, mise en oeuvre et actualisée.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	Oui	Les professionnels de santé vérifient l'identité du patient dès son admission dans le service. Chaque élément de son dossier papier est identifié par une étiquette reprenant l'identité du patient. Un bracelet d'identification est mis au patient. Tous les professionnels de santé appliquent les règles contenues dans la procédure d'identitovigilance validée par l'établissement.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.	Oui	Un audit annuel est réalisé sur la fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Chaque erreur d'identification détectée fait l'objet d'un signalement d'évènement indésirable. Chaque erreur est analysée, fait l'objet d'actions d'amélioration reprises dans le plan d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Des indicateurs de suivi sont en place. A noter que l'établissement a recueilli l'indicateur Hôpital Numérique associé au moment de la visite.

Référence 15: l'identification du patient

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



Cotation		B
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
<p>Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge sont définis.</p>	Oui	<p>Il existe une organisation pour garantir la fiabilité de l'identification du patient, cette organisation définit :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les objectifs en matière d'identification, propres aux secteurs administratifs et aux secteurs cliniques, Les circuits, notamment informatiques, en cohérence avec l'organisation globale de l'établissement, les points critiques, repris dans la cartographie des risques, les acteurs clés et les personnes ressources, des indicateurs. <p>La gestion des situations particulières (identification provisoire aux urgences par exemple) est prise en compte.</p> <p>La saisie "Hôpital Numérique" a été l'occasion de revoir le fonctionnement de la cellule d'identitovigilance, et la procédure de saisie de l'identité du patient lors de l'ouverture de son dossier. La valeur de l'indicateur HN associé au moment de la visite des experts confirme ces faits.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	En grande partie	Lors d'un nouvel arrivant, le responsable de son service sensibilise le salarié à l'identitovigilance. Des rappels réguliers sont faits notamment lors de la survenue d'un évènement indésirable. Cependant, il n'existe pas de réel programme de formation à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.
Le personnel de l'accueil administratif met en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Une procédure d'identitovigilance est établie avec les professionnels concernés. Cette procédure est disponible, mise en oeuvre et actualisée.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	Oui	Les professionnels de santé vérifient l'identité du patient dès son admission dans le service. Chaque élément de son dossier papier est identifié par une étiquette reprenant l'identité du patient. Un bracelet d'identification est mis au patient. Tous les professionnels de santé appliquent les règles contenues dans la procédure d'identitovigilance validée par l'établissement.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.	En grande partie	Un audit annuel général est réalisé sur la fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Chaque erreur d'identification détectée fait l'objet d'un signalement d'évènements indésirables. Chaque erreur est analysée, fait l'objet d'actions d'amélioration reprises dans le plan d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Des indicateurs de suivi sont en place. Toutefois, les évaluations en SSR ne sont pas spécifiques à ce type de prise en charge. A noter que l'établissement a recueilli l'indicateur Hôpital Numérique associé au moment de la visite.

PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

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

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des modalités d'accueil du patient sont définies, notamment celles qui concernent la remise du livret d'accueil.	Oui	
L'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées.	Oui	
Des dispositions sont prises afin d'assurer la prise en charge ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de prise en charge.	Oui	

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

Référence 16: l'accueil du patient

Critère 16.a - Soins de suite et/ou de réadaptation Dispositif d'accueil du patient

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des modalités d'accueil du patient sont définies, notamment celles qui concernent la remise du livret d'accueil.	Oui	
L'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées.	Oui	
Des dispositions sont prises afin d'assurer la prise en charge ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de prise en charge.	Oui	

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

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

Critère 17.a - Court Séjour

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

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé, et prend en compte l'ensemble de ses besoins.	Oui	
L'organisation des prises en charge en fonction des objectifs de soins permet aux patients hospitalisés sans consentement et aux détenus l'accès aux activités thérapeutiques.	NA	l'établissement n'accueille pas de détenus. L'établissement ne pratique pas d'interventions sans consentement. Quelque soit le cas de figure le consentement du patient ou du tuteur est recueilli.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	Oui	
Un projet de soins personnalisés est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).	En grande partie	

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

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

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

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

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

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

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

Critère 17.b
Prise en charge somatique des patients



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

Cotation		
	NA	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un projet de prise en charge somatique est formalisé.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Le recours aux avis spécialisés est organisé et formalisé.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation initiale du patient comprend un volet somatique.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Un suivi somatique du patient est organisé tout au long de la prise en charge.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

Critère 18.a - Court Séjour

Continuité et coordination de la prise en charge des patients

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et d'astreintes sont définis afin d'assurer la permanence des soins 24 h/24.	Oui	
Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes associées aux différents modes de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, temps plein) et avec les partenaires extérieurs.	Oui	
Des modalités de transmission d'informations entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les secteurs d'activité collaborent afin d'assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	Oui	

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

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

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

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et d'astreintes sont définis afin d'assurer la permanence des soins 24 h/24.	Oui	
Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes associées aux différents modes de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, temps plein) et avec les partenaires extérieurs.	Oui	
Des modalités de transmission d'informations entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les secteurs d'activité collaborent afin d'assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	Oui	

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

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

Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est définie.	En grande partie	
Cette procédure est remise et expliquée au patient ou à son entourage.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.	Oui	
Un matériel d'urgence opérationnel est disponible dans tous les secteurs de l'établissement.	Oui	

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

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

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

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

Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est définie.	En grande partie	
Cette procédure est remise et expliquée au patient ou à son entourage.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.	Oui	
Un matériel d'urgence opérationnel est disponible dans tous les secteurs de l'établissement.	Oui	

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes âgées

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

Cotation		A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	En grande partie		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	
La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.	Oui		
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui		
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats	

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

Cotation		B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	En grande partie		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	
La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.	En grande partie		
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	En grande partie		
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats	

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Enfants et adolescents

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

Cotation		B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	En grande partie		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	
La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.	En grande partie		
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	En grande partie		
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats	

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

Cotation		B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	En grande partie		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	
La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.	En grande partie		
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	En grande partie		
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats	

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes démunies

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

Cotation		B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	En grande partie		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	
La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.	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, la réadaptation et la réinsertion.	Partiellement	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes détenues

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.	NA	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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



Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés.	Oui	
L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge, en lien avec le CLAN ou son équivalent.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.	En grande partie	
Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.	Oui	Compte-tenu de la classe pour l'indicateur "Dépistage des troubles nutritionnels" et de sa valeur de 93% avec un intervalle de confiance à 95% =[87%-98%] pour la campagne de recueil 2011.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "dépistage des troubles nutritionnels". Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation (audits CLAN).
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

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



Cotation		
B		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés.	Oui	
L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge, en lien avec le CLAN ou son équivalent.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.	En grande partie	
Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.	En grande partie	Compte-tenu de la classe de l'indicateur "Dépistage des troubles de l'état nutritionnel" et de sa valeur de 54% avec un intervalle de confiance à 95% = [43%-65%] pour la campagne de recueil 2011. Suite à ces résultats, l'établissement a défini et mis en oeuvre

	En grande partie	un plan d'actions structuré et suivi. L'informatisation du dossier a permis une amélioration de la traçabilité du dépistage des troubles nutritionnels.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Dépistage des troubles nutritionnels". Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation (audits CLAN).
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.c - Court Séjour Risque suicidaire

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

Cotation		B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
Les patients présentant un risque suicidaire sont identifiés.	En grande partie		
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.	En grande partie		
Les professionnels sont formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire.	Partiellement		
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats	

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.c - Soins de suite et/ou de réadaptation Risque suicidaire

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

Cotation		B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
Les patients présentant un risque suicidaire sont identifiés.	En grande partie		
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.	En grande partie		
Les professionnels sont formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire.	Partiellement		
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats	

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.d Hospitalisation sans consentement

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

Cotation	NA	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'information de toute personne hospitalisée sans consentement (HDT ou HO), sur les modalités de son hospitalisation et les possibilités de recours, est organisée.	NA	
Les procédures d'hospitalisation sans consentement sont définies.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Une sensibilisation et une formation des professionnels à ces modalités d'hospitalisation sont mises en place.	NA	
Des procédures d'hospitalisation sans consentement sont mises en oeuvre.	NA	

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

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Il existe une politique concertée et formalisée d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse dans la procédure "circuit du médicament". Cette politique comporte, au sein du CBUM, des objectifs précis et des indicateurs de suivi. La politique prend en compte les actions de bon usage, les suites de l'inspection du 23/01/2007 de la PUI, les décisions de la V 2007 (nécessaire maîtrise de la dispensation des médicaments), la prévention des risques associée à chaque étape de la prise en charge figurant dans la cartographie des risques, la gestion et l'utilisation des médicaments à risque et des populations définies dans une procédure spécifique, la formation des professionnels et des nouveaux arrivants aux procédures et protocoles, les actions d'amélioration définies suite aux CREEM (Comités de Retour d'Expérience des Erreurs Médicamenteuse) et la prescription connectée effective en MCO à part en chirurgie ambulatoire (11 lits).

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

Oui

La prescription connectée est implantée en hospitalisation de chirurgie, en Hospitalisation de semaine, au bloc opératoire et en SSPI. Elle n'est pas encore implantée en Chirurgie Ambulatoire (11 lits). Ce projet est intégré au

	Oui	schéma directeur du système d'information. Le déploiement du projet en chirurgie ambulatoire est planifié à court terme (quelques mois).
Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Il existe des outils d'aide à la prescription et à l'analyse pharmaceutique (livret thérapeutique, livret des dispositifs médicaux, bases d'aide à la prescription dans le logiciel de prescription connectée). Ces outils sont validés, actualisés et accessibles aux professionnels.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	En grande partie	Il existe des actions de sensibilisation à la prévention des erreurs médicamenteuses par la mise en place systématique de CREEM (Comités de Retour d'Expérience des erreurs Médicamenteuses) après chaque incident concernant une erreur médicamenteuse. L'ensemble de l'équipe concernée y est associé. Plusieurs IDE ont participé à des actions de formation régionales sur les risques d'erreurs médicamenteuses. Le préparateur en pharmacie et la pharmacienne sont disponibles à tout moment pour les unités de soins. Toutefois, les actions de sensibilisation et de formation n'ont concerné qu'une grande partie des professionnels.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prescription médicamenteuse est en place pour les lits de chirurgie et d'hôpital de semaine et au bloc opératoire et en SSPI. Seules les 11 places de chirurgie ambulatoire ne bénéficient pas encore de la prescription connectée. celle-ci est programmée à court terme (quelques mois). Ceci est confirmé par la valeur de l'indicateur HN associé en référence au seuil de progression au moment de la visite.
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, des produits et prestations, est réalisé.</p>	<p>Oui</p>	<p>La prise en charge médicamenteuse au sein de l'établissement fait l'objet d'un suivi quantitatif et qualitatif par le CBUM et un ensemble d'audits réguliers par diagnostics de processus associés. A noter que l'établissement a recueilli l'indicateur Hôpital Numérique associé au moment de la visite.</p>
<p>Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.</p>	<p>Oui</p>	<p>Il existe un recueil des erreurs médicamenteuses par fiche d'Evènement Indésirable (FEI), à la disposition des professionnels concernés. L'organisation par CREEM permet une analyse systématique des erreurs médicamenteuses par l'équipe pluridisciplinaire concernée.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.</p>	<p>Oui</p>	<p>Après audit, les actions d'amélioration sont systématiquement mises en œuvre, suivies et coordonnées. La rétro-information des professionnels est systématique par informations orales et relai dans les bulletins qualité mensuels.</p>

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Il existe une politique concertée et formalisée d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse dans la procédure "circuit du médicament". Cette politique comporte, au sein du CBUM, des objectifs précis et des indicateurs de suivi. La politique prend en compte les actions de bon usage, les suites de l'inspection du 23/01/2007 de la PUI, les décisions de la V 2007 (nécessaire maîtrise de la dispensation des médicaments), la prévention des risques associée à chaque étape de la prise en charge figurant dans la cartographie des risques, la gestion et l'utilisation des médicaments à risque et des populations définies dans une procédure spécifique, la formation des professionnels et des nouveaux arrivants aux procédures et protocoles, les actions d'amélioration définies suite aux CREEM (Comités de Retour d'Expérience des Erreurs Médicamenteuse) et la prescription connectée effective en SSR.

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

Oui

La prescription connectée est totalement implantée en SSR. Ce projet est intégré au schéma directeur du système d'information.

Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Il existe des outils d'aide à la prescription et à l'analyse pharmaceutique (livret thérapeutique, livret des dispositifs médicaux, bases d'aide à la prescription dans le logiciel de prescription connectée). Ces outils sont validés, actualisés et accessibles aux professionnels.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	En grande partie	Il existe des actions de sensibilisation à la prévention des erreurs médicamenteuses par la mise en place systématique de CREEM (Comités de Retour d'Expérience des erreurs Médicamenteuses) après chaque incident concernant une erreur médicamenteuse. L'ensemble de l'équipe concernée y est associé. Plusieurs IDE ont participé à des actions de formation régionales. Le préparateur en pharmacie et la pharmacienne sont disponibles à tout moment pour les unités de soins. Toutefois, les actions de sensibilisation et de formation n'ont concerné qu'une grande partie des professionnels.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prescription médicamenteuse est totalement en place en SSR. Ceci est confirmé par la valeur de l'indicateur HN associé en référence au seuil de progression au moment de la visite.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Oui	La prise en charge médicamenteuse au sein de l'établissement fait l'objet d'un suivi quantitatif et qualitatif par le CBUM et un ensemble d'audits réguliers par diagnostics de processus associés. A noter que l'établissement a recueilli l'indicateur Hôpital Numérique associé au moment de la visite.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Il existe un recueil des erreurs médicamenteuses par fiche d'Evènement Indésirable (FEI), à la disposition des professionnels concernés. L'organisation par CREEM permet une analyse systématique des erreurs médicamenteuses par l'équipe pluridisciplinaire concernée.

	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	Oui	Après audit, les actions d'amélioration sont systématiquement mises en œuvre, suivies et coordonnées. La rétro-information des professionnels est systématique par informations orales et relai dans les bulletins qualité mensuels.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a bis - Court Séjour
Prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a formalisé les règles de prescription, y compris pour les médicaments à risque, les populations à risque (enfants, personnes âgées) et les périodes à risque (vacances du personnel avec présence de professionnels vacataires). La prescription connectée est en place dans l'ensemble des secteurs de MCO (service de chirurgie, service d'hôpital de semaine, Bloc opératoire et SSPI) sauf en Ambulatoire (11 places). En Ambulatoire, il existe un support unique de prescription et d'administration qui répond totalement aux impératifs réglementaires.

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

Oui

L'établissement est organisé pour informer le patient de la nécessité de transmettre aux professionnels son traitement personnel à l'admission. Il existe une procédure de gestion du traitement personnel du patient, connue et appliquée par l'ensemble des professionnels des secteurs.
 Les prescriptions à l'admission et les ordonnances de sortie tiennent compte du traitement dont disposait le patient avant son admission.

Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.	Oui	L'établissement a formalisé l'organisation de l'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient en MCO (analyse pharmaceutique associée à la prescription connectée). La délivrance nominative des médicaments est systématiquement réalisée pour les traitements habituels des patients et par dotation globalisée pour les traitements liés à l'intervention chirurgicale. Le conditionnement unitaire des médicaments, comportant leur identification jusqu'au moment de l'administration est en place sauf pour les très rares conditionnements ne permettant pas cette identification. Dans ce cas, des mesures adaptées sont mises en place (délivrance au moment de l'administration à partir de la plaquette « source »). L'acheminement des médicaments vers les unités de soins est sécurisé. L'information et les conseils aux utilisateurs sont préconisés et réalisés. La réponse aux demandes urgentes de médicaments est possible à tout moment, selon une procédure définie. Il existe une stratégie d'optimisation des stocks à la PUI.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	Les règles d'administration des médicaments sont formalisées et respectent les dispositions règlementaires. Il existe une identification des médicaments à risque, des populations à risque et des périodes à risque avec conduites à tenir associées. Ces documents sont validés, actualisés et accessibles aux professionnels. Le matériel d'administration des dispositifs à risque est standardisé. Les professionnels de la Pharmacie (préparateur et pharmacien) prennent en charge le rangement des médicaments et en particulier des médicaments à risque, dans les services, par renouvellement de dotations bi-hebdomadaires avec système de renouvellement d'armoires « plein-vide ».
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	En grande partie	Compte-tenu de la valeur du critère "rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation" de l'indicateur "Tenue du dossier" et de sa valeur de 3% pour la campagne de recueil 2011. Suite à ces

	En grande partie	résultats, l'établissement a défini et mis en œuvre, par la prescription connectée et l'outil papier de prescription-exécution en Ambulatoire, un plan d'actions structuré et suivi.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	L'analyse pharmaceutique est systématiquement réalisée pour l'ensemble des lits de MCO. La délivrance nominative est systématique pour les traitements habituels des patients, les antibiotiques et les stupéfiants. Seuls les médicaments délivrés par protocole de soin, au décours de la chirurgie, ne bénéficient pas encore d'une délivrance nominative stricte.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	Les situations nécessitant une information des patients sont identifiées (personnes âgées, anticoagulants, etc...). Toutefois, la traçabilité de cette information dans le dossier du patient est peu retrouvée.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée en temps réel, par les IDE, dans le logiciel de prescription connectée ou sur un support unique de prescription-administration pour les 11 lits de chirurgie ambulatoire.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Les professionnels réalisent des audits réguliers de la prise en charge médicamenteuse par diagnostics de processus. En particulier, l'administration des médicaments, les armoires à pharmacie et les chariots d'urgence font l'objet de contrôles planifiés.

Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Le bilan des actions de bon usage des médicaments est systématiquement réalisé et diffusé aux professionnels concernés, lors de réunions régulières avec le pharmacien et dans les bulletins qualité mensuels.
--	-----	--

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a formalisé les règles de prescription, y compris pour les médicaments à risque, les populations à risque (enfants, personnes âgées) et les périodes à risque (vacances du personnel avec présence de professionnels vacataires).
 La prescription connectée est en place dans l'ensemble des secteurs de SSR.

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

Oui

L'établissement est organisé pour informer le patient de la nécessité de transmettre aux professionnels son traitement personnel à l'admission. Il existe une procédure de gestion du traitement personnel du patient, connue et appliquée par l'ensemble des professionnels de SSR.
 Les prescriptions à l'admission et les ordonnances de sortie tiennent compte du traitement dont disposait le patient avant son admission.

Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.	Oui	L'établissement a formalisé l'organisation de l'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient en SSR (analyse pharmaceutique associée à la prescription connectée). La délivrance nominative des médicaments est systématiquement réalisée pour les traitements habituels des patients et par dotation globalisée pour les traitements liés aux suites de l'intervention chirurgicale. Le conditionnement unitaire des médicaments, comportant leur identification jusqu'au moment de l'administration est en place sauf pour les très rares conditionnements ne permettant pas cette identification. Dans ce cas, des mesures adaptées sont mises en place (délivrance au moment de l'administration à partir de la plaquette « source »). L'acheminement des médicaments vers les unités de soins est sécurisé. L'information et les conseils aux utilisateurs sont préconisés et réalisés. La réponse aux demandes urgentes de médicaments est possible à tout moment, selon une procédure définie. Il existe une stratégie d'optimisation des stocks à la PUI.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	Les règles d'administration des médicaments sont formalisées et respectent les dispositions réglementaires. Il existe une identification des médicaments à risque, des populations à risque et des périodes à risque avec conduites à tenir associées. Ces documents sont validés, actualisés et accessibles aux professionnels. Le matériel d'administration des dispositifs à risque est standardisé. Les professionnels de la Pharmacie (préparateur et pharmacien) prennent en charge le rangement des médicaments et en particulier des médicaments à risque, dans le service de SSR, par renouvellement de dotations bi-hebdomadaires par système de renouvellement d'armoires « plein-vide ».
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	En grande partie	Compte-tenu de la valeur du critère "rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation" de l'indicateur "Tenue du dossier" et de sa valeur de 51% pour la campagne de recueil 2011. Suite à ces

	En grande partie	résultats, l'établissement a défini et mis en œuvre, par la prescription connectée totalement implantée en SSR, un plan d'actions structuré et suivi.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	L'analyse pharmaceutique est systématiquement réalisée pour l'ensemble des lits de SSR. La délivrance nominative est systématique pour les traitements habituels des patients, les antibiotiques et les stupéfiants. Seuls les médicaments délivrés par protocole de soin, à distance de la chirurgie, ne bénéficient pas encore d'une délivrance nominative stricte.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	Les situations nécessitant une information des patients sont identifiées (personnes âgées, anticoagulants, etc...). Toutefois, la traçabilité dans le dossier du patient est peu retrouvée.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	En SSR, la traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée en temps réel, par les IDE, dans le logiciel de prescription connectée.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Les professionnels réalisent des audits réguliers de la prise en charge médicamenteuse par diagnostics de processus. En particulier l'administration des médicaments, les armoires à pharmacie et les chariots d'urgence font l'objet de contrôles planifiés.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Le bilan des actions de bon usage des médicaments est systématiquement réalisé et diffusé aux professionnels concernés, par réunions régulières des équipes avec la pharmacienne et dans les bulletins Qualité mensuels.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

Cotation		B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
L'établissement dispose d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, en vue notamment de réduire la morbi-mortalité évitable.	En grande partie		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	
Des données de référence permettant une prescription conforme sont mises à la disposition des professionnels.	Oui		
Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.	Oui		
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats	

La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.	En grande partie	
Des actions d'amélioration et leur suivi sont mis en œuvre.	En grande partie	

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

Cotation		B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
L'établissement dispose d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, en vue notamment de réduire la morbi-mortalité évitable.	En grande partie		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	
Des données de référence permettant une prescription conforme sont mises à la disposition des professionnels.	Oui		
Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.	Oui		
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats	

La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.	En grande partie	
Des actions d'amélioration et leur suivi sont mis en œuvre.	En grande partie	

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

Critère 21.a - Court Séjour

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

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles relatives au circuit du traitement des examens de biologie médicale ou d'anatomo-cytopathologie sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et le laboratoire.	Oui	
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen de biologie médicale.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des outils et conseils d'aide à la prescription, aux prélèvements et au transport sont mis à disposition et connus des professionnels.	Oui	
Les demandes d'analyse sont identifiées, argumentées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	Oui	

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

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

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

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

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles relatives au circuit du traitement des examens de biologie médicale ou d'anatomo-cytopathologie sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et le laboratoire.	Oui	
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen de biologie médicale.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des outils et conseils d'aide à la prescription, aux prélèvements et au transport sont mis à disposition et connus des professionnels.	Oui	
Les demandes d'analyse sont identifiées, argumentées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	Oui	

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

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

Critère 21.b Démarche qualité en laboratoire de biologie médicale

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

Cotation	NA	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le laboratoire de biologie médicale développe une politique institutionnelle de management de la qualité, en tenant compte de l'évolution de la réglementation qui conduit à l'accréditation.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La démarche qualité est mise en œuvre, avec des échéances déterminées, compatibles avec le respect de la réglementation.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'évaluation sont menées, et s'inscrivent dans le programme d'amélioration de la qualité du laboratoire de biologie médicale.	NA	

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

Critère 22.a - Court Séjour

Demande d'examen et transmission des résultats

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles de fonctionnement sont définies, en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les secteurs d'imagerie (y compris externalisés).	Oui	
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen d'imagerie médicale.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	
Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	Oui	

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

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

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

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles de fonctionnement sont définies, en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les secteurs d'imagerie (y compris externalisés).	Oui	
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen d'imagerie médicale.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	
Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	Oui	

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

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

Critère 22.b Démarche qualité en service d'imagerie

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

Cotation	NA	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les secteurs développent un système d'assurance de la qualité.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les examens sont réalisés dans le respect des bonnes pratiques.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'évaluation sont menées, et s'inscrivent dans le programme d'amélioration de la qualité en imagerie.	NA	

Référence 23: l'éducation thérapeutique à destination du patient et de son entourage**Critère 23.a - Court Séjour
Education thérapeutique du patient****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

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

Oui

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

En grande partie

Une coordination avec les professionnels extrahospitaliers et les réseaux est organisée.

Partiellement

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

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

En grande partie

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

Référence 23: l'éducation thérapeutique à destination du patient et de son entourage**Critère 23.a - Soins de suite et/ou de réadaptation
Education thérapeutique du patient**

Cotation		B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
L'offre de programmes d'éducation thérapeutique, au sein de l'établissement et au sein du territoire de santé, est identifiée.	Oui		
Les maladies ou situations nécessitant l'élaboration d'une démarche structurée d'éducation thérapeutique du patient (ETP), intégrée à sa prise en charge, sont identifiées.	En grande partie		
Une coordination avec les professionnels extrahospitaliers et les réseaux est organisée.	En grande partie		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	
Selon la nature des besoins et des attentes des patients, des programmes d'ETP autorisés sont proposés aux patients et mis en oeuvre. Si l'établissement de santé ne met pas en oeuvre de programme autorisé, il lui est demandé de	En grande partie		

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

Référence 24: La sortie du patient

Critère 24.a - Court Séjour
Sortie du patient



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	En grande partie	Compte-tenu de la classe pour l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation" et de sa valeur de 54% avec un intervalle de confiance à 95% = [43%-65%] pour la campagne de recueil 2011. Suite à ces résultats, l'établissement a défini et mis en œuvre un plan d'actions structuré et suivi.
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.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation". Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation (appel J+1 en Ambulatoire).
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	En grande partie	La pertinence des orientations à la sortie est systématiquement évaluée par l'appel à J+1 en Ambulatoire. Dans les autres services, elle est systématiquement évaluée mais de façon non formelle.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

Référence 24: La sortie du patient

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	En grande partie	Compte-tenu de la classe pour l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation" et de sa valeur de 69% avec un intervalle de confiance à 95% = [59%-79%] pour la campagne de recueil 2011. Suite à ces résultats, l'établissement a défini et mis en œuvre un plan d'actions structuré et suivi.
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.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation". Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation (appel J+1 en Ambulatoire).
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	En grande partie	La pertinence des orientations à la sortie est systématiquement évaluée mais de façon non formelle.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

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

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



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

Cotation	NA	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'organisation du service des urgences au sein du réseau des urgences est formalisée, et connue des acteurs du territoire de santé.	NA	
Le recours aux avis spécialisés permettant de répondre aux besoins des patients est organisé et formalisé.	NA	
Les circuits de prise en charge sont définis et formalisés, selon le degré d'urgence et la typologie des patients (soins immédiats, soins rapides non immédiats, patients debout, patients couchés, traumatologie, filières spécifiques, etc.).	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

La disponibilité des lits d'hospitalisation est analysée en temps réel.	NA	
Les professionnels sont formés à l'accueil et à l'orientation des patients.	NA	
L'établissement a développé une offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les secteurs de soins (consultations, hospitalisations directes).	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi des temps d'attente et de passage, selon le degré d'urgence, est en place.	NA	
Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements sont réalisés.	NA	
Les actions d'amélioration sont définies avec les professionnels ainsi que les représentants des usagers, et sont mises en œuvre.	NA	

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.a Organisation du bloc opératoire



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

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.	Oui	Les processus à risque du bloc opératoire sont identifiés pour chaque type de prise en charge (bloc programmé, chirurgie ambulatoire, urgence chirurgicale, prise en charge des enfants, prise en charge des interventions septiques). Les processus interventionnel et support sont organisés et adaptés.
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place (elle comprend l'ensemble des dimensions, y compris la gestion des locaux et des équipements).	Oui	La démarche Qualité au bloc opératoire est en place (cartographie des risques, procédures et protocoles, indicateurs de suivi). Elle comprend l'engagement de la direction, un système documentaire entretenu et adapté, une organisation du travail et des responsabilités fixées, une formation de deux mois des nouveaux arrivants, la gestion des évènements indésirables courants et la gestion des évènements indésirables graves par RMM, des outils de suivi avec des actions d'amélioration systématiques.
La Charte de fonctionnement, définie et validée par un conseil de bloc, précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, dont l'ambulatoire et les urgences, et établit les	Oui	La charte de fonctionnement du bloc opératoire est définie et a été validée par le Conseil de bloc. Ce document précise l'ensemble des modes de fonctionnement et de prise en charge ainsi que les responsabilités et modalités de

responsabilités et les modalités d'élaboration et de régulation des programmes opératoires.	Oui	régulation du programme opératoire (comité de bloc, régulation journalière et hebdomadaire).
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé entre le bloc opératoire, les secteurs d'activité clinique, médico-technique, technique et logistique.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Tenue du dossier d'anesthésie" avec une valeur de 79 avec un intervalle de confiance de [76-82] pour la campagne de recueil 2011. Suite à ces résultats, l'établissement a défini et mis en œuvre un plan d'actions structuré, connu des professionnels et suivi.
Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.	Oui	Il existe un système d'information au bloc opératoire qui permet la gestion et le suivi de la prise en charge anesthésique et de la prescription connectée au bloc et en SSPI. Les chirurgiens intègrent leur CRO en temps réel au système d'information mis en place par l'établissement. Ceci est confirmé par la valeur de l'indicateur HN associé en référence au seuil de progression au moment de la visite.
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.	Oui	L'activité de régulation au bloc opératoire est assurée par le cadre responsable opérationnel, soutenu par le conseil de bloc qui statue de façon hebdomadaire sur le programme de la semaine à venir, et se réunit chaque quinzaine pour réguler les dysfonctionnements. Le respect du programme fait l'objet d'un suivi quantitatif (taux d'occupation des salles, suivi des vacances attribuées, relevé des dépassements des temps attribués, etc...). Les dysfonctionnements sont systématiquement traités et réglés.
La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en œuvre pour toute intervention de l'équipe opératoire.	En grande partie	La check-list "Sécurité du patient au bloc opératoire" est mise en place, utilisée et conservée dans le dossier du patient. Toutefois, le time out n'est pas réalisé de façon conjointe par l'ensemble des acteurs, permettant un "Go" ou un "No" collectif et concerté.

La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes, incluant les vérifications effectuées, est assurée.	Oui	L'établissement a mis en place une organisation permettant la traçabilité des DMI et des actes, en lien avec la Pharmacie et le DIM. Le dossier patient contient notamment la traçabilité des DMI, des actes et de l'ensemble des vérifications effectuées.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	Oui	Les professionnels s'appuient sur des procédures et protocoles issus de documents de référence et actualisés. Ces documents sont à disposition au bloc opératoire.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficience, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est assuré, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	En grande partie	Il existe un tableau de bord d'indicateurs quantitatifs de suivi. Des RMM sont systématiquement réalisées pour des Évènements Indésirables Graves (EIG) mettant en cause une morbi-mortalité du patient. Le retour d'expérience est organisé. Toutefois, il existe peu d'indicateurs de suivi qualitatifs et le cadre opérationnel du bloc est peu associé aux RMM. A noter que l'établissement a recueilli l'indicateur Hôpital Numérique associé au moment de la visite.

Référence 26: Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur: radiothérapie, médecine nucléaire et endoscopie

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



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

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

Référence 26: Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur: radiothérapie, médecine nucléaire et endoscopie

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



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

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

Référence 26: Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur: radiothérapie, médecine nucléaire et endoscopie

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.	Oui	L'établissement a élaboré une cartographie des risques. Les processus à risques sont identifiés et font l'objet de procédures. La check list de salle est utilisée à chaque intervention. La check list patient est systématiquement utilisée à chaque intervention. Un groupe de professionnels du secteur d'endoscopie est constitué pour mener une réflexion sur l'amélioration des pratiques et établir un plan d'actions.
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.	Oui	Il existe une démarche qualité, actualisée pour le secteur d'endoscopie. Les procédures concernant le matériel, la préparation de la salle, la désinfection des endoscopes et la déclaration d'évènements indésirables sont formalisées et connues. Le traitement des endoscopes fait l'objet d'audits réguliers. Un service de maintenance assure la révision du matériel mensuellement.

L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.	Oui	L'organisation en place permet l'échange d'information entre les différents secteurs. Le programme d'endoscopie est établi par le cadre de soins, conformément à la demande des médecins intervenants. Ce programme est validé en comité de bloc qui se réunit tous les 15 jours. Le dossier patient (non informatisé en ambulatoire) comporte les informations nécessaires, notamment la prise en charge anesthésique. Il existe une fiche de liaison service de soins/endoscopie. Le médecin endoscopiste rédige un compte rendu intégré au dossier patient et transmis également au médecin traitant.
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	En grande partie	La planification du programme opératoire est informatisée. L'informatisation du dossier patient en ambulatoire n'est pas en place, à ce jour.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un responsable identifié régule les activités, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	Oui	Le manager principal des soins et la coordinatrice du bloc opératoire régulent le programme opératoire. Elle veillent, en particulier, à la sécurité du patient et au respect des bonnes pratiques en endoscopie.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	Oui	L'ensemble des pratiques professionnelles s'appuie sur des procédures actualisées (stérilisation, traçabilité, check-list...). Un audit sur la check list du bloc a été réalisé, intégrant la check list d'endoscopie. Des procédures spécifiques aux endoscopies bronchiques et aux endoscopies digestives sont en place. Il existe également une procédure d'antibioprophylaxie en endoscopie.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	Oui	Le processus de nettoyage-désinfection des endoscopes est tracé sur deux documents, l'un intégré au dossier patient, l'autre restant au bloc opératoire. Les dispositifs implantables utilisés sont tracés dans un cahier de salle, au bloc opératoire. Les actes sont tracés dans le dossier patient en temps réel.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
<p>Un recueil et une analyse des événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en œuvre d'actions d'amélioration.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Une procédure de déclaration des événements indésirables est en place et connue de l'ensemble du personnel du service d'endoscopie. Les événements indésirables sont rares en endoscopie, d'où des retours d'expérience peu fréquents. Le groupe de travail désigné travaille sur la culture déclarative et la mise en place d'actions d'amélioration.</p>
<p>La réalisation d'audits et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Un audit sur le nettoyage des endoscopes a eu lieu en 2011. Le médecin DIM réalise des statistiques à l'aide d'indicateurs quantitatifs. Toutefois, il n'existe pas d'audit sur la déclaration et l'analyse des causes des événements indésirables en endoscopie, ni d'indicateurs qualitatifs.</p>

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle**Critère 26.c****Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique**

Ce critère est applicable uniquement aux établissements de santé ayant une prise en charge MCO, hors établissements d'HAD.

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

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

Référence 27: Les activités de soins de suite et de réadaptation**Critère 27.a****Activités de soins de suite et de réadaptation**

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient et à la continuité des soins est organisé entre secteurs de soins de suite et de réadaptation, activités clinique, médico-technique, technique et logistique.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le projet personnalisé de prise en charge, qui comprend une activité de soins de suite et de réadaptation, est élaboré avec le patient, son entourage, et en concertation avec tous les professionnels concernés.	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.	Oui	

PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.a

Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles



Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique ou médico-technique organisent la mise en oeuvre des démarches d'EPP.	Oui	
Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.	Oui	
Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.	En grande partie	Compte-tenu de la classe de l'indicateur "Réunion de concertation pluridisciplinaire" et de sa valeur de 7% avec un intervalle de confiance à 95% =[1%-13%] pour la campagne de recueil 2011. Suite à ces résultats, l'établissement a défini et mis en oeuvre un plan d'action structuré et suivi. Les RCP sont hebdomadaires et systématiques, en lien avec le centre hospitalier.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.b Pertinence des soins

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les enjeux liés à la pertinence des soins sont identifiés au sein de l'établissement.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des analyses de la pertinence des soins sont réalisées, et permettent la mise en œuvre d'actions d'amélioration.	Oui	
Des guides de bon usage des soins sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

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



Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement identifie les indicateurs de pratique clinique pertinents au regard de ses activités.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement recueille et analyse les indicateurs de pratique clinique choisis.	En grande partie	
Une démarche d'amélioration est mise en oeuvre à partir du recueil des indicateurs, lorsque la valeur de l'indicateur le justifie.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

L'établissement révisé régulièrement la liste des indicateurs analysés.	Partiellement	
---	---------------	--

6.INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Les indicateurs généralisés actuellement recueillis

La Haute Autorité de Santé s'est engagée en 2008 dans la première campagne de généralisation du recueil d'indicateurs de qualité.

Le détail des indicateurs généralisés est disponible sur le site internet de la Haute Autorité de Santé :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_493937/ipaqs-indicateurs-pour-l-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-

Éléments de lecture du tableau

Le tableau présente pour chaque année de recueil la valeur de chaque indicateur recueilli par l'établissement ainsi que l'intervalle de confiance de la valeur et le positionnement (en classe +, =, -, Non répondant) de l'établissement par rapport à la valeur seuil fixée à 80%. La valeur de l'indicateur correspond au résultat de l'indicateur pour l'établissement. L'intervalle de confiance (IC) à 95% est l'intervalle dans lequel il y a 95 chances sur 100 de trouver la vraie valeur de l'indicateur pour l'établissement.

Chaque année et pour chaque indicateur, la valeur obtenue par l'établissement est répartie en quatre classes : +, =, -, Non répondant. Les trois premières classes ont été définies en comparant l'intervalle de confiance (IC) à 95% du score de l'établissement à la valeur seuil 80% pour cet indicateur. Une quatrième classe a été créée pour les « Non répondant ».

- La classe + correspond aux valeurs de résultats significativement supérieures à la valeur seuil.
- La classe = correspond aux valeurs des résultats non significativement différents de la valeur seuil.
- La classe - correspond aux résultats significativement inférieurs à la valeur seuil.
- La classe Non répondant est composée des établissements non répondant.

Remarque :

1. Pour une meilleure lisibilité des résultats, les scores de qualité I1TDP et I1 TDA ont été multipliés par 100.
2. Si la taille de l'échantillon de dossiers de séjours est trop petite, inférieure ou égale à 30 ("Effectif avec N inférieur ou égal à 30"), la méthode statistique de classement fondée sur le calcul de l'intervalle de confiance ne peut pas s'appliquer. L'intervalle de confiance n'est pas calculé et l'établissement n'est pas positionné selon les classes.

Le recueil et la valeur des indicateurs sont pris en compte dans le rapport de certification pour apprécier les critères pour lequel un indicateur est disponible. Le tableau suivant présente synthétiquement les résultats obtenus par l'établissement au regard de l'ensemble des indicateurs recueillis chaque année.

Etablissement : POLYCLINIQUE DU COTENTIN (500002357)

Résultats des indicateurs de qualité

Dossier d'anesthésie - Champ MCO

Référence Nationale

Libellé indicateur	Année 2009				Année 2010				Année 2011				Année 2012			
	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre		Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre		Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre		Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	
	Nb d'ES	Valeur			Nb d'ES	Valeur			Nb d'ES	Valeur			Nb d'ES	Valeur		
Tenue du dossier d'anesthésie (score sur 100)	1015	75	NA		1012	80	80		1004	84	80					

Etablissement : POLYCLINIQUE DU COTENTIN (500002357)

Libellé indicateur	Année 2009				Année 2010				Année 2011				Année 2012			
	Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire :			
	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.
Tenue du dossier d'anesthésie (score sur 100)	80 [78 - 82]		NA	↗	91 [89 - 92]		(+)	↗	79 [76 - 82]		(=)	↘				

Etablissement : POLYCLINIQUE DU COTENTIN (500002357)

Résultats des indicateurs de qualité

Dossier du Patient - Champ MCO

Référence Nationale

Libellé indicateur	Année 2009				Année 2010				Année 2011				Année 2012			
	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre		Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre		Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre		Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	
	Nb d'ES	Valeur			Nb d'ES	Valeur			Nb d'ES	Valeur			Nb d'ES	Valeur		
Tenue du dossier patient (score sur 100)	1144	70	80		1212	72	80		1206	76	80					
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (%)	1141	34%	80%		1195	40%	80%		1192	48%	80%					
Traçabilité de l'évaluation la douleur (%)	1144	52%	80%		1212	61%	80%		1206	73%	80%					
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 (%)	1136	75%	80%		1200	79%	80%		1196	84%	80%					

Etablissement : POLYCLINIQUE DU COTENTIN (500002357)

Libellé indicateur	Année 2009				Année 2010				Année 2011				Année 2012			
	Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire :			
	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.
Tenue du dossier patient (score sur 100)	68 [65 - 71]		(-)	↗	64 [61 - 67]		(-)	NA	73 [71 - 76]		(-)	↗				
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (%)	1% [0% - 4%]		(-)	→	21% [12% - 30%]		(-)	↗	54% [43% - 65%]		(-)	↗				
Traçabilité de l'évaluation la douleur (%)	99% [96% - 100%]		(+)	↗	98% [94% - 100%]		(+)	→	93% [87% - 98%]		(+)	→				
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 (%)	86% [79% - 94%]		(=)	↗	96% [92% - 100%]		(+)	→	93% [87% - 98%]		(+)	→				

Etablissement : POLYCLINIQUE DU COTENTIN (500002357)


Résultats des indicateurs de qualité

Réunion de concertation pluridisciplinaire - Champ MCO

Référence Nationale

Libellé indicateur	Année 2011				Année 2012				Année 2013			
	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre		Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre		Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	
	Nb d'ES	Valeur			Nb d'ES	Valeur			Nb d'ES	Valeur		
Niveau 2 - la trace d'une réunion de concertation pluridisciplinaire datée, comportant la proposition de prise en charge et réalisée avec au moins trois professionnels de spécialités différentes est retrouvée dans le dossier du patient (RCP 2) (%)	656	70%	80%									

Etablissement : POLYCLINIQUE DU COTENTIN (500002357)

Libellé indicateur	Année 2011				Année 2012				Année 2013			
	Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire :				Recueil obligatoire :			
	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.
Niveau 2 - la trace d'une réunion de concertation pluridisciplinaire datée, comportant la proposition de prise en charge et réalisée avec au moins trois professionnels de spécialités différentes est retrouvée dans le dossier du patient (RCP 2) (%)	7% [0% - 13%]		(-)	→								

Etablissement : POLYCLINIQUE DU COTENTIN (500002357)

Résultats des indicateurs de qualité

Dossier du Patient - Champ SSR

Référence Nationale

Libellé indicateur	Année 2010				Année 2011				Année 2012				Année 2013			
	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre		Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre		Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre		Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	
	Nb d'ES	Valeur			Nb d'ES	Valeur			Nb d'ES	Valeur			Nb d'ES	Valeur		
Tenue du dossier patient (score sur 100)	1282	71	80		1337	78	80									
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (%)	1274	67%	80%		1331	75%	80%									
Traçabilité de l'évaluation la douleur (%)	1282	57%	80%		1337	71%	80%									
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 (%)	1275	63%	80%		1329	73%	80%									

Etablissement : POLYCLINIQUE DU COTENTIN (500002357)

Libellé indicateur	Année 2010				Année 2011				Année 2012				Année 2013			
	Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire :				Recueil obligatoire :			
	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.
Tenue du dossier patient (score sur 100)	50 [48 - 52]		(-)	↘	62 [59 - 64]		(-)	↗								
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (%)	59% [48% - 70%]		(-)	↗	69% [59% - 79%]		(-)	→								
Traçabilité de l'évaluation la douleur (%)	100% [100% - 100%]		(+)	→	100% [100% - 100%]		(+)	→								
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 (%)	55% [44% - 66%]		(-)	↘	54% [43% - 65%]		(-)	→								

7.BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE

BILAN DES CONTRÔLES EFFECTUÉS ET INSPECTIONS CONCERNANT LA SÉCURITÉ SANITAIRE (Uniquement effectués par organismes et autorités externes)

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Circuit du médicament	PHISP	23/01/2007	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stérilisation des dispositifs médicaux	DDASS	22/04/2002	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Désinfection des dispositifs médicaux	/		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Laboratoires d'analyses de biologie médicale	ARS	09/05/2012	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infrastructures	/		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input type="checkbox"/>	CDSI	26/01/2011	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité électrique	SOCOTEC	25/06 AU 04/07/2012	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hygiène alimentaire et eau d'alimentation	DDPP	22/02/2012	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La cuisine est sous traitée par SODEXO
Eaux à usage médical	DYNABIO	18/12/2012	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eaux à usage technique	Laboratoire d'analyse départemental	23/12/2011	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eaux chaudes sanitaires	ALPABIO	18/04/2012	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déchets à risques infectieux et pièces anatomiques.	DDASS	25/09/2009	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déchets à risques radioactifs	DDASS	25/09/2009	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déchets à risques chimiques et toxiques, effluents liquides	DDASS	25/09/2009	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Produits sanguins labiles	EFS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Sécurité anesthésique	/		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Secteur opératoire	/		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Imagerie et exploration fonctionnelle	/		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Radiothérapie	/		<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	06/12/2005	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	