



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

A thick, dark blue curved line that starts on the left side of the page, dips down in the middle, and then rises back up towards the right side.

RAPPORT DE CERTIFICATION V2010

INSTITUT CLAUDIUS REGAUD

20- 24 rue du Pont Saint-Pierre
31052 TOULOUSE Cedex 3

R  2010

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	16
3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS	17
1. Le positionnement de l'établissement sur l'ensemble des thématiques	20
2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires	21
3. Regard Patient	22
4. SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	23
5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITÈRE	26
CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT	27
PARTIE 1. MANAGEMENT STRATEGIQUE	28
PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES	49
PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS	82
CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT	107
PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS	107

PARTIE 2. GESTION DES DONNEES DU PATIENT	13Í
PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT	14H
PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES	18İ
PARTIE 5. EVALUATIONS DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	20I
6. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE	211

PREAMBULE

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

1. Les objectifs de la certification des établissements de santé

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

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

- La mise en place d'un système d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

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

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

Elle ne note pas les professionnels de santé.

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

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

Le rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle (Agence Régionale d'Hospitalisation, Agence Régionale de Santé) et est rendu public.

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

2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

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

Les niveaux de certification sont les suivants :

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

Les décisions et les rapports de certification sont tous rendus publics sur le site internet de la Haute Autorité de Santé, <http://www.has-sante.fr>.
Il revient aux établissements de santé d'en assurer la plus large publicité en interne et en externe, (notamment par le biais de leur site internet).
L'arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé dispose que le livret d'accueil doit indiquer les conditions de mise à disposition des personnes hospitalisées d'une information sur les résultats des différentes procédures d'évaluation de la qualité des soins, dont le rapport de certification.
L'établissement de santé doit également mettre chaque année à disposition du public les indicateurs de qualité et de sécurité des soins recueillis de manière obligatoire et utilisés dans le cadre de la procédure de certification.

1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

INSTITUT CLAUDIUS REGAUD

Adresse : 20- 24 rue du Pont Saint-Pierre
31052 TOULOUSE Cedex 3

Site internet de l'établissement : www.claudiusregaud.fr

Statut : PSPH

Type d'établissement : CLCC

Type de Prise en charge	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places en ambulatoire
MCO	120	33

Nombre de sites :	1
Activités principales :	Activité de chirurgie et de médecine Traitement du cancer: - Par chirurgie - Par chimiothérapie - Par radiothérapie - Par utilisation de radioéléments
Activités de soins soumises à autorisation :	- Activité de chirurgie et de médecine - Traitement du cancer
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité :	∅

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements (Principales conventions, réseaux, GCS) :	Coopération avec le CHU (Pôle régional de cancérologie et projet médical commun 2008-2012).
Regroupement / Fusion :	∅
Arrêt ou fermeture d'activités :	Arrêt de l'activité de stérilisation in situ à l'initiative de l'établissement
Créations 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.

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

4. Critères investigués lors de la visite de certification

La visite de certification s'est déroulée du 11 Janvier 2010 au 13 Janvier 2010.

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

MANAGEMENT STRATEGIQUE

1b, 1f, 2b, 2e

MANAGEMENT DES RESSOURCES

3b, 5a, 5b, 5c, 6e

MANAGEMENT DE LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS

8b, 8e, 8f, 8g, 8h, 8i, 9a

DROITS ET PLACE DES PATIENTS

10c-MCO, 12a-MCO, 13a-MCO

GESTION DES DONNEES DU PATIENT

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

PARCOURS DU PATIENT

18b-MCO, 19b-MCO, 19c-MCO, 20a-MCO, 24a-MCO

PRISES EN CHARGE SPECIFIQUE

26a, 26b-radiothérapie

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

28a, 28b, 28c

5. Suivi de la décision

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

3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS

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

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

Ensemble des thématiques du manuel

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

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

Ces parties constituent les thématiques qui ont été retenues pour construire un graphique en radar sur la base du score moyen obtenu par l'établissement pour chacune de ces thématiques. Ce score est ensuite comparé à la moyenne du score obtenu par les établissements de sa catégorie. Lorsque le score atteint 90%, la thématique concernée est signalée comme un point fort de l'établissement.

Pratiques exigibles prioritaires

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

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

Ces pratiques exigibles prioritaires concernent les critères suivants :

- Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles (1f)
- Fonction « gestion des risques » (8b),
- Gestion des événements indésirables (8f),
- Maîtrise du risque infectieux (8g),
- Système de gestion des plaintes et réclamations (9a),
- Prise en charge de la douleur (12a),
- Prise en charge et droits des patients en fin de vie (13a),
- Gestion du dossier patient (14a),
- Accès du patient à son dossier (14b),
- Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge (15a),
- Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient (20a),
- Prise en charge des urgences et des soins non programmés (25a),
- Organisation du bloc opératoire (26a),

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

Critères sélectionnés par les représentants des usagers

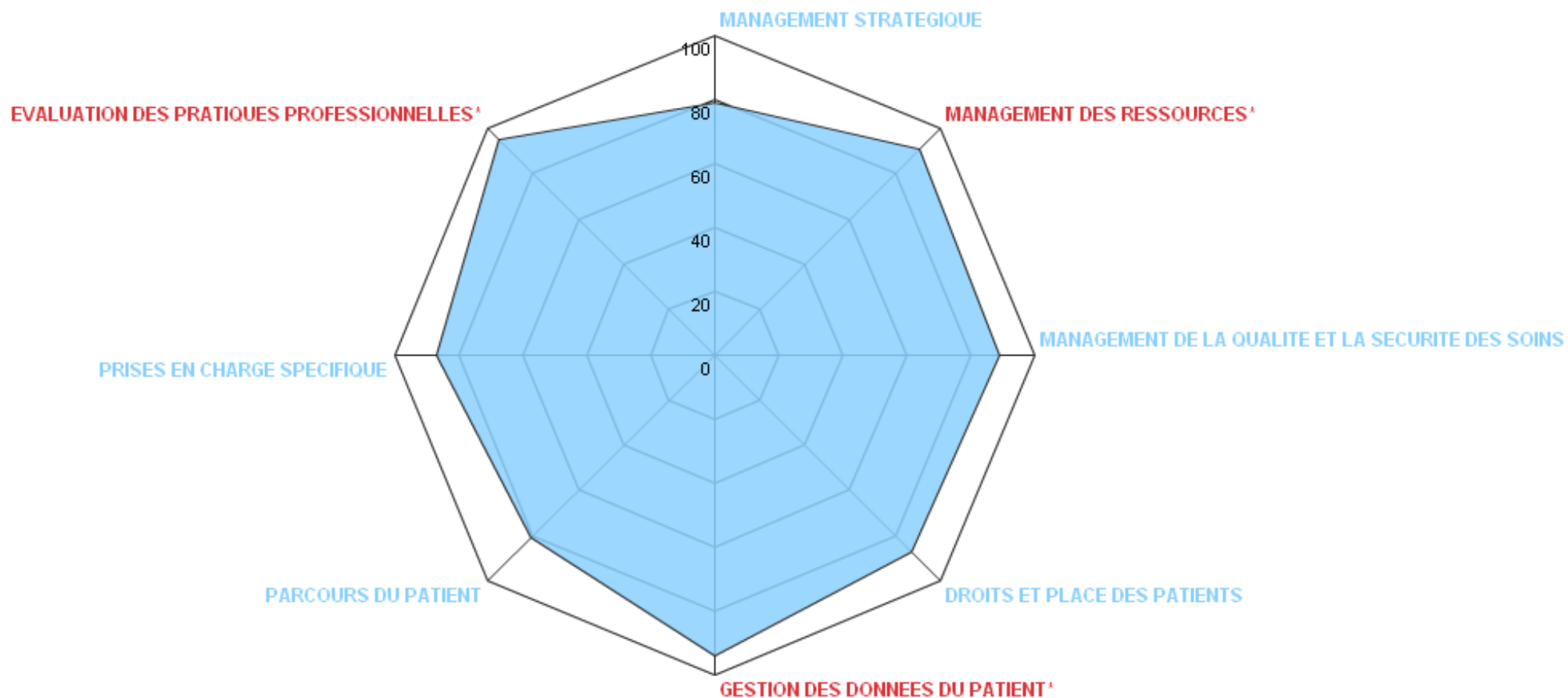
Le troisième graphique présente, sous forme d'histogramme, les scores obtenus sur des critères sélectionnés par les représentants des associations d'usagers comme répondant à des attentes prioritaires en matière de prise en charge du patient :

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

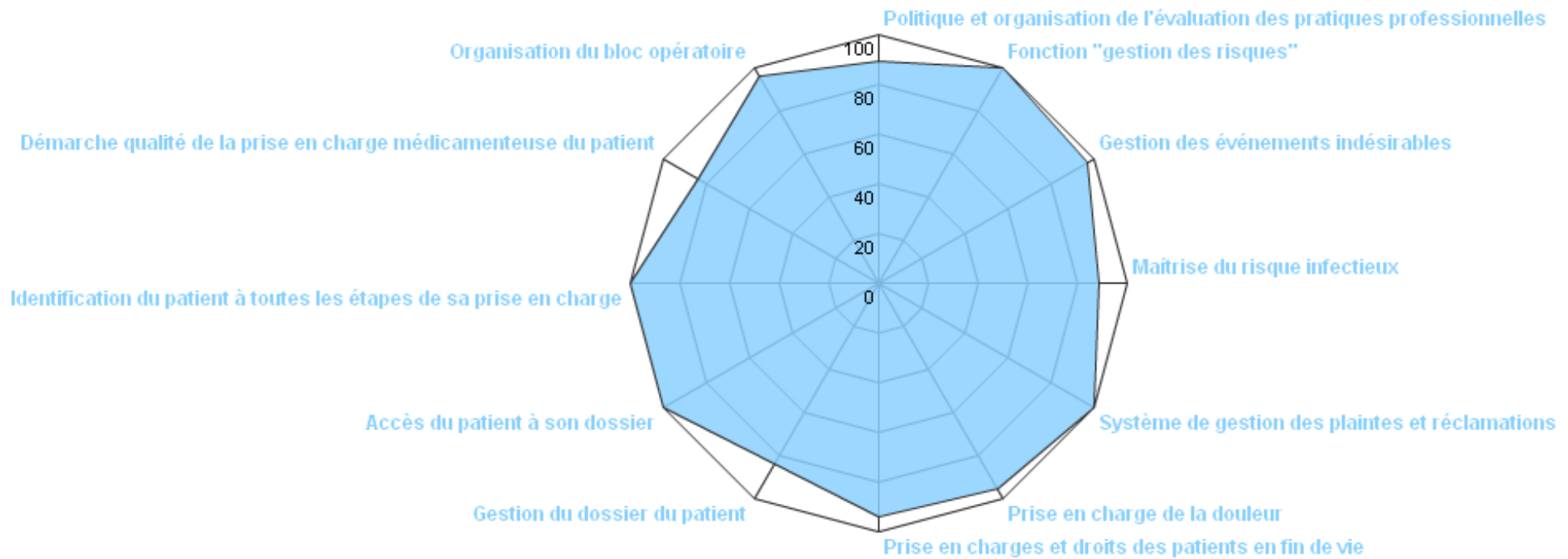
Lorsque l'établissement comprend plusieurs types de prise en charge, le graphique présente le résultat obtenu pour chacun de ces critères et pour chacune des prises en charge.

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

*En rouge les points forts (>= 90%)

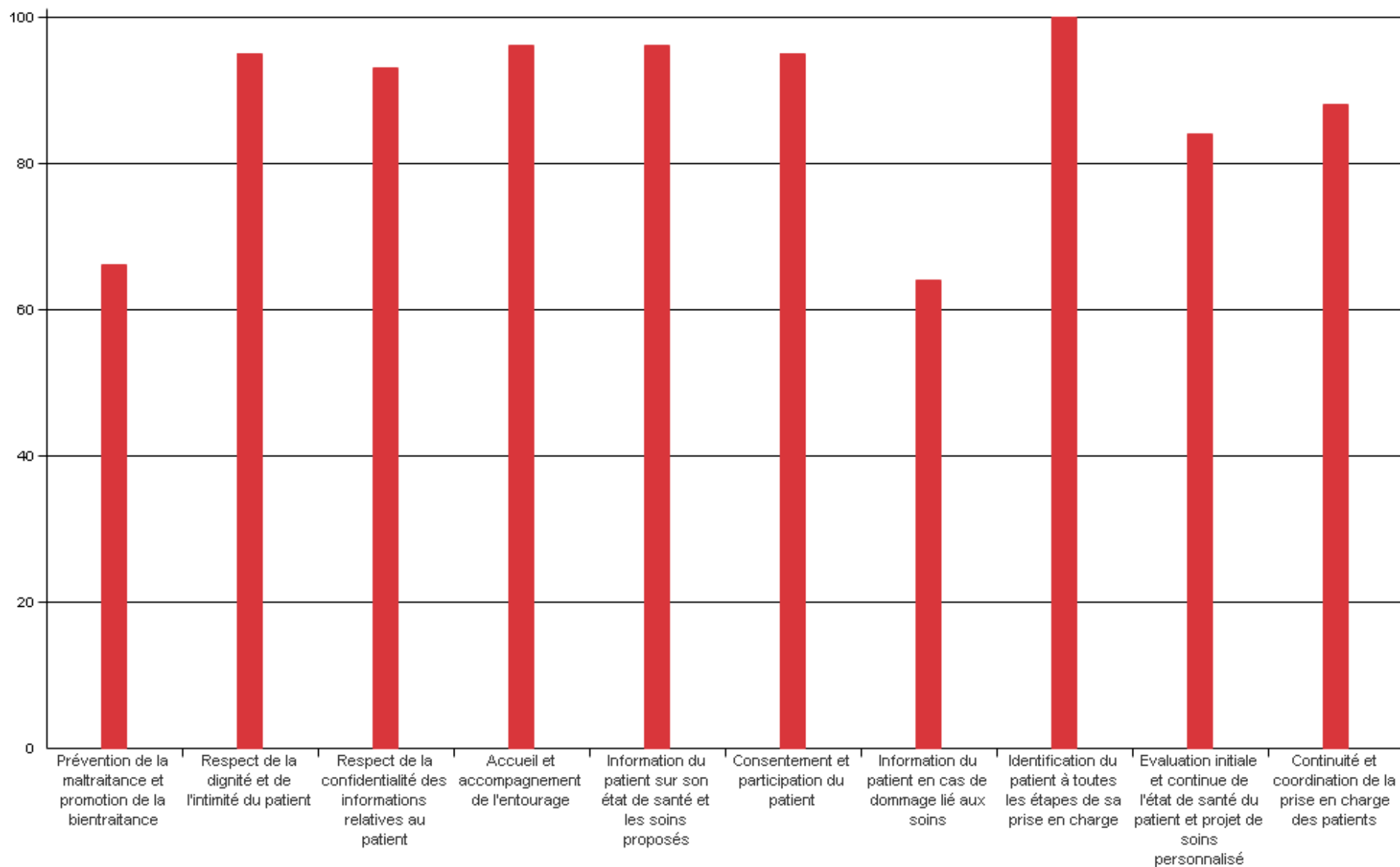


2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires



3. Regard Patient

MCO



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

APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS

Niveau et libellé de la décision V2/V2007	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires
<p>Recommandation: Supprimer les transcriptions par le personnel infirmier (34c).</p>	<p>EN COURS</p>	<p>L'établissement dispose d'un dossier patient informatisé unique. Le module dossier de soin est déployé sur l'ensemble de l'établissement excepté au niveau des 4 lits de soins continus. Avec ce support informatique, la prescription faite par le médecin est utilisée sans aucune transcription par l'infirmière pour la planification et l'administration des médicaments à l'exception des 4 lits de soins continus où des retranscriptions IDE persistent. Cependant, l'établissement envisage pour le premier semestre 2010, de déployer un nouveau logiciel en soins continus afin de cesser toutes transcriptions.</p>

Niveau et libellé de la décision V2/V2007	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires
<p>Recommandation: Finaliser le circuit du médicament (36a).</p>	<p>OUI</p>	<p>La prescription médicamenteuse faite par le médecin est transférée automatiquement par voie informatique au service pharmacie pour la validation pharmaceutique. D'autres logiciels spécifiques de gestion des médicaments sont utilisés depuis de nombreuses années. Ils permettent de sécuriser le circuit du médicament.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Logiciel pour les cytotoxiques -Logiciel pour l'anesthésie -Logiciel pour les médicaments radio pharmaceutiques -Logiciel en cours d'acquisition pour les soins continus.

5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT

PARTIE 1. MANAGEMENT STRATEGIQUE

Référence 1 : La stratégie de l'établissement

Critère 1a

Valeurs, missions et stratégie de l'établissement

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les orientations stratégiques sont élaborées en concertation avec les parties prenantes en interne et en externe.	Oui	
La stratégie de l'établissement prend en compte les besoins de la population définis dans les schémas de planification sanitaire et, le cas échéant, le projet médical de territoire.	En grande partie	
Les valeurs et les missions de l'établissement sont déclinées dans les orientations stratégiques.	Oui	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les différentes politiques (ressources humaines, système d'information, qualité et sécurité des soins, etc.) sont déclinées en cohérence avec les orientations stratégiques.	En grande partie	
L'établissement met en place des partenariats en cohérence avec les schémas de planification sanitaire, le projet médical de territoire et les orientations stratégiques.	En grande partie	
Les valeurs et les missions de l'établissement sont communiquées au public et aux professionnels	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La mise en oeuvre des orientations stratégiques fait l'objet d'un suivi et d'une révision périodique.	Oui	
L'établissement fait évoluer ses partenariats sur la base des évaluations réalisées.	Partiellement	

Référence 1 : La stratégie de l'établissement

Critère 1b

Engagement dans le développement durable

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Un diagnostic développement durable a été établi par l'établissement.	Oui	
Un volet développement durable est intégré dans les orientations stratégiques.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La stratégie liée au développement durable est déclinée dans un programme pluriannuel.	Oui	
Le personnel est sensibilisé au développement durable et informé des objectifs de l'établissement.	Oui	
L'établissement communique ses objectifs de développement durable aux acteurs sociaux, culturels et économiques locaux.	Oui	

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

Référence 1 : La stratégie de l'établissement

Critère 1c Démarche éthique

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les professionnels ont accès à des ressources (structures de réflexion ou d'aide à la décision, internes ou externes à l'établissement, documentation, formations, etc.) en matière d'éthique.	En grande partie	
Les projets de l'établissement prennent en compte la dimension éthique de la prise en charge.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les professionnels de l'établissement de santé sont sensibilisés à la réflexion éthique.	En grande partie	
Les questions éthiques, se posant au sein de l'établissement, sont traitées.	Partiellement	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Un état des lieux des questions éthiques liées aux activités de l'établissement est réalisé.	En grande partie	

Référence 1 : La stratégie de l'établissement

Critère 1d

Politique des droits des patients

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la Commission des Relations avec les Usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU).	Oui	
Des formations aux droits des patients destinées aux professionnels sont organisées.	En grande partie	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions d'évaluation et d'amélioration en matière de respect des droits des patients sont mises en oeuvre dans chaque secteur d'activité, en lien avec la CRU.	Oui	

Référence 1 : La stratégie de l'établissement

Critère 1e

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

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est intégrée dans les orientations stratégiques.	Oui	
L'instance délibérante statue au moins une fois par an sur cette politique.	En grande partie	
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.	Partiellement	
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.	Partiellement	

Référence 1 : La stratégie de l'établissement

Critère 1f

Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles



COTATION

B

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.	En grande partie	La stratégie de développement de l'EPP est inscrite dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins figurant dans le projet d'établissement 2004-2009. Sa rédaction pour le projet d'établissement 2009-2012 est en cours.
Une concertation entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie de l'EPP est en place.	Oui	Une concertation entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie de l'EPP est en place.

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les missions et les responsabilités sont définies pour organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médicotechnique.	Oui	Les missions et les responsabilités sont définies pour organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médicotechnique.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en oeuvre de l'EPP.	Oui	Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en oeuvre de l'EPP.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches EPP.	Oui	L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches EPP.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	En grande partie	Les professionnels sont informés des résultats obtenus dans les EPP. La communication sur la stratégie de l'établissement en matière d'EPP est en cours de développement.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	En grande partie	L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances. Seuls certains résultats sont présentés en CME ou Comité de direction.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie en fonction des résultats obtenus.	Oui	La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie en fonction des résultats obtenus.

Référence 1 : La stratégie de l'établissement

Critère 1g

Développement d'une culture qualité et sécurité

COTATION

B

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

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

Critère 2a

Direction et encadrement des secteurs d'activité

COTATION

B

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

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

Critère 2b

Implication des usagers, de leurs représentants et des associations

COTATION

A

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

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

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

Critère 2c

Fonctionnement des instances

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les instances consultatives et délibérantes sont réunies à périodicité définie et saisies sur toutes les questions qui relèvent de leur compétence.	En grande partie	
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.).	Partiellement	

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

Critère 2d

Dialogue social et implication des personnels

COTATION

A

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

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

Critère 2e

Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement



COTATION

B

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

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

PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

Référence 3 : La gestion des ressources humaines

Critère 3a

Management des emplois et des compétences

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les besoins en compétences et effectifs sont identifiés par secteur d'activité.	En grande partie	
Une politique de gestion des emplois et des compétences est définie dans les différents secteurs d'activité en lien avec les orientations stratégiques.	Oui	
Les compétences spécifiques pour les activités à risque ou innovantes sont identifiées.	Partiellement	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des dispositions sont mises en oeuvre pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents.	Oui	
L'évaluation périodique du personnel est mise en oeuvre.	Oui	
Un plan de formation est mis en oeuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'adéquation quantitative et qualitative des ressources humaines est régulièrement évaluée et réajustée en fonction de l'activité et de l'évolution des prises en charge.	En grande partie	
Le dispositif de gestion des compétences est réajusté en fonction de l'atteinte des objectifs des secteurs et de l'évolution des activités notamment en cas d'innovation diagnostique et thérapeutique.	En grande partie	

Référence 3 : La gestion des ressources humaines

Critère 3b

Intégration des nouveaux arrivants

COTATION

A

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.	Oui	

Référence 3 : La gestion des ressources humaines

Critère 3c

Santé et sécurité au travail

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

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les risques professionnels sont identifiés à périodicité définie.	Partiellement	
Le document unique est établi.	Oui	
Un plan d'amélioration des conditions de travail est défini.	Partiellement	
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.	En grande partie	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions d'amélioration des conditions de travail sont mises en oeuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le programme de prévention des risques et le document unique sont évalués à périodicité définie sur la base du bilan du service de santé au travail, du CHSCT, des déclarations d'accidents du travail et d'événements indésirables.	Partiellement	
Ces évaluations donnent lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	

Référence 3 : La gestion des ressources humaines

Critère 3d

Qualité de vie au travail

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La qualité de vie au travail fait partie des orientations stratégiques de l'établissement.	En grande partie	
Un plan d'amélioration de la qualité de vie au travail est défini.	Non	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont mises en oeuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont évaluées.	Partiellement	
La satisfaction des personnels est évaluée.	Oui	

Référence 4 : La gestion des ressources financières

Critère 4a

Gestion budgétaire

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement décline en interne des objectifs prévisionnels de dépenses et s'il y a lieu de recettes, selon une procédure formalisée.	En grande partie	
Ces objectifs tiennent compte des engagements pris dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement conduit une analyse des coûts dans le cadre de ses procédures de responsabilisation budgétaire interne.	En grande partie	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les objectifs prévisionnels de dépenses et de recettes sont suivis infra-annuellement et donnent lieu si nécessaire à des décisions de réajustement.	Oui	

Référence 4 : La gestion des ressources financières

Critère 4b

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

Référence 5 : Le système d'information

Critère 5a

Systeme d'information

COTATION

A

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

Référence 5 : Le système d'information

Critère 5b

Sécurité du système d'information

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La sécurité des données est organisée (définition des responsabilités, formalisation et diffusion des procédures, etc.).	Oui	
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 5c

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 par les professionnels.	Oui	
Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent.	Oui	
Le système de mise à jour des documents est opérationnel.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif est évalué et fait l'objet d'actions d'amélioration.	En grande partie	

Référence 6 : La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6a

Sécurité des biens et des personnes

COTATION

A

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

Référence 6 : La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6b

Gestion des infrastructures et des équipements (hors dispositifs médicaux)

COTATION

A

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

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

Référence 6 : La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6c

Qualité de la restauration

COTATION

A

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

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

Référence 6 : La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6d Gestion du linge

COTATION

A

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

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

Référence 6 : La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6e

Fonction transport des patients

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La fonction transport des patients est organisée.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les transports respectent les exigences d'hygiène et de sécurité.	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 satisfaction et les délais d'attente sont évalués à périodicité définie et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	

Référence 6 : La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6f

Achats écoresponsables et approvisionnements

COTATION

A

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

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement initie une démarche d'achat écoresponsable pour certains produits et/ou services	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Des outils de suivi et d'évaluation de la politique d'achat sont mis en place.	En grande partie	

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

Critère 7a

Gestion de l'eau

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Une démarche globale de gestion de la qualité de l'eau est définie et validée par l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents).	Oui	
La nature des effluents et les risques qu'ils génèrent sont identifiés.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Un plan de maintenance préventif et curatif des installations élaboré avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents) est mis en oeuvre.	Oui	
Des contrôles périodiques de l'eau sont menés en lien avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents) et tracés.	Oui	
Un suivi des postes de consommation d'eau est assuré.	Oui	

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

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

Critère 7b

Gestion de l'air

COTATION

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.	Oui	
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'E0H et/ou le CLIN (ou équivalents) et le CHSCT sont mis en oeuvre.	Oui	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La traçabilité des différentes interventions est assurée.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les paramètres de la qualité de l'air font l'objet d'un suivi périodique.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

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

Critère 7c

Gestion de l'énergie

COTATION

B

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Une réflexion sur l'utilisation des sources d'énergie renouvelable est engagée.	Oui	

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

Critère 7d

Hygiène des locaux

COTATION

A

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

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

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

Critère 7e

Gestion des déchets

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement a catégorisé et quantifié sa production de déchets et d'effluents.	En grande partie	
La politique en matière de déchets est définie en concertation avec les instances concernées.	En grande partie	
Les procédures de gestion des déchets sont établies	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le tri des déchets est réalisé.	Oui	
Des actions de sensibilisation et/ou de formation des professionnels sont organisées.	En grande partie	

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

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

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

Critère 8a

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

COTATION

A

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

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

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

Critère 8b
Fonction "gestion des risques"



COTATION

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

CONSTATS

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

Oui

La fonction gestion des risques figure dans l'organigramme de l'établissement qui a mis en place un comité de gestion globale des risques. Les missions et les responsabilités sont définies. Les acteurs sont identifiés et connaissent leurs missions. Les liens entre la fonction gestion des risques et les différents professionnels impliqués dans les fonctions qualité et gestion des risques sont structurés.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>L'établissement assure la mobilisation de toutes les compétences utiles autour des objectifs du programme de gestion des risques.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le comité de gestion globale des risques travaille en lien avec les différents secteurs opérationnels, analyse les résultats de gestion des risques, propose des actions d'améliorations et assure le suivi de leur mise en oeuvre. Une personne qualifiée est identifiée (expert en risque) pour chaque risque concerné.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les conditions d'exercice de la fonction gestion des risques sont évaluées.</p>	<p>Oui</p>	<p>En 2007, l'établissement a mandaté un organisme extérieur pour évaluer les conditions d'exercice de la fonction gestion des risques. Les conclusions de l'audit ont été prises en compte et ont conduit à la mise en place d'une gestion globale des risques.</p>

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

Critère 8c

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 suite aux 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.	En grande partie	

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

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

Critère 8d

Evaluation des risques a priori

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement évalue les risques dans les secteurs d'activité.	Oui	
Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions de prévention, d'atténuation et de récupération pour les activités de soins à risque sont mises en place.	En grande partie	
Les professionnels concernés sont formés à l'analyse des risques a priori.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Un suivi de la mise en oeuvre de ces actions est réalisé à périodicité définie.	Oui	

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

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

Critère 8e

Gestion de crise

COTATION

A

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

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



Critère 8f
Gestion des événements indésirables

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Une organisation est en place pour assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement a rédigé une procédure de signalement des événements indésirables (EI). Leur déclaration se fait par l'intermédiaire d'un logiciel spécifique mis à disposition de tous les professionnels. Dans chaque service, le correspondant qualité peut apporter une aide au signalement. Chaque EI fait l'objet d'une analyse des causes par le gestionnaire des EI.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	Oui	Les nouveaux arrivants (salariés, internes) sont formés à leur arrivée pour signaler tout EI. Il existe un programme et des supports de formation. Les membres de la Cellule de Gestion Des EI (CDGEI), les membres du Comité de Retour d'Expérience (CREX) de radiothérapie et les experts en risque sont formés à l'analyse des causes et à leur hiérarchisation.
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.	Oui	Les acteurs impliqués par l'EI grave participent à l'analyse des causes profondes ainsi que leur responsable hiérarchique.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions correctives sont mises en oeuvre suite aux analyses.	Oui	Les EI nécessitant une analyse des causes profondes font intervenir le responsable hiérarchique, l'expert en risque concerné ou un pilote de processus. Des actions correctives sont mises en oeuvre.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	Oui	Les EI récurrents sont identifiés et font l'objet d'une analyse des causes profondes à l'échelle de l'établissement. Des actions correctives sont proposées par un groupe pluridisciplinaire et mises en oeuvre.
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	En grande partie	L'efficacité des actions correctives est évaluée par le suivi de la récurrence des EI. Des audits et le suivi d'indicateurs permettent également d'évaluer l'efficacité des actions correctives mises en place.

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

Critère 8g

Maîtrise du risque infectieux



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

COTATION

A

Score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales

Classe associée à la valeur du score agrégé

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

A

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

Critère 8h

Bon usage des antibiotiques

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



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

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

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

Critère 8i

Vigilances et veille sanitaire

COTATION

A

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

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le bilan des vigilances et de la veille sanitaire contribue à la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.	Oui	

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

Critère 8j

Maîtrise du risque transfusionnel

Ce critère est applicable uniquement aux établissements ayant une activité transfusionnelle

COTATION

B

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

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

Critère 8k

Gestion des équipements biomédicaux

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement a défini un système de gestion des équipements biomédicaux, comprenant un plan pluriannuel de remplacement et d'investissement.	En grande partie	
Une procédure (équipement de secours, solution dégradée ou dépannage d'urgence) permettant de répondre à une panne d'un équipement biomédical critique est formalisée et est 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.	En grande partie	
La maintenance des équipements biomédicaux critiques est assurée et les actions sont tracées.	Oui	

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



Critère 9a

Systeme de gestion des plaintes et réclamations

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La gestion des plaintes et réclamations est organisée (CRU en place, procédure formalisée, responsabilités définies).</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement a défini une organisation pour la gestion des plaintes et des réclamations. Les responsabilités sont définies. Il existe un registre des plaintes. Une procédure de gestion des plaintes et des réclamations est en place. La composition et le fonctionnement de la CRU sont effectifs. Les patients en sont informés par le livret d'accueil.</p>
<p>Le système de gestion des plaintes et réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le gestionnaire des déclarations d'événements indésirables est membre de la CRU. Le médiateur non médecin de la CRU est membre de la cellule de gestion des événements indésirables. Un logiciel métier qualité unique est en cours de mise en place pour permettre une gestion coordonnée des événements indésirables et des plaintes.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le circuit des plaintes et des réclamations est en cours de révision avec l'arrivée d'une juriste au sein de l'établissement. Les professionnels concernés sont associés à la réponse donnée au plaignant et à la mise en oeuvre des actions correctives. Les plaintes sont centralisées à la direction. Elles font l'objet soit d'une enquête puis d'une réponse écrite soit d'une proposition de rencontre avec un médiateur. L'enquête est toujours faite de manière pluridisciplinaire avec les professionnels concernés. Le médiateur se tient à la disposition du plaignant s'il le souhaite.</p>
<p>Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les comptes-rendus d'entretien de médiation sont envoyés aux patients. Les plaignants peuvent être informés des actions correctives au cours des entretiens.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et réclamations incluant le suivi du délai de réponse au plaignant contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'intégralité des plaintes et des réclamations est mise à disposition des membres de la CRU. Une analyse de l'ensemble des plaintes est faite lors des réunions de CRU. Ces analyses permettent d'intégrer des actions d'amélioration qui sont intégrées dans le programme annuel d'amélioration de la qualité.</p>

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

Critère 9b

Evaluation de la satisfaction des usagers

COTATION

A

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

CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT

PARTIE 1. DROIT ET PLACE DES PATIENTS

Référence 10 : La bientraitance et les droits

Critère 10a-MCO

Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance

COTATION

B

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

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.	En grande partie	
Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.	Partiellement	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont suivies et évaluées.	En grande partie	

Référence 10 : La bienveillance et les droits

Critère 10b-MCO

Respect de la dignité et de l'intimité du patient

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les projets de l'établissement (projets des secteurs d'activité, projets architecturaux) intègrent les dimensions de respect de la dignité et de respect de l'intimité du patient.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les soins, y compris les soins d'hygiène sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	Oui	
Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'évaluation du respect de la dignité et de l'intimité des patients donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	

Référence 10 : La bientraitance et les droits

Critère 10c-MCO

Respect de la confidentialité des informations relatives au patient

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les mesures permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient sont identifiées.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'organisation et les pratiques de l'établissement permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	Oui	
Les modalités de partage des informations relatives au patient permettent le respect de la confidentialité.	Oui	

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

Référence 10 : La bienveillance et les droits

Critère 10d-MCO

Accueil et accompagnement de l'entourage

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage sont définies.	Oui	
Une organisation permet l'accueil et la présence en continu des parents des enfants hospitalisés.	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.	En grande partie	

Référence 10 : La bienveillance et les droits

Critère 10e-MCO

Gestion des mesures de restriction de liberté

COTATION

B

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

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

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

Critère 11a-MCO

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

COTATION

A

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

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'accès à des ressources d'information diversifiées (support écrit, espace d'information, etc.) est facilité.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'évaluation de la satisfaction du patient quant à l'information reçue, donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	

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

Critère 11b-MCO

Consentement et participation du patient

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Une organisation est définie permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soin.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en oeuvre du projet personnalisé de soins est favorisée.	Oui	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des interventions visant la recherche d'adhésion du patient au projet de soin proposé sont réalisées dans les cas d'hospitalisation sans consentement, d'injonction thérapeutique ou de refus de soin.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'évaluation du recueil du consentement du patient donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	

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

Critère 11c-MCO

Information du patient en cas de dommage lié aux soins

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommage lié aux soins, est définie.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins, sont menées.	En grande partie	
Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est évaluée et améliorée.	Partiellement	

Référence 12 : La prise en charge de la douleur

Critère 12a-MCO

Prise en charge de la douleur



COTATION

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

Le CLUD a pris la suite du comité douleur fondé en 1998. Il est pluridisciplinaire et représente les différents secteurs de l'établissement. Il définit et réévalue les orientations stratégiques de PEC de la douleur qui sont ensuite validées par la sous-commission de la CME en charge de la qualité et de la sécurité des soins.

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Des protocoles analgésiques issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, aux types de patients, à la douleur induite par les soins sont définis.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des protocoles sont définis pour les différentes prises en charge, rédigés et validés par le CLUD. Ils sont à disposition des professionnels sur intranet. L'analgésie post opératoire est ainsi codifiée en fonction du patient et du type de douleur. L'utilisation du protoxyde d'azote fait l'objet d'un protocole. Des prescriptions anticipées personnalisées sont établies et adaptées en fonction du traitement de fond et du type de geste invasif ou de soin. Ces prescriptions sont faites dans le dossier informatisé du patient.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les personnels soignants et les internes sont systématiquement formés à la douleur :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Les internes bénéficient de 3 formations obligatoires en début de chaque semestre, -Les personnels paramédicaux ont accès annuellement à une formation sur la douleur ouverte également aux autres catégories socio-professionnelles : assistantes médicales, brancardiers. Chaque année, le DU d'algologie est suivi par un ou plusieurs paramédicaux. Les référents douleur en sont titulaires et sont présents dans chaque service. Par ailleurs, des journées d'information- formation sur la douleur sont organisées par l'ICR et ouvertes aux professionnels internes et externes.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'éducation du patient à la prise en charge de la douleur est mise en oeuvre dans les différents secteurs par les référents douleur. Un carnet de suivi est distribué aux patients leur permettant de participer à leur prise en charge. Le CLUD travaille à un programme d'actions thérapeutiques et à l'élaboration de nouveaux supports d'information et de suivi.</p>
<p>La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.</p>	<p>Oui</p>	<p>Compte tenu de la valeur de l'indicateur «Traçabilité de l'évaluation de la douleur» pour la campagne de recueil 2008.</p>
<p>Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les traitements antalgiques mis en place sont évalués par les médecins et l'équipe paramédicale. Cette démarche est pluriquotidienne chez les patients algiques. Les traitements sont ajustés en fonction de ces évaluations et les modifications sont tracées dans le dossier du patient.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	En grande partie	Dans les services d'hospitalisation traditionnelle, l'échelle Algoplus est utilisée et accessible dans le dossier de soin. Son utilisation n'est pas encore protocolisée par le CLUD. Sur les plateaux techniques, une identification des gestes douloureux a été réalisée, permettant ainsi des prescriptions anticipées.
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'évaluation de l'appropriation des outils de mesure de la douleur est réalisée au travers d'enquêtes et d'audits menés par le CLUD et au travers d'un item spécifique lors des entretiens d'évaluation annuels des personnels. Au quotidien, les référents douleur présents dans les services sont chargés d'évaluer auprès des équipes l'appropriation des outils. Une évaluation quantitative de consommation des antalgiques et d'utilisation des PCA est réalisée par la pharmacie.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur «Traçabilité de l'évaluation de la douleur». Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	L'exploitation des enquêtes menées sur l'évaluation de la douleur permet la mise en place d'actions correctives. Ces actions sont coordonnées et validées par le CLUD et concernent tous les aspects de la lutte contre la douleur : évaluation, procédures, adaptation des ressources humaines, formation, support éducatif, matériel, pharmacologie. Par ailleurs, la participation de l'ICR à de nombreux essais thérapeutiques contribue au développement de nouveaux traitements.
L'établissement participe à des partages d'expérience sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	L'ICR participe au partage d'informations au travers de la réunion régionale trimestrielle douleur en télémédecine. Il travaille avec le CHU de Toulouse et les établissements de soins de la région à la prise en charge des métastases osseuses et participe au benchmark des CLCC. Les personnels de l'établissement assurent des formations universitaires et post universitaires internes et externes auprès des professionnels.

Référence 13 : La fin de vie

Critère 13a-MCO

Prise en charges et droits des patients en fin de vie

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



COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Une organisation permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie est en place.	Oui	Une organisation coordonnée de prise en charge des patients en fin de vie est en place à l'ICR, entre intervenants internes et externes. En interne, une équipe mobile de soins palliatifs est en place ainsi qu'une coordination des soins de support permettant l'accompagnement des traitements et l'anticipation des situations sociales et nutritionnelles. Une RCP hebdomadaire de soins de support est en place et la réévaluation de la prise en charge est réalisée au quotidien par l'équipe pluridisciplinaire. En externe, la coordination des soins en réseau avec les structures de ville, hôpital et HAD est opérationnelle.

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	Oui	Il existe une procédure permettant de tracer dans le dossier informatisé l'existence de directives anticipées, la personne de confiance et le refus de soins.
Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	Les patients sont informés par le livret d'accueil de la possibilité de refuser tout « soin inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre effet que le maintien artificiel de la vie » et de formuler des directives anticipées.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La démarche palliative est mise en oeuvre dans les secteurs concernés par les situations de fin de vie.</p>	<p>Oui</p>	<p>La démarche palliative est inscrite dans le projet de soins de l'établissement. Elle se décline dans les projets individuels de soins décidés en RCP. L'accueil et l'accompagnement des proches sont prévus au niveau des locaux, de l'hébergement et du soutien psychologique et social. Plusieurs médecins et soignants sont titulaires d'un DIU de soins palliatifs et d'accompagnement. Le soutien au personnel est organisé par le recours à un psychologue extérieur ainsi que par la tenue de réunions thématiques visant à partager la culture du soin d'accompagnement.</p>
<p>Les acteurs de soins concernés sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de la vie.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Une information sur la loi du 22 avril 2005 a été réalisée sous forme de conférence. L'établissement travaille à systématiser l'information pour tous les professionnels.</p>
<p>L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les conditions d'intervention des nombreuses associations sont formalisées par l'établissement. Leur champ d'action et leur coordination sont définis. L'évaluation annuelle des interventions est réalisée.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Une concertation au sein de l'équipe soignante dans les situations de fin de vie est mise en oeuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>La concertation au sein de l'équipe soignante est opérationnelle. Elle est réalisée pendant les transmissions pluridisciplinaires, les réunions hebdomadaires de revue de dossiers, les RCP de soins de support, les interventions de l'EMSP.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle et en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, Commission de soins, etc.).</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les dossiers des patients en fin de vie sont évoqués lors des RCP de soins de support. L'évaluation des PEC de fin de vie se fait de manière hebdomadaire au travers des RMM qui permettent de réajuster les pratiques si besoin. Les différents projets concernant la prise en charge des patients en fin de vie sont présentés en CME et en CSI pour validation ou avis. Le comité de pilotage qualité travaille à la structuration de la réflexion éthique.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les secteurs d'activité les plus concernés mettent en place une réflexion sur les situations d'obstination déraisonnable et la limitation ou l'arrêt de traitements à visée curative.</p>	<p>Oui</p>	<p>Toutes les RCP d'organes sont susceptibles de proposer un arrêt des traitements spécifiques. La RCP de soins de support et les réunions sur dossiers abordent cette thématique de manière pluridisciplinaire et personnalisée. Si besoin, des réunions d'urgence sont organisées autour de dossiers posant cette question de façon aigüe.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les évaluations et résultats d'analyse issus de la CRU , du projet de soins et des EI permettent d'identifier des actions d'amélioration qui sont intégrées au programme institutionnel de la qualité</p>

PARTIE 2. GESTION DES DONNEES DU PATIENT

Référence 14 : Le dossier du patient

Critère 14a-MCO

Gestion du dossier du patient



COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.	Oui	Les règles de tenue du dossier du patient sont formalisées et diffusées auprès des professionnels.
Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, par les professionnels habilités sont formalisées et diffusées.	Oui	La gestion des droits d'accès au dossier du patient est assurée. Les données issues de consultations ou d'hospitalisation antérieures sont accessibles aux personnes habilitées.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	Partiellement	Compte tenu de la valeur de l'indicateur « Tenue du dossier patient » pour la campagne de recueil 2008.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La communication du dossier entre les professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes est assurée en temps utile.</p>	<p>Oui</p>	<p>La communication du dossier du patient entre les professionnels est assurée en temps utile grâce à un dossier informatisé accessible à l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge du patient. La communication du dossier avec les correspondants externes est assurée avec des délais adaptés à la continuité des soins.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement recueille l'indicateur «Tenue du dossier patient». Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation.</p>
<p>Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions d'amélioration sont identifiées, définies, mises en oeuvre et évaluées.</p>

Référence 14 : Le dossier du patient

Critère 14b-MCO

Accès du patient à son dossier



COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'accès du patient à son dossier est organisé.	Oui	Les procédures d'accès du patient à son dossier sont définies. Les intervenants sont identifiés.
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 par l'intermédiaire du livret d'accueil.
L'accès du patient à son dossier est assuré dans des délais compatibles avec ses besoins.	Oui	Une personne référente est chargée de transmettre le dossier. Le délai de transmission est inférieur à 1 jour en cas de demande de dossier dans le cadre de la continuité des soins. En 2008, le délai était de 6 jours en cas de demande d'un patient ou d'un ayant droit.

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	En 2008, le délai de transmission était inférieur à 8 jours.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	La CRU est régulièrement informée du nombre de demandes, des raisons et des délais de transmission.

Référence 15 : L'identification du patient

Critère 15a-MCO

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



COTATION

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

CONSTATS

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

Oui

L'organisation de l'identitovigilance est en place. Une cellule d'identitovigilance est en place depuis 2007. Elle rassemble tous les représentants de la prise en charge du patient : bureau des admissions, services de soins, bloc opératoire, secteurs médicotecniques, laboratoire d'analyse médicale, laboratoire d'anatomopathologie. L'établissement possède également une Autorité de Gestion des Identifications. Chaque patient possède un numéro d'Identification Permanent du Patient (IPP).

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les personnels de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	Oui	Les professionnels sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient. Des informations régulières sont faites auprès des professionnels à l'occasion de réunions de service ou de formations.
Les personnels de l'accueil administratif mettent en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Une procédure de vérification de l'identité est en place au niveau de l'accueil administratif. Une pièce d'identité est demandée en plus de la carte vitale. En cas de suivi, la lettre de convocation est réclamée et une vérification se fait avec la carte d'identité du patient.
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	Une procédure de vérification de l'identité est en place au niveau des secteurs de radiothérapie, de radiologie et de chimiothérapie. Des questions ouvertes sont posées. Les indications de mise en place d'un bracelet d'identification sont ciblées. Des procédures spécifiques sont en place en imagerie médicale, en médecine nucléaire, au laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques et de biologie médicale, en radiothérapie où une photographie d'identité est insérée en plus dans le dossier informatique. En oncologie médicale, l'identitovigilance est assurée à l'accueil du patient et à chaque étape du circuit du médicament. Au bloc opératoire, la check list de sécurité péri-opératoire est en place.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit) et les erreurs sont analysées et corrigées.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement a mis en place un dispositif d'évaluation structuré, initié dès 2006 par une analyse a priori des risques. En 2007, un plan d'actions correctives a été mis en oeuvre. Des audits de pratique sont réalisés sur la vérification de l'identité avant un acte diagnostique ou thérapeutique. Un indicateur est suivi : nombre de doublons / nombre d'identités créées sur une période donnée. Un contrôle quotidien des doublons est en place.</p>

PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

Référence 16 : L'accueil du patient

Critère 16a-MCO

Dispositif d'accueil du patient

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des modalités d'accueil du patient sont définies.	Oui	
L'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées.	Oui	
En l'absence de service d'urgence, des dispositions sont prises pour assurer la prise en charge des personnes se présentant pour une urgence.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de séjour.	Oui	
Le personnel est formé à l'accueil et à l'écoute du patient.	Oui	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le temps d'attente prévisible est annoncé.	Partiellement	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif d'accueil du patient est évalué.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre en lien avec la CRU.	Oui	

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

Critère 17a-MCO

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

COTATION		B
E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et prend en compte l'ensemble de ses besoins.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	En grande partie	
Un projet de soins personnalisé est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).	En grande partie	
La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisé.	Oui	

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

Référence 18 : La continuité et la coordination des soins

Critère 18a-MCO

Continuité et coordination de la prise en charge des patients

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et astreintes sont définis afin d'assurer la permanence des soins 24 heures/24.	Oui	
Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes.	Oui	
Des modalités de transmission d'information entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.	En grande partie	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les secteurs d'activité collaborent entre eux pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	Oui	
Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur lorsque l'état du patient le nécessite.	Oui	
Un ou des professionnel(s) référent(s) est désigné pour la prise en charge du patient.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les événements indésirables relatifs à la continuité des soins sont évalués et des actions d'amélioration sont menées.	En grande partie	

Référence 18 : La continuité et la coordination des soins

Critère 18b-MCO

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

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est définie.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.	Oui	
Un matériel d'urgence opérationnel est disponible dans tous les secteurs de l'établissement.	Oui	
La formation des professionnels à l'utilisation de ce matériel et aux premiers gestes de secours est assurée.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est évaluée à périodicité définie et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	

Référence 19 : Les prises en charge particulières

Critère 19a-les personnes âgées

Populations nécessitant une prise en charge particulière

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La sensibilisation/formation auprès des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques est mise en oeuvre.	En grande partie	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Partiellement	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins.	En grande partie	

Référence 19 : Les prises en charge particulières

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

COTATION

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

CONSTATS

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.

NA

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

CONSTATS

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

NA

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

NA

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	NA	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins.	NA	

Référence 19 : Les prises en charge particulières

Critère 19a-les enfants et adolescents

Populations nécessitant une prise en charge particulière

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La sensibilisation/formation auprès des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques est mise en oeuvre.	En grande partie	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Partiellement	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins.	En grande partie	

Référence 19 : Les prises en charge particulières

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

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La sensibilisation/formation auprès des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques est mise en oeuvre.	En grande partie	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Partiellement	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins.	En grande partie	

Référence 19 : Les prises en charge particulières

Critère 19a-les personnes démunies

Populations nécessitant une prise en charge particulière

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La sensibilisation/formation auprès des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques est mise en oeuvre.	En grande partie	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	En grande partie	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins.	En grande partie	

Référence 19 : Les prises en charge particulières

Critère 19a-les personnes détenues

Populations nécessitant une prise en charge particulière

COTATION

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

CONSTATS

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.

NA

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

CONSTATS

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

NA

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

NA

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	NA	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins.	NA	

Référence 19 : Les prises en charge particulières

Critère 19b-MCO

Troubles de l'état nutritionnel



COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés.	En grande partie	
L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge en lien avec le CLAN ou son équivalent.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions d'éducation à la santé dans le domaine nutritionnel sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.	Oui	
Le poids et l'IMC à l'admission sont tracés dans le dossier du patient.	Partiellement	

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

Référence 19 : Les prises en charge particulières

Critère 19c-MCO Risque suicidaire

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les patients présentant un risque suicidaire sont identifiés.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement assure la coordination des différents professionnels autour de la prise en charge de ces patients.	Oui	
Les professionnels sont formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire.	Partiellement	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	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 19d

Hospitalisation sans consentement

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

COTATION

NA

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

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des procédures sont mises en oeuvre.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les modalités des hospitalisations sans consentement sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	

Référence 20 : La prise en charge médicamenteuse

Critère 20a-MCO

Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient



COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement de santé a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, en concertation avec les professionnels concernés.	Partiellement	L'établissement de santé est en cours de formalisation de sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, en concertation avec les professionnels concernés et en cohérence avec les objectifs du CBUM.
Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégré au système d'information hospitalier est défini.	Oui	Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégré au système d'information hospitalier est défini.
Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.	Oui	Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des outils d'aide actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	En grande partie	Des outils d'aide actualisés et validés sont mis à la disposition des professionnels en ce qui concerne les chimiothérapies et l'antibiothérapie. Des guides de prescription pour les autres traitements de supports sont en cours d'élaboration.
La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission, jusqu'à la sortie, transferts inclus.	En grande partie	La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission, jusqu'à la sortie, transferts inclus. Des actions d'amélioration sont en cours concernant la continuité du traitement après la sortie.
Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.	Partiellement	Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments ne sont pas définies pour tous les secteurs, en dehors des chimiothérapies.
Les règles d'administration des médicaments sont définies et la traçabilité de l'acte est organisée.	En grande partie	Les règles d'administration des chimiothérapies anticancéreuses sont définies dans un thesaurus en cours de validation. La traçabilité de l'administration est organisée.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Partiellement	Compte tenu de la valeur du critère «Prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation» de l'indicateur «Tenue du dossier patient» pour la campagne de recueil 2008.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	En grande partie	Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques). Il existe des contrôles de qualité avant l'administration pour les radiopharmaceutiques mais pas pour les cytostatiques.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Oui	Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.
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.
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 et des produits et prestations est réalisé.	Oui	Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations est réalisé.

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	Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.
Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs avec rétroinformation des professionnels.	Oui	De nombreuses actions d'amélioration ont été mises en oeuvre suite aux différentes évaluations et à l'analyse des erreurs avec rétroinformation aux professionnels.

Référence 20 : La prise en charge médicamenteuse

Critère 20b-MCO

Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

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

COTATION

B

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

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

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

Critère 21a-MCO

Prescription d'analyses, prélèvement et transmission des résultats

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des règles de fonctionnement sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les laboratoires de biologie médicale (y compris coopération et sous-traitance).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des outils d'aide à la prescription et au prélèvement, actualisés et validés, sont mis à disposition des professionnels.	Oui	
Les demandes d'analyse sont identifiées, argumentées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	En grande partie	

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

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

Critère 21b

Démarche qualité en laboratoire

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

COTATION

A

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

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

Critère 22a-MCO

Demande d'examen et transmission des résultats

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des règles de fonctionnement sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les secteurs d'imagerie (y compris externalisés).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à disposition des professionnels.	Oui	
Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	En grande partie	

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

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

Critère 22b

Démarche qualité en service d'imagerie

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

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les secteurs développent un système d'assurance de la qualité.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les examens sont réalisés dans le respect des bonnes pratiques.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les activités d'imagerie font l'objet d'une procédure d'évaluation externe de la qualité.	Oui	
Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficience, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais), non-conformités, est assuré et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

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

Critère 23a-MCO

Education thérapeutique du patient

COTATION

B

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

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

Référence 24 : La sortie du patient

Critère 24a-MCO
Sortie du patient



COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La sortie ou le transfert du patient est organisé en fonction du type de prise en charge et de l'état clinique du patient.	Oui	
Les professionnels d'aval sont associés à l'organisation de la sortie ou du transfert (demande d'avis, visite, staff pluridisciplinaire, réseaux ville-hôpital, etc.) lorsque la situation le nécessite.	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 à son suivi sont remis au patient.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Partiellement	
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	
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Partiellement	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Partiellement	

PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

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



Critère 25a

Prise en charge des urgences et des soins non programmés

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

COTATION

NA

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

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La disponibilité des lits d'hospitalisation est analysée en temps réel.	NA	
Les professionnels sont formés à l'accueil et à l'orientation des patients.	NA	
L'établissement a développé une offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les secteurs de soins (consultations, hospitalisations directes).	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le suivi des temps d'attente et de passage selon le degré d'urgence est en place.	NA	
Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements sont réalisés.	NA	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les actions d'amélioration sont définies avec les professionnels et les représentants des usagers, et mises en oeuvre.	NA	

Référence 26 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle



Critère 26a

Organisation du bloc opératoire

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

COTATION

A

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

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

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

Référence 26 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26b-radiothérapie

Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

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

COTATION

A

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

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

Référence 26 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26b-médecine nucléaire

Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

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

COTATION

B

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

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

Référence 26 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26b-techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale

Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

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

COTATION

B

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

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

Référence 26 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26c

Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique

COTATION

NA

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.	NA	
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.	NA	
Dans les établissements autorisés, les bonnes pratiques de prélèvement sont mises en oeuvre.	NA	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les activités relatives au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	

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

Critère 27a

Activités de soins de suite et de réadaptation

COTATION

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

CONSTATS

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

NA

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.

NA

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.	NA	

PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Référence 28 : L'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28a

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

COTATION

A

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

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'engagement de tous les professionnels est effectif.	Oui	
Des actions de communication relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats sont mises en oeuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.	Oui	
Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique évaluent l'organisation mise en place pour favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP.	Oui	

Référence 28 : L'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28b

Pertinence des soins

COTATION

A

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique assurent le suivi des actions d'amélioration et mesurent l'impact sur l'évolution des pratiques.	En grande partie	

Référence 28 : L'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28c

Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique



COTATION

A

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement révisé régulièrement la liste des indicateurs analysés.	En grande partie	

6. BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE

BILAN DES CONTRÔLES EFFECTUÉS ET INSPECTIONS CONCERNANT LA SÉCURITÉ SANITAIRE EN RELATION AVEC LES MRIICE (Uniquement effectués par organismes et autorités externes)

DOMAINES DE SÉCURITÉ	RÉFÉREN CES OU CRITÈRE S ASSOCIÉ S AU MANUEL V2010	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMAN -DATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT		
				OUI	NON	FAVOR ABLE	DEFAVOR ABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE
Circuit du médicament	20	DRASS	01/10/2008	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stérilisation des dispositifs médicaux	-	DRASS	30/04/2002	<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	21	Oncogénétique :DDASS	08/1999	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laboratoires d'analyses de biologie médicale	21			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infrastructures	6a, 6b			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sécurité incendie	-	C.C.S.	15, 16, 26, 27/06/2005	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sécurité électrique	6b			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène alimentaire et eau d'alimentation	7a	D. S. V.	30/04/2008	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eaux à usage technique	7a			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eaux chaude sanitaire	7a	DRASS	26/03/2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déchets à risques infectieux et pièces anatomiques.	7e			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déchets à risques radioactifs	7e	ANDRA	06/02/2009	<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	7a, 7e			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produits sanguins labiles	8j	DRASS	19/03/2008	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sécurité anesthésique	-			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOMAINES DE SÉCURITÉ	RÉFÉREN CES OU CRITÈRE S ASSOCIÉ S AU MANUEL V2010	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMAN -DATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT		
				OUI	NON	FAVOR ABLE	DEFAVOR ABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE
Secteur opératoire	26			<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	22	ASN (Médecine Nucléaire)	03/10/2005	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiothérapie	22	ASN (Varian I)	04/07/1997	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiothérapie	22	ASN (Varian II)	03/10/2003	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiothérapie	22	ASN (Varian III)	25/10/2006	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiothérapie	22	ASN (Elekta)	10/01/2006	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiothérapie	26b	ASN	04/11/2008	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prévention des risques liés à l'inhalation de poussière d'amiante	6a, 7b			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMMENTAIRES DE L'ÉTABLISSEMENT

Le contrôle de la commission de sécurité (CCS) 2008 est en cours. La dernière visite s'est déroulée le 31/03/09, à l'issue de la visite la commission de sécurité a émis un avis favorable.

Les autocontrôles d'hygiène alimentaire, particulières, microbiologiques, électriques, contrôles qualité en imagerie et en radiothérapie, laboratoires n'ont pas été intégrés dans la fiche MRIICE.

En imagerie diagnostique, l'ASN délivre les autorisations d'utilisation, ceci n'a pas été inclus dans la MRIICE, des recommandations ont été formulées, elles ont toutes été levées, les autorisations attribuées.