



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

A thick, dark blue curved line that spans across the width of the page, starting from the left edge and ending at the right edge, curving downwards in the center.

RAPPORT DE CERTIFICATION V2010
CENTRE DE NÉPHROLOGIE LES FLEURS

Quartier Quiez - BP 100
83190 OLLIOULES

Septembre 2014

SOMMAIRE

PREAMBULE	4
1. Les objectifs de la certification des établissements de santé	5
2. Les niveaux de certification	6
1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	8
2. DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	10
1. Niveau de certification	11
2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	12
3. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	13
4. Critères investigués lors de la visite de certification	14
5. Suivi de la décision	15
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	22
3. Regard Patient	24
4. SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	24

5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	27
CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	29
PARTIE 1. Management stratégique	30
PARTIE 2. Management des ressources	57
PARTIE 3. Management de la qualité et de la sécurité des soins	98
CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT	123
PARTIE 1. Droits et place des patients	124
PARTIE 2. Gestion des données du patient	151
PARTIE 3. Parcours du patient	159
PARTIE 4. Prises en charge spécifiques	211
PARTIE 5. Evaluation des pratiques professionnelles	225
6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	232
7. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE	234

PREAMBULE

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

1. Les objectifs de la certification des établissements de santé

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

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

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

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

Elle ne note pas les professionnels de santé.

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

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

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

2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

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

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

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

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

1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

CENTRE DE NEPRHOLOGIE LES FLEURS

Adresse : Quartier quiez Bp 100
83190 Ollioules VAR

Site internet: <http://dialyse-privee.com>

Statut : Privé

Type d'établissement : Etablissement privé à but lucratif

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Court séjour	0	0	22949

Nombre de sites.:	Un site.
Activités principales.:	-L'hémodialyse en centre lourd, en UDM ou en auto-dialyse assistée. -La dialyse péritonéale (DPCA – DPA).
Activités de soins soumises à autorisation.:	- Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale.
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	/

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	- Polyclinique Les Fleurs (imagerie, USIC, réanimation polyvalente, services d'hospitalisation, etc.) - Clinique du Cap d'Or (soins palliatifs).
Regroupement/Fusion.:	/
Arrêt et fermeture d'activité.:	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	/

2.DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1.Niveau de certification

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

Décisions

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Compte tenu des informations issues des contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement inscrites dans le volet Sécurité Sanitaire de la fiche interface HAS/ARS, la Haute Autorité de Santé a constaté l'absence de contrôles réglementaires sur:

- Le circuit du médicament ;
- Déchets à risques infectieux et pièces anatomiques.

La Haute Autorité de Santé demande à l'établissement et à l'autorité de tutelle compétente de prendre toute mesure pour que les actions de contrôle soient rapidement mises en oeuvre.

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 08/04/2014 au 11/04/2014.
L'équipe d'Experts Visiteurs a investigué les critères suivants :

MANAGEMENT STRATÉGIQUE

1.a, 1.f, 2.e

MANAGEMENT DES RESSOURCES

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

MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

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

DROITS ET PLACE DES PATIENTS

10.e Court Séjour, 12.a Court Séjour, 13.a Court Séjour

GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

14.a Court Séjour, 14.b Court Séjour, 15.a Court Séjour

PARCOURS DU PATIENT

18.a Court Séjour, 18.b Court Séjour, 19.a Personnes âgées, 19.b Court Séjour, 19.c Court Séjour, 20.a Court Séjour, 20.a bis Court Séjour, 20.b Court Séjour, 24.a Court Séjour

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

28.a, 28.b, 28.c

5.Suvi de la décision

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

3.PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS

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

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

Ensemble des thématiques du manuel

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

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

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

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

Pratiques exigibles prioritaires

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

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

Ces pratiques exigibles prioritaires concernent les critères suivants :

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

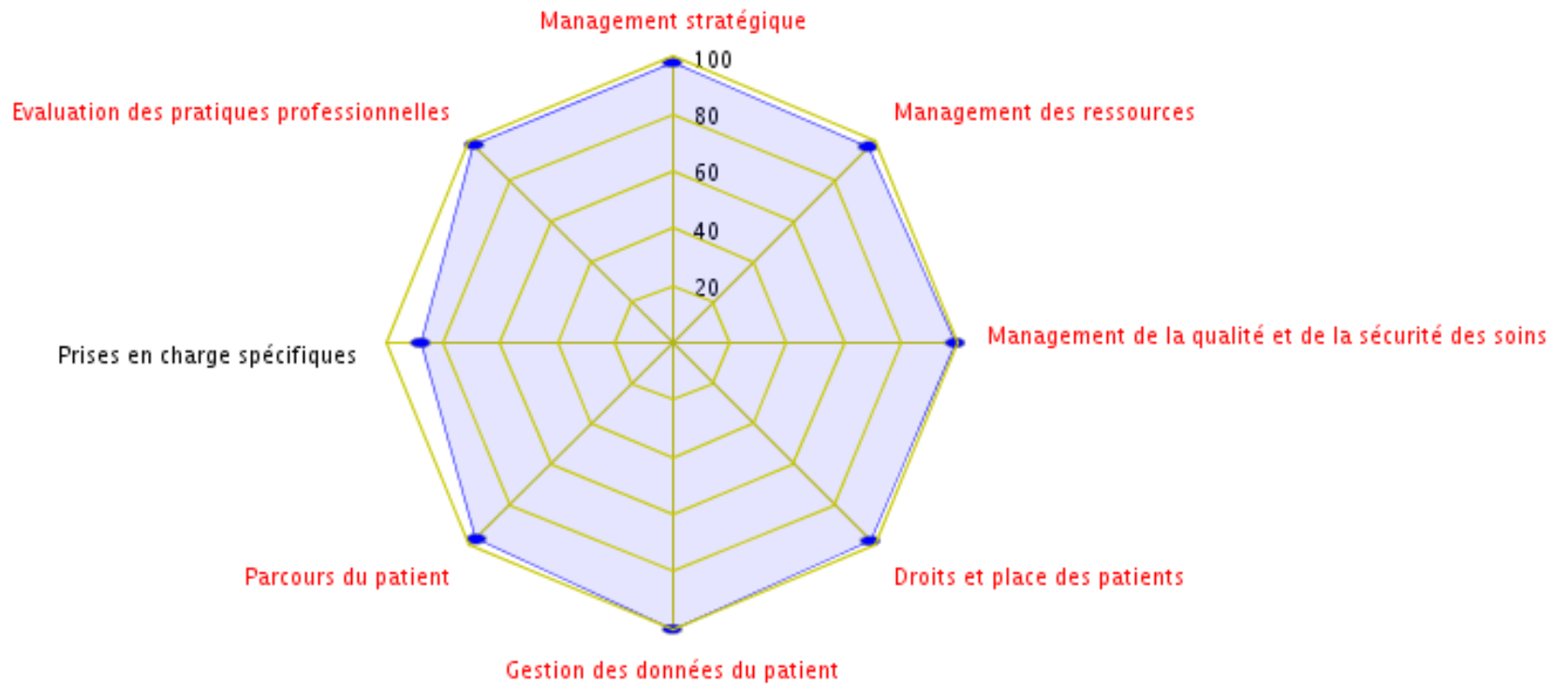
Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement.

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

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

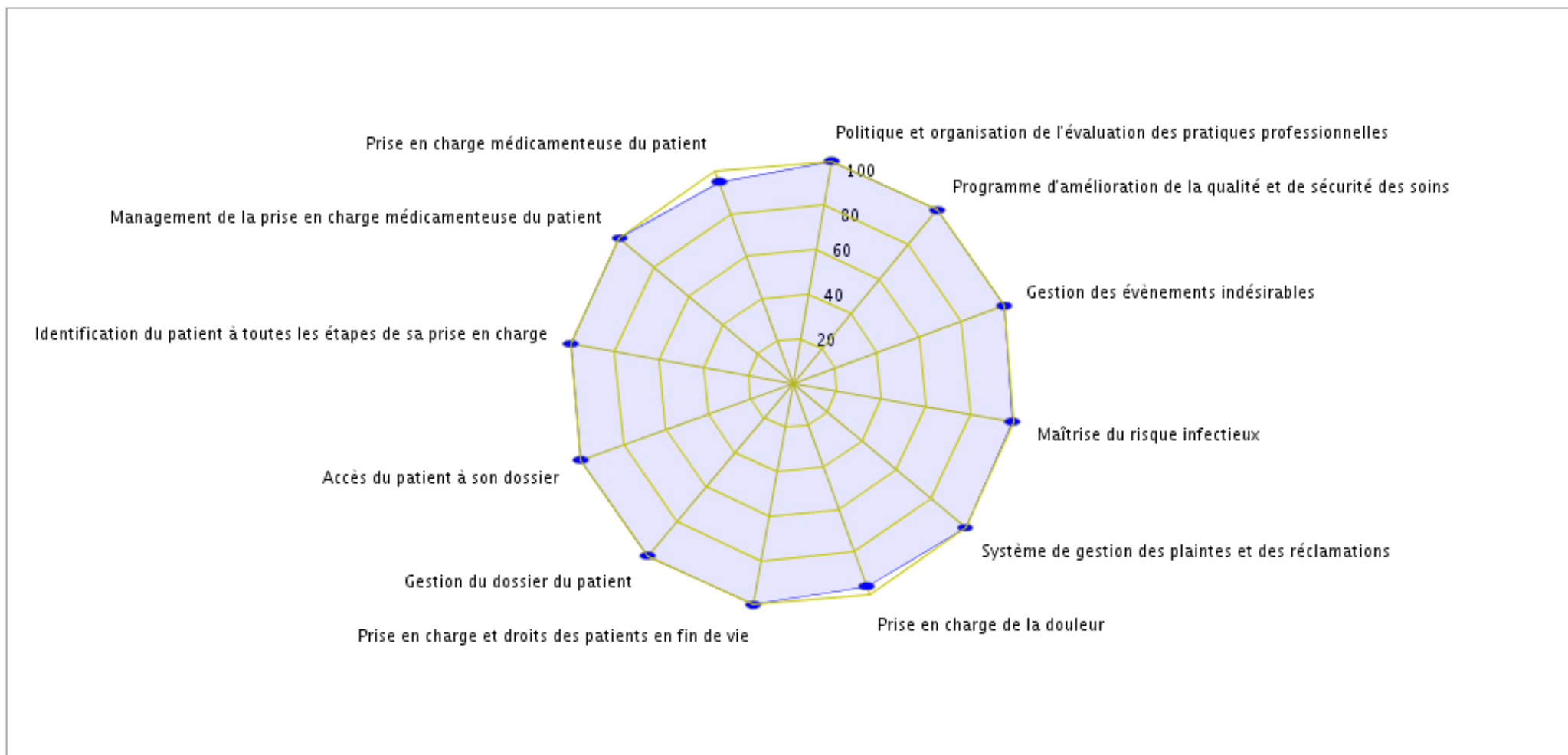
- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (10a),
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b),
- Respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c),
- Accueil et accompagnement de l'entourage (10d),
- Information du patient sur son état de santé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

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

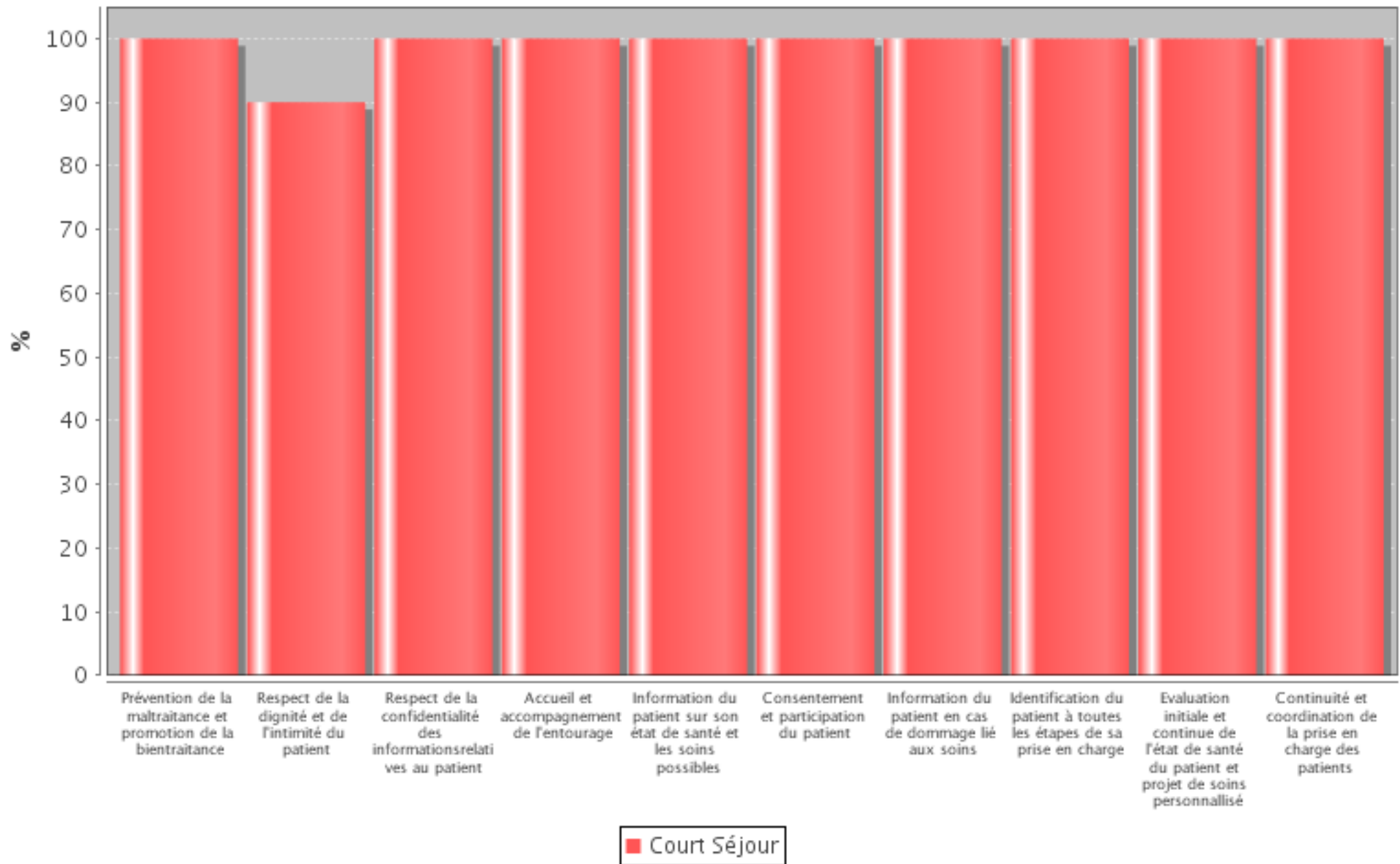


Les libellés des points fort (> 90%) sont en rouge.

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



3. Regard patient



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

CET ETABLISSEMENT N'A FAIT L'OBJET D'AUCUNE DECISION LORS DE LA PRECEDENTE PROCEDURE.

5.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.b Engagement dans le développement durable

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.c Démarche éthique

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.d 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 sur les droits des patients, destinées aux professionnels, sont organisées.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.e

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La politique des EPP est inscrite dans la partie qualité, gestion des risques et développement durable du document intitulé « Nos politiques ». Ce document est accessible par les professionnels dans la gestion documentaire informatisée. Ce travail a été présenté en réunion d'encadrement, en CME, aux instances représentatives du personnel et en groupes de travail de certification. La politique EPP est portée par le projet médical, le projet d'établissement, le projet qualité/gestion des risques/développement durable et le projet de soins infirmiers. Une sous-commission EPP a été créée en 2012 lors de la reprise par la polyclinique Les Fleurs du centre de néphrologie. Cette Commission pluridisciplinaire a élaboré son règlement intérieur définissant ses missions et ses responsabilités, le suivi d'état d'avancement, les moyens et les modes de communication. Le choix des EPP a été établi en fonction des projets à développer, des cartographies des risques, des déclarations des fiches d'événements indésirables, des indicateurs, des EPP maintenues de la

	Oui	<p>V2007, des nouvelles organisations, etc.</p> <p>Un calendrier de déploiement a été mis en place. La Cellule qualité assure son suivi, et est un appui méthodologique pour la réalisation de ces EPP.</p> <p>Elle assure également la formation de l'ensemble des professionnels aux méthodes et conduites d'EPP.</p>
<p>Une concertation entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie de l'EPP est en place.</p>	Oui	<p>La sous-commission EPP est constituée de médecins, pharmacien, soignants, administratifs, représentant des usagers, etc. Ses réunions sont le lieu d'échange entre l'ensemble des professionnels de l'établissement. Elle est présidée par un médecin néphrologue président de CME. Un règlement intérieur définit les règles de concertation entre les professionnels.</p> <p>Une présentation sur la stratégie EPP a été réalisée auprès de l'ensemble des professionnels. Les nouveaux sujets d'EPP, ainsi que la décision de pérennisation des EPP déjà conduites, ont été définis entre les professionnels du soin et les gestionnaires. Un pilote a été nommé pour chacune des EPP, et a reçu un guide du pilote. Ce guide est un support méthodologique d'animation d'un groupe de travail.</p> <p>Des comptes-rendus de chaque réunion d'EPP attestent de l'état d'avancement de chaque groupe, et un tableau de bord des actions avec avancée en pourcentage est également réalisé. Un point est également fait trimestriellement en Comité de pilotage et en CME.</p> <p>Un bilan annuel est réalisé au travers du bilan annuel qualité/gestion des risques/développement durable, et est présenté aux instances (CME, CSSI, représentants du personnel, etc.).</p>
<p>Les missions et les responsabilités sont définies afin d'organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médico-technique.</p>	Oui	<p>Les missions et responsabilités, les modalités d'organisation, de coordination, d'accompagnement, de suivi et de communication sont définies dans le règlement intérieur de la Commission EPP. Il a été établi une coresponsabilité médecin/soignant pour la gestion de la Commission EPP. Pour chaque EPP, un pilote est nommé. Il a en charge l'animation et le développement du sujet défini.</p>

	Oui	La Cellule qualité apporte un appui méthodologique, assure le respect du calendrier de déploiement et aide à la conception. L'ensemble des professionnels du centre de néphrologie est engagé dans la démarche par centre d'intérêt et/ou par thématique.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en œuvre de l'EPP.	Oui	<p>Un guide du pilote est distribué à chaque chef de projet qui sert de support méthodologique d'animation du groupe de travail. Des formations internes et externes (DU qualité, formation gestion des risques, cartographie, patient traceur, etc.) sont dispensées périodiquement aux équipes paramédicales et médicales. Ces formations sont dispensées par la Cellule qualité, formées aux EPP ou par des organismes extérieurs.</p> <p>La Cellule qualité assiste à toutes les réunions d'EPP ainsi qu'aux réunions de la sous-commission EPP.</p> <p>Chaque chef de projet travaille en collaboration avec la Cellule qualité de l'établissement. La Cellule qualité aide au secrétariat et à la mise en forme des supports EPP. Des outils qualité ont été déployés, afin d'accompagner les professionnels dans la réalisation de leur EPP. Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en œuvre de l'EPP. L'ensemble de ces outils est regroupé dans le document « Outils qualité » disponible dans la gestion documentaire informatisée.</p>
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	Oui	Chaque chef de projet EPP est en charge lors de ses réunions de faire le point sur l'état d'avancement des travaux (définir l'étape atteinte), les blocages, le planning de réalisation et de produire les comptes-rendus des réunions, les feuilles d'émargements et les éléments de preuves du travail effectué. Cet état d'avancement est transmis à la Commission EPP pour le suivi. Un point est fait systématiquement en Comité de pilotage et en Commission EPP, afin de mesurer l'état d'avancement de chaque groupe d'EPP. Une présentation de l'état d'avancement des EPP est

	Oui	<p>faite par la responsable qualité en CME, en sous-commission EPP, en Comité de pilotage et en CSSI. Chaque EPP donne lieu à des plans d'actions. L'avancée de ces actions est suivie dans un tableau de bord des actions avec le pilote de l'action, le délai de réalisation et le pourcentage de réalisation.</p> <p>Un PAQ EPP a également été formalisé, et est suivi par la Cellule qualité.</p> <p>Un bilan annuel des EPP est réalisé, et est intégré dans le bilan annuel qualité/gestion des risques/développement durable.</p>
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	Oui	<p>La stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP a été exposée au personnel au travers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de réunions d'informations sur la certification ; - des réunions EPP ; - des Comités de pilotage ; - des actions de la sous-commission EPP ; - du livret de certification à destination des médecins et des professionnels ; - d'articles dans la gazette de la clinique ; - de la gestion documentaire informatisée (règlement intérieur de la Commission EPP, guide du pilote, boîte à outils qualité, etc.) ; - des formations actions (exercice du patient fictif, mises en situation), etc. <p>L'évaluation des résultats obtenus est réalisée lors des réunions de CME, des réunions EPP, des réunions de la sous-commission EPP et des points réalisés en Comité de pilotage.</p> <p>Cette évaluation est suivie sur la base d'un tableau de bord des actions avec un pourcentage d'avancement des EPP. Un bilan annuel de la Commission EPP est inséré dans le bilan annuel qualité/gestion des risques/développement durable, et fait l'objet d'un point dans le bilan annuel de la CME.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

<p>L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'information sur les états d'avancement et résultats obtenus se fait lors de réunions de la CME, de la CSSI, de Direction, des Comités de pilotage et des réunions des institutions représentatives du personnel. Un bilan annuel EPP intégré au bilan qualité/gestion des risques/développement durable est distribué aux instances et est également disponible dans la gestion documentaire informatisée. Selon le sujet abordé et les actions mises en œuvre, une présentation des travaux engagés peut être faite aux différents Comités du centre (COMEDIMS, CLIN, CLAN, CRU, etc.). Un point EPP est également fait dans le bilan CME.</p>
<p>La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.</p>	<p>Oui</p>	<p>La stratégie des EPP est révisée annuellement sur la base des orientations régionales ou nationales ou des évolutions, des recommandations, en fonction des résultats obtenus et de l'état d'avancement/rétroplanning. Cette révision porte sur l'atteinte des objectifs, des actions mises en place et des moyens utilisés ou à venir.</p>

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

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

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

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

Critère 2.a

Direction et encadrement des secteurs d'activités

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les organigrammes de l'établissement et des différents secteurs d'activité sont définis.	Oui	
Les circuits de décision et de délégation sont définis.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les organigrammes et l'information relative aux circuits de décision et de délégation sont diffusés auprès des professionnels.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

Les organigrammes et les circuits de décision et de délégation sont révisés à périodicité définie.	Oui	
--	-----	--

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

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

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La représentation des usagers au sein de l'établissement est organisée.	Oui	
Une politique de coopération avec les acteurs associatifs est définie.	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 à la mise en oeuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, notamment dans le cadre de la CRU.	Oui	

L'intervention des associations dans les secteurs d'activité est facilitée.	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 2.c Fonctionnement des instances

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

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

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

Critère 2.d Dialogue social et implication des personnels

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

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

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



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

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

PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.a Management des emplois et des compétences

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

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.c Santé et sécurité au travail

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

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

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.d Qualité de vie au travail

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La qualité de vie au travail fait partie des orientations stratégiques de l'établissement.	Oui	
Un plan d'amélioration de la qualité de vie au travail est défini.	Oui	
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.	En grande partie	
La satisfaction du personnel est évaluée.	Oui	

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.a Gestion budgétaire

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

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

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.b Amélioration de l'efficience

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

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.a Système d'information

Cotation		
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 5.b 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 5.c Gestion documentaire

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un dispositif de gestion documentaire est en place.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le dispositif est connu des professionnels.	Oui	
Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent.	Oui	
Le système de mise à jour des documents est opérationnel.	Oui	

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.a Sécurité des biens et des personnes

Cotation		
	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 de sécurité adaptés (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 œuvre.	Oui	
---	-----	--

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.b

Gestion des infrastructures et des équipements (hors dispositifs médicaux)

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

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.c Qualité de la restauration

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

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.d Gestion du linge

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

Cotation		
	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 œuvre.	Oui	

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.e Fonction transport des patients

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.f Achats écoresponsables et approvisionnements

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.g
Gestion des fonctions logistiques au domicile



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

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

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

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

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

Critère 7.a Gestion de l'eau

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

Cotation	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 ou le CLIN (ou équivalent).	Oui	
La nature des effluents et les risques qu'ils génèrent sont identifiés.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un plan de maintenance préventive et curative des installations, élaboré avec l'EOH ou le CLIN (ou équivalent), est mis en oeuvre.	Oui	
Des contrôles périodiques de l'eau sont menés en lien avec l'EOH ou le CLIN (ou équivalent), et tracés.	Oui	

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

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

Critère 7.b Gestion de l'air

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Partiellement

Des dispositions sont prévues en cas de travaux.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

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

Critère 7.c Gestion de l'énergie

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

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

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

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

Critère 7.d Hygiène des locaux

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

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

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

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

Critère 7.e Gestion des déchets

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

Les procédures de gestion des déchets sont établies.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le tri des déchets est réalisé.

Oui

Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont organisées.	Oui	
Le patient et son entourage sont informés des risques liés aux déchets d'activités de soins à risques infectieux.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Des mesures de protection du personnel sont mises en application pour la collecte et l'élimination des déchets.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les dysfonctionnements en matière d'élimination des déchets sont identifiés et analysés.	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 QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

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

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est formalisé.	Oui	Le programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins est défini dans le projet qualité, gestion des risques et développement durable rédigé pour 2012-2016. Il est l'axe principal du projet d'Etablissement. Il identifie les objectifs d'amélioration, les actions déjà mises en œuvre, et celles qui restent à mettre en place, et il est détaillé par thème dans son plan d'actions qualité.
Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements, ainsi que les risques majeurs et récurrents.	Oui	Le programme d'actions est global. Il prend en compte les résultats des analyses des événements indésirables, des REX, REMED, des risques a priori, des instances, des groupes de travail, des plaintes et réclamations, des EPP, des audits, des IPAQSS, des résultats des contrôles et inspections.
Les activités, réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins, sont prises en compte.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

Le programme est soumis aux instances.	Oui	Le bilan de chaque instance est présenté annuellement. Il est suivi du programme d'actions pour l'année suivante.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Il existe un tableau de suivi annuel des actions, réalisé lors des différentes instances, Comités, groupes de travail de la démarche qualité : EPP, médicament, bienveillance, management et parcours du patient. Il reprend les différentes actions définies, précisant la source, l'objectif, le domaine d'application, la personne responsable, l'indicateur lorsqu'il existe, le niveau de priorisation, l'échéance fixée pour la réalisation de l'action et son état d'avancement.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	Oui	Le suivi des plans d'actions est réalisé par trimestre par la Cellule qualité et le coordonnateur de la gestion des risques, la Direction, les groupes de travail, les Comités et instances. Une révision du plan d'action est effectuée si besoin, avec actualisation de l'échéance.
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	Oui	La mesure de l'atteinte des objectifs des actions inscrites au programme est réalisée annuellement par les indicateurs, quand ils existent, spécifiques à l'établissement, ou nationaux.
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	Oui	Dans leur bilan annuel, les Comités et instances évaluent l'état d'avancement des actions, et les réajustements nécessaires sont effectués suite aux évaluations. Les actions qui n'ont pu être réalisées sont reportées dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'année suivante.

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

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

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

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

Critère 8.c
Obligations légales et réglementaires

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une veille réglementaire est organisée par un responsable identifié.	Oui	
La Direction établit un plan de priorisation des actions à réaliser à la suite des contrôles internes et externes. Ce plan prend en compte la parution de nouvelles exigences réglementaires.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement met en œuvre les actions consécutives aux recommandations issues des contrôles réglementaires, en fonction du plan de priorisation.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

La Direction assure un suivi du traitement des non-conformités.	Oui	
---	-----	--

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

Critère 8.d
Evaluations des risques à priori

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

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

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

Critère 8.e
Gestion de crise

Cotation	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 à la suite de 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	

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

Critère 8.f
Gestion des évènements indésirables



Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation est en place, afin d'assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.	Oui	Il existe une procédure de déclaration d'un événement indésirable qui précise l'objectif, le domaine d'application. Elle définit l'événement indésirable, le récurrent et l'événement indésirable grave avec un niveau de gravité allant de 1 à 4. Les fiches de signalement sont informatisées ; le déclarant identifie un destinataire, qui doit lui donner une réponse. Le suivi est réalisé par la Cellule qualité, destinataire systématique, ainsi que le gestionnaire de risques, la directrice des soins, et le responsable du service concerné dans la déclaration. En cas d'inaccessibilité au logiciel de déclaration, des feuilles papier sont toujours disponibles dans les services. Elles doivent être faxées à la Cellule qualité pour traitement.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.	Oui	Lors de la mise en place récente de la fiche informatisée, la formation des professionnels a été réalisée. Elle est complétée d'un guide d'utilisation disponible dans la gestion documentaire informatisée, et des rappels sont effectués dans le cadre de réunions de service, en fonction

	Oui	des besoins identifiés.
Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	Oui	La responsable qualité et les assistantes qualité ont été formées à la gestion des risques, intégrant les processus de hiérarchisation, et les méthodes d'analyse des causes (modèle Reason). Le programme et les supports de formation disponibles ont été utilisés pour faire la formation en interne au personnel du centre. Une synthèse des différents outils d'analyse des causes est à disposition des professionnels dans la gestion documentaire informatisée.
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.	Oui	L'identification des événements indésirables graves est repérée soit par le déclarant sur la fiche de déclaration puis validée par la responsable qualité, soit par la responsable qualité, qui assure le suivi quotidien des fiches. En fonction des besoins, l'analyse des causes profondes est réalisée dans le cadre de revues de dossiers, de REMED, ou de REX, en présence de la responsable qualité formée à ces méthodes. L'analyse des causes profondes et événements récurrents est également traitée dans les revues de Direction au moins au trimestre.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions correctives sont mises en œuvre à la suite des analyses.	Oui	Des actions correctives sont décidées à partir des analyses des causes des événements indésirables. Le tableau global du plan d'actions qualité intègre ces actions correctives, permettant le suivi, et précisant le niveau de priorité, le responsable et l'échéance fixée pour sa réalisation.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	Oui	Les événements indésirables récurrents sont identifiés par la responsable qualité à l'aide du logiciel informatique qui les repère. Les causes profondes sont analysées, et les actions correctives sont inscrites dans le tableau global du plan qualité pour le suivi.

L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	Oui	Une évaluation de l'efficacité des actions correctives est réalisée à travers le suivi d'indicateurs, d'audits et de l'analyse statistique issue du logiciel de saisie des FEI.
--	-----	---

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

Critère 8.g
Maîtrise du risque infectieux



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

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

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

Critère 8.h
Bon usage des antibiotiques



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

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

Critère 8.i
Vigilances et veille sanitaire

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

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

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

Critère 8.j
Maîtrise du risque transfusionnel

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

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

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

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

Critère 8.k
Gestion des équipements biomédicaux

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement a défini un système de gestion des équipements biomédicaux, comprenant un plan pluriannuel de remplacement et d'investissement.	Oui	
Une procédure (équipement de secours, solution dégradée ou dépannage d'urgence), permettant de répondre à une panne d'un équipement biomédical critique, est formalisée et opérationnelle.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le système de gestion des équipements biomédicaux est mis en oeuvre, sous la responsabilité d'un professionnel identifié.	Oui	
La maintenance des équipements biomédicaux critiques est assurée, et les actions sont tracées.	Oui	

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

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

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



Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
A	Oui	Oui
La gestion des plaintes et des réclamations est organisée (CRU en place, procédure formalisée, responsabilités définies).	Oui	La procédure de gestion des plaintes et réclamations des patients décrit l'organisation en place dans l'établissement. Il existe un imprimé spécifique pour recueillir les plaintes orales à transmettre au secrétariat de Direction. Le registre des plaintes et réclamations est en place. Depuis 2013, la CRU est commune avec celle de la clinique Les Fleurs. Elle est composée des médecins médiateurs des deux structures, et son fonctionnement fait l'objet d'un règlement intérieur, conformément à la réglementation. L'information des patients est réalisée par le livret d'accueil et par un affichage dans le service.
Le système de gestion des plaintes et des réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.	Oui	Les plaintes font l'objet de déclaration d'événements indésirables, et la responsable qualité est présente aux réunions de la CRU pendant lesquelles les plaintes sont analysées. Les actions d'amélioration décidées sont ensuite intégrées dans le programme global d'actions pour le suivi.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	Si des professionnels sont concernés par une plainte, ils sont associés à la réponse qui sera faite au plaignant et à la mise en place d'actions correctives, si besoin.
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en œuvre.	Oui	L'établissement a mis en place une organisation pour informer le plaignant sur le traitement de sa plainte. La réponse, faite par courrier, finalise le traitement de la plainte et rappelle le dispositif du médiateur.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et des réclamations, incluant le suivi du délai de réponse au plaignant, contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.	Oui	L'analyse qualitative et quantitative des plaintes et réclamations est réalisée au trimestre en CRU. Le bilan des plaintes est intégré au rapport de la CRU. Le délai de réponse au plaignant est suivi par la secrétaire de Direction, qui est secrétaire de la CRU. Suite au bilan de la CRU, la responsable qualité intègre les actions décidées dans le programme d'amélioration de la qualité.

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

Critère 9.b Evaluation de la satisfaction des usagers

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

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

CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS

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

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

Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre.	Oui	
Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre.	Oui	
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.	Oui	

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

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les projets de l'établissement (projets des secteurs d'activité, projets architecturaux) intègrent le respect de la dignité et de l'intimité du patient.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les soins, y compris les soins d'hygiène, sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	En grande partie	
Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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

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

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

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.d - Court Séjour
Accueil et accompagnement de l'entourage**

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

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

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.e - Court Séjour

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

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

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

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

Critère 11.a - Court Séjour

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

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

L'accès à des ressources d'informations diversifiées (support écrit, espace d'information, etc.) est facilité.	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.	Oui	

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

Critère 11.b - Court Séjour 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 soins.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en oeuvre du projet personnalisé de soins est favorisée.	Oui	
Des interventions, visant la recherche d'adhésion du patient au projet de soins, sont réalisées dans les cas d'hospitalisation sans consentement, d'injonction thérapeutique ou de refus de soins.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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

Critère 11.c - Court Séjour

Information du patient en cas de dommage lié aux soins

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

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

Référence 12: La prise en charge de la douleur

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



Cotation		
A		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement, en concertation avec le CLUD (ou équivalent).	Oui	La prise en charge de la douleur est formalisée en concertation avec le CLUD, et intégrée dans le document « Nos politiques » avec des objectifs définis, des prises en charge identifiées et des moyens. Les référents du service se réunissent en équipe opérationnelle douleur (EOD), afin de permettre le déploiement de la prise en charge de la douleur. Un règlement intérieur est formalisé. Il existe également un bilan du CLUD qui fait le bilan des actions réalisées, et définit un programme pour l'année à venir.
Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.	Oui	Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonnes pratiques, élaborés et validés par le CLUD, sont présents dans la gestion documentaire informatisée. Ceux-ci sont adaptés à la prévention de la douleur liée à la population de patients dialysés.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

<p>Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le CLUD du centre de néphrologie travaille en étroite collaboration avec le CLUD de la clinique Les Fleurs.</p> <p>La référente douleur de la clinique Les Fleurs est titulaire d'un DU douleur, a suivi en 2012 une formation de formateur et a formé spécifiquement les deux référentes douleur du centre de néphrologie.</p> <p>L'ensemble du personnel est sensibilisé à diverses thématiques telles que la prise en charge de la douleur, l'accompagnement des patients en fin de vie, la manutention des patients, l'hypnose, la douleur morale et le choix des mots, etc.</p> <p>Un affichage en salle de soins rappelle au personnel qu'il faut évaluer et tracer la douleur.</p> <p>Chaque nouveau salarié reçoit lors de son embauche une valisette d'accueil dans laquelle se trouve, entre autres, une réglette d'évaluation de la douleur et le contrat d'engagement douleur.</p> <p>Une présentation de la lutte contre la douleur est faite par le référent CLUD, lors des réunions trimestrielles d'accueil des nouveaux embauchés.</p> <p>Une EPP sur la douleur morale est conduite par le personnel soignant et médical, avec notamment l'organisation d'une soirée débat « La parole en dialyse ».</p>
<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>La mise en place de l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur est organisée. L'éducation du patient est adaptée à la pathologie et au type de patient. Un affichage dans les salles de soins présente au patient comment soulager sa douleur.</p> <p>Le livret d'accueil informe également le patient sur l'engagement du centre dans la lutte contre la douleur.</p> <p>Une enquête auprès des patients est réalisée annuellement sur la satisfaction de la prise en charge de la douleur via le questionnaire de satisfaction du centre.</p>

La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	Des audits sur la traçabilité de la douleur dans les dossiers patients sont réalisés, et des actions d'améliorations sont mises en place si nécessaire. Un affichage en salle de soins rappelle au personnel qu'il faut évaluer et tracer la douleur. La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier est en augmentation.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	L'évaluation de la douleur se fait lors des séances de dialyse, a minima : - à l'arrivée ; - en cours de séance ; - en fin de séance. Pour chaque score supérieur ou égal à la limite admise, des actions pour soulager la douleur sont entreprises (traitements médicamenteux et non médicamenteux), et une réévaluation est faite en systématique. La traçabilité de ces actions est présente dans les transmissions ciblées et sur la partie prescription, s'il y a lieu. Une sensibilisation sur la prise en charge de la douleur est dispensée annuellement auprès des professionnels, et un audit ciblé a été réalisé. Une EPP sur la douleur morale est conduite par le personnel soignant et médical.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Des échelles spécifiques sont mises à la disposition du personnel. L'établissement a mis en place l'échelle Algoplus. Une sensibilisation à l'utilisation de cette échelle a été réalisée lors d'une formation de sensibilisation par la référente douleur, et relayée par les référents douleur au personnel. Une procédure sur l'utilisation de cette échelle est disponible dans la gestion documentaire informatisée.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

<p>Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.</p>	<p>Oui</p>	<p>Un travail de sensibilisation sur l'utilisation de ces outils a été réalisé auprès du personnel par le CLUD. Tout nouvel embauché reçoit une valisette d'accueil comportant une information sur l'évaluation de la douleur, le contrat d'engagement douleur ainsi qu'une réglette pour l'évaluation de celle-ci (EVA, EN). Une EPP sur la douleur morale est conduite par le personnel soignant et médical.</p> <p>La responsable de service s'assure de l'appropriation et de l'utilisation des outils d'évaluation de la douleur et des besoins en formation, lors de l'entretien professionnel des salariés et lors des réunions de services.</p>
<p>La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan Institutionnel.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le questionnaire de satisfaction du patient comporte une partie sur la satisfaction « Prise en charge de la douleur ». L'analyse de ces questionnaires est réalisée annuellement, et discutée au moins une fois par an lors des réunions du CLUD.</p> <p>Des audits de dossiers sont également faits sur le thème de l'évaluation, de la prescription et l'administration des produits antalgiques.</p> <p>Un retour est fait au représentant des usagers de l'ensemble des travaux du CLUD par la référente douleur. Une présentation en CME est également réalisée.</p> <p>Une EPP sur la douleur morale est conduite par le personnel soignant et médical.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en place.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les résultats des audits et évaluations réalisés sont présentés en instance du CLUD. Un plan d'actions d'amélioration est défini et validé. Ces actions sont suivies à chaque réunion et synthétisées dans le bilan annuel du CLUD. Ces actions d'amélioration portent sur la documentation, la formation/sensibilisation et l'évaluation.</p> <p>Une EPP sur la douleur morale est conduite par le personnel soignant et médical, et a permis la mise en place d'actions d'amélioration avec notamment l'organisation d'une soirée débat « La parole en dialyse ».</p>

<p>L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le CLUD travaille en collaboration avec le CLUD de la clinique Les Fleurs qui participe au réseau douleur PACA Ouest, aux réunions et aux audits de ce réseau. Des retours d'expériences sont également réalisés au niveau du groupe Les Fleurs qui comporte plusieurs structures régionales d'hospitalisation.</p>
--	------------	--

Référence 13: La fin de vie

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les patients dialysés sont pris en charge en ambulatoire trois fois par semaine dans l'établissement. Un médecin néphrologue effectue une visite à chaque séance. Une évaluation de l'état de santé des patients est réalisée par le médecin, en collaboration avec le personnel soignant lors de staffs hebdomadaires. Lorsque l'état du patient le nécessite, le médecin se met en rapport avec l'équipe de soins palliatifs de la clinique du Cap d'Or avec laquelle l'établissement a passé une convention.
Pour cette prise en charge, l'établissement travaille en lien avec le service d'hospitalisation de la clinique Les Fleurs qui a également une convention avec la clinique du Cap d'Or.
L'association RENATUS ainsi que le centre de soins palliatifs de la Seyne peuvent également intervenir sur demande dans le centre de néphrologie.

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

Oui

Une procédure, visant à recueillir et à inscrire dans le dossier patient l'identité de la personne de confiance, est en place. La fiche de désignation de la personne de confiance est systématiquement complétée et conservée dans le dossier patient.

	Oui	Le patient peut, s'il le désire, demander que ses directives anticipées soient inscrites dans son dossier sur un formulaire élaboré par le groupe de travail éthique/bienveillance.
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	Le livret d'accueil patient décrit la notion de directives anticipées ainsi que le droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation. Les professionnels de santé disposent d'une procédure collégiale de limitation des arrêts thérapeutiques validée en Commission éthique. Un point « Information patient » rassemble dans le service des documents relatifs à la fin de vie (loi Leonetti, personne de confiance, directives anticipées, etc.).
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en œuvre.	Oui	Le Comité d'éthique a travaillé sur la fin de vie, sur l'information donnée aux familles et sur la procédure de fin de vie. L'établissement ne dispose pas de lits de soins palliatifs identifiés. Une concertation entre équipe médicale, patient et famille permet d'organiser le transfert, en cas d'accord du patient et de la famille, vers la clinique appartenant au même groupe distante de 5 kms qui possède des lits de soins palliatifs. Le personnel de réanimation et de médecine interne, compte tenu du type de pathologies prise en charge, est très impliqué dans la prise en charge du patient en fin de vie, et peut être un service d'accueil pour ces patients. Au travers des travaux des groupes parcours patient, éthique et bienveillance, une procédure de prise en charge des patients en fin de vie a été formalisée ainsi qu'une fiche de bonne conduite pour les patients en fin de vie. Des procédures « Liste des cultes » et « Rites et coutumes » ont été formalisées, et sont disponibles dans la gestion documentaire informatisée.

<p>Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.</p>	<p>Oui</p>	<p>Une formation sur la prise en charge des patients en fin de vie a été suivie par plusieurs infirmières et aides soignantes de l'établissement. Une information est réalisée au personnel dans le cadre de l'éthique et de la bientraitance sur les différentes lois encadrant cette démarche de soins et sur le comportement vis à vis des patients (diffusion dans les bulletins de paie, affichage service...) En cas de besoin, une infirmière diplômée de l'établissement partenaire peut intervenir. Elle a suivi une formation sur les droits des patients en fin de vie. Une réunion débat a été organisée en 2013 sur la prise en charge en fin de vie. Un film expliquant la loi Leonetti a été diffusé en réunion éthique.</p>
<p>Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les réunions de concertation se déroulent dans le centre lors de staffs. Elles permettent la réévaluation des stratégies de soins et la prise des décisions de façon collégiale. Les décisions sont tracées dans le dossier du patient. Des réunions de retours d'expérience sur la prise en charge de patients en fin de vie sont également organisées. La procédure, concernant la limitation d'arrêt thérapeutique, est disponible pour les professionnels dans la gestion documentaire informatisée.</p>
<p>Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en œuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Une psychologue fait partie de l'équipe soignante. Elle intervient auprès du personnel en cas de besoin. Lors des réunions de service, la fin de vie des patients est abordée, et un soutien des professionnels peut être mis en place.</p>
<p>Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des formations sur l'accompagnement en fin de vie ont été dispensées en 2012 et 2013. Une réunion d'information, au travers d'un diaporama sur les dispositions légales (dont la loi Leonetti), concernant les droits des patients et la fin de vie a été réalisée auprès du personnel par la référente soins palliatifs (détentrices d'un DU soins palliatifs) de la clinique du Cap d'Or.</p>

L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	La clinique Les Fleurs a signé une convention avec l'association RENATUS. Un des bénévoles est titulaire du DU de soins palliatifs. Ils sont présents chaque semaine dans l'établissement et interviennent à la demande des patients. L'établissement a formalisé les règles d'intervention des bénévoles. Le centre de néphrologie peut bénéficier de cette organisation.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (Comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, Commission de soins, etc.).	Oui	Bien que la prise en charge des patients pour ses séances de dialyse soit ambulatoire, le centre de dialyse s'est doté d'un Comité éthique dans lequel la prise en charge des patients en fin de vie est évoquée. Cette réflexion est aussi menée lors des réunions de travail du groupe parcours patient et du groupe bienveillance. Un point sur l'ensemble des travaux est réalisé en CME et en CRU une fois par an. Les mots de remerciements permettent de juger de la qualité de la prise en charge des patients.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	La réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements a été menée par le Comité d'éthique. Un néphrologue a présenté aux professionnels les documents de traçabilité de la procédure collégiale de limitation ou d'arrêt de traitement pour le service. Les travaux du Comité d'éthique ont été présentés lors de la Commission de soins infirmiers et d'une CME. L'entourage a été associé à cette démarche.
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	Les travaux menés par le groupe de travail parcours patient, le groupe bienveillance et le Comité d'éthique ont permis la mise en œuvre d'actions d'amélioration. Le suivi du plan d'action et des axes d'amélioration est réalisé lors des réunions trimestrielles de ces instances. - conventions avec la clinique du Cap d'Or ; - formalisation de procédures ; - échanges d'expérience et de compétences entre les établissements du groupe Les Fleurs ; - intégration dans le dossier patient informatisé de la

Oui	présence ou non de directives anticipées ; - procédure collégiale de limitation d'arrêt thérapeutique ; - affichage.
-----	--

PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.	Oui	Il existe un guide de gestion et d'utilisation du dossier patient qui précise les étapes de la vie d'un dossier, de sa création à sa conservation, les règles de tenue du dossier, son circuit et toutes les informations concernant la réglementation et les recommandations de son utilisation. Le dossier est sur support papier et informatisé, dans lequel sont saisies les données du dossier médical et infirmier. Le processus d'information des professionnels est en place, avec la mise à disposition du guide dans la gestion documentaire informatisée. Une des trois IDE référentes du dossier prend en charge chaque nouvel arrivant pour lui commenter ce guide. Il existe également un « tutoriel vidéo » spécifique au centre, pour guider les personnels dans l'utilisation du logiciel du dossier informatisé.
Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et diffusées.	Oui	Les règles de communication et d'accès au dossier sont définies dans le guide du dossier patient. Les dossiers papier complets des patients résidents sont conservés dans les armoires d'un bureau du service, et tout leur contenu est scanné et disponible sur le réseau dialyse PARTAGE,

	Oui	accessible par les professionnels. L'information des modalités d'accès au dossier est organisée. Elle est réalisée par l'IDE référente du dossier pendant la première semaine qui suit l'arrivée d'un nouveau membre de l'équipe.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	Oui	Les éléments du résumé médical et du compte-rendu de la consultation, disponibles sur le réseau PARTAGE, sont intégrés au logiciel du dossier informatisé. Il permet au néphrologue de faire ses prescriptions, qui seront imprimées sur la feuille de séance au préalable, permettant la préparation des dispositifs médicaux. Le jour de la dialyse, cette feuille permet aux IDE de tracer en temps réel, pendant la séance, les paramètres de surveillance, l'administration des médicaments et les éventuelles observations. Les principales informations sont ensuite saisies dans le logiciel. Les feuilles de séances papier sont ensuite gardées au trimestre dans le classeur de dialyse, conservé dans chaque salle de dialyse, avant d'être archivées. Le suivi des dossiers patients est effectué par des référents qui vérifient la bonne constitution des dossiers qui leur sont confiés. Ils sont responsables du remplissage du tableau de « suivi dynamique » de certains résultats et de l'archivage des éléments du dossier au trimestre (feuilles de séances et résultats de biologie).
La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.	Oui	L'organisation en place permet la communication du dossier entre les professionnels de l'établissement, avec l'accès au dossier informatisé pour l'ensemble des intervenants. Il existe une fiche de liaison spécifique entre le logiciel informatique du dossier patient de la clinique et le centre de dialyse. L'ensemble des documents, à transmettre lors du transfert du patient sur une autre structure pour les correspondants externes, est précisé dans le guide du dossier patient. Des cahiers de liaison permettent également la communication avec les IDE libérales de ville si besoin et avec les maisons de retraite.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	L'établissement a mis en place différents audits du dossier, dont la « La tenue du dossier patient », réalisée tous les 2 ans sur les items de l'indicateur HAS. Le dispositif est précisé dans le guide du dossier. Il est structuré et coordonné par la responsable qualité.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Les résultats des évaluations des audits du dossier font l'objet d'actions d'amélioration intégrées au plan d'actions qualité.

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'accès du patient à son dossier est organisé.	Oui	Conformément à la législation en vigueur, il existe une procédure de demande d'accès au dossier médical ; elle est disponible dans la gestion documentaire informatisée. Elle précise les modalités, le cas spécifique des ayants droit et les délais à respecter.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.	Oui	Le centre a organisé l'information du droit d'accès au dossier patient dans le livret d'accueil remis à tout nouveau patient et par un affichage à l'accueil.
L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	Oui	Il est prévu un suivi des délais définis dans la réglementation et la secrétaire de Direction est la personne référente, mais pour l'instant le centre n'a pas reçu de demande de dossiers.
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	Il existe un tableau de suivi des demandes de dossiers médicaux complété des seules demandes de dossiers pour les patients de la clinique.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.	Oui	La procédure prévoit l'information de la CRU pour les données de l'accès des patients à leur dossier, qui sera effective si une demande se présente.

Référence 15: l'identification du patient

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
<p>Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge sont définis.</p>	Oui	<p>Il existe un guide de l'identitovigilance accessible sur la gestion documentaire informatisée. Il définit les objectifs, précise l'organisation et la nomination d'une référente. Il centralise les différentes procédures mises en place, dont les modalités de création d'identité, sa vérification et la pose de bracelet, réservé aux vacanciers, patients en repli, ou nouveaux patients les trois premières séances. Il inclut la fiche de déclaration d'identitovigilance. La Commission identitovigilance est en place. Elle est la Cellule d'identitovigilance opérationnelle. Ce que confirme la valeur des indicateurs HN associés en référence au seuil de progression au moment de la visite.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
<p>Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.</p>	Oui	<p>L'identitovigilance a fait l'objet d'une formation des professionnels concernés qui tient compte de l'identification des besoins et des objectifs. Elle est formalisée. Pour compléter la sensibilisation des professionnels, une fiche des règles d'or de l'identitovigilance est remise à tout nouveau salarié.</p>

Le personnel de l'accueil administratif met en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	La procédure de vérification de l'identité est disponible et mise en œuvre. Elle prévoit à la création du dossier informatique, une vérification systématique de l'identité par les secrétaires à l'accueil administratif. La pièce d'identité et l'attestation d'assurance maladie sont scannées et conservées dans le dossier. Un contrôle automatisé est réalisé en systématique à la création de tout dossier informatique pour s'assurer qu'il n'existe pas de doublons.
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	Pour les séances de dialyse, la vérification de l'identité est réalisée par les professionnels avant le traitement sous forme de question ouverte et par le bracelet pour les vacanciers. La vérification est tracée sur la feuille de séance.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.	Oui	Les erreurs d'identification font l'objet de déclarations spécifiques sur la fiche d'identitovigilance. La Commission identitovigilance suit ces déclarations, et le nombre de doublons, des actions correctrices est en fonction, et fait l'objet d'un suivi dans le programme global qualité.

PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

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

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

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

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

Critère 17.a - Court Séjour

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

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

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

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

Critère 17.b Prise en charge somatique des patients



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

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

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

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

Critère 18.a - Court Séjour

Continuité et coordination de la prise en charge des patients

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

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

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes âgées

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Enfants et adolescents

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.	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.	Oui	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes démunies

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes détenues

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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



Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés.	Oui	
L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge, en lien avec le CLAN ou son équivalent.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.	Oui	
Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.	Oui	

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.c - Court Séjour Risque suicidaire

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les patients présentant un risque suicidaire sont identifiés.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement assure la coordination des différents professionnels autour de la prise en charge de ces patients.	Oui	
Les professionnels sont formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.d Hospitalisation sans consentement

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

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

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

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a décliné sa politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse au travers du document « NOS POLITIQUES » disponible dans la gestion documentaire informatisée.

Les trois axes majeurs de cette politique sont :

- Dans le cadre de ses orientations stratégiques, le projet d'établissement et le CBUM déclinent, au travers du projet d'informatisation du dossier patient, son axe majeur d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse.
- A été également décliné un axe sécuritaire avec la constitution d'un groupe de travail qui a établi une cartographie des risques du circuit du médicament dossier papier versus dossier informatisé, les apports et les nouveaux risques induits par l'informatisation. Cette cartographie a donné lieu à des plans d'actions avec un suivi d'état d'avancement des actions et à du benchmarking entre les établissements du groupe Les Fleurs (aire toulonnaise).
- Elle comprend également un vers formation/information personnel, avec des actions de sensibilisation interne à la

<p>Oui</p>	<p>prise en charge médicamenteuse ainsi qu'une formation à l'attention du personnel infirmier sous forme de e-learning sur la prise en charge médicamenteuse, accueil des nouveaux arrivant sur le médicament, intégration dans la valisette d'accueil du guide d'administration du livret du médicament.</p> <p>La pharmacienne du centre rencontre tout nouvel embauché durant sa période d'essai, et réalise une information sur le circuit du médicament.</p> <p>Un point sur l'activité de la prise en charge médicamenteuse est fait au moins une fois par an à la CME par la pharmacienne.</p> <p>Deux référents IDE ont été nommés, et ils ont en charge la gestion des périmés, les électrolytes et les médicaments à risques.</p> <p>Conformément aux exigences du Code de la santé publique, une Commission du médicament a été constituée. La Commission des médicaments et des dispositifs médicaux stériles est présidée par la pharmacienne responsable qui établit une passerelle permanente entre ce collègue. Le COMEDIMS a formalisé son règlement intérieur dans lequel est décrit la « politique du médicament » et tous les acteurs impliqués dans le circuit du médicament et les acteurs de la prescription.</p> <p>Dans ce contexte, la COMEDIMS valide le livret thérapeutique et les protocoles relatifs aux médicaments et dispositifs médicaux.</p> <p>Sur proposition des professionnels, de la pharmacienne et au vue de tous les avis éclairés, il élabore et met en œuvre des recommandations de bonnes pratiques. Il organise toutes les actions de formation visant à atteindre les buts fixés précédemment.</p> <p>Le système intégré d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient est écrit, en cohérence avec les exigences du CBUM et le Bilan/Programme du COMEDIMS.</p> <p>La COMEDIMS intègre a minima un représentant médical de</p>
------------	---

	Oui	la spécialité (membre permanent/invité), ce qui permet une implication et une concertation transversale, la taille de l'établissement permettant aux néphrologues d'y assister. Un point sur la prise en charge médicamenteuse et sur le fonctionnement de la pharmacie est fait tous les jeudis en réunion d'encadrement/Direction par la pharmacienne.
Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.	Oui	L'informatisation du circuit du médicament est effective. Elle va de pair avec l'informatisation du dossier patient. En effet, toutes les prescriptions se font par le biais du logiciel du dossier patient informatisé dès la consultation de néphrologie. Chaque professionnel possède un accès sécurisé au logiciel lui permettant l'accès à un environnement dédié selon sa catégorie professionnelle, et peut ainsi agir selon son niveau de compétence sur le circuit de la prise en charge médicamenteuse. Le projet du système d'informatisation est décrit dans le projet du système d'information.
Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	L'outil d'aide à la prescription et à l'administration en place dans le dossier patient informatisé est la base Vidal, dont la mise à jour mensuelle est entièrement automatisée. L'établissement met à la disposition les outils nécessaires à la bonne utilisation des médicaments : <ul style="list-style-type: none"> - Les interactions médicamenteuses et redondances sont automatiquement détectées par le logiciel dans les prescriptions d'un même dossier patient. - Une alerte en cas d'allergie ou d'intolérance médicamenteuse est activée et prévient le prescripteur. - Des fiches de bon usage des médicaments. - Des protocoles thérapeutiques. - Des procédures internes d'antibioprophylaxie en concertation avec les praticiens concernés. - Des procédures sur le circuit du médicament (de la prescription à l'administration) : prescription nominative et administration nominative, transport des médicaments, commande de médicament, fiche de dépannage.

	Oui	<ul style="list-style-type: none"> - Un guide de prescription. - Un guide d'administration. <p>Il existe aussi, dans la base de gestion documentaire informatisée, des protocoles thérapeutiques et des fiches de bon usage pour les médicaments coûteux hors T2A et certains nouveaux référencement, avec validation systématique par la COMEDIMS.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	<p>Un guide sur les risques de iatrogénie médicamenteuse a été formalisé et validé en COMEDIMS. Ce guide, présenté en CME, a été diffusé à l'ensemble des prescripteurs de l'établissement, et est disponible dans la gestion documentaire informatisée.</p> <p>Une sensibilisation du personnel soignant a été réalisée, par la pharmacienne, au travers d'une réunion d'information, sur les risques d'erreurs médicamenteuses, y compris celles dues à l'informatisation et l'obligation de déclaration en la matière.</p> <p>Une sensibilisation a également été faite via l'affichage dans les infirmeries sur les règles des 5 B.</p> <p>Une sensibilisation sur la déclaration de pharmacovigilance a également été faite. Pour cela, un point gestion des risques et coordination des vigilances a été mis en place dans chaque salle, afin de faciliter et d'inciter les déclarations.</p> <p>Les médecins ont reçus un livret REMED qui permet d'analyser une erreur médicamenteuse.</p> <p>Le logiciel du dossier patient permet une identification automatique des interactions et redondances des médicaments dans un même dossier patient.</p> <p>Un groupe de travail pluridisciplinaire a été mis en place, afin d'élaborer une cartographie des risques du circuit du médicament (circuit papier/circuit informatisé) ainsi qu'une auto-évaluation sur la base d'une cartoflash de l'ANAP. Des plans d'actions ont été établis, et font l'objet d'un suivi de réalisation.</p> <p>Une formation sur la méthode « REASON » lors d'une erreur médicamenteuse a été réalisée via la diffusion d'une vidéo</p>

	Oui	de la HAS.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	La prise en charge médicamenteuse est complètement informatisée et intégrée au système d'information, ce que confirme la valeur de l'indicateur « Hôpital numérique » associé, en référence au seuil de progression au moment de la visite. Le logiciel dossier patient garantit la prise en charge médicamenteuse au niveau de la prescription des médicaments et des dispositifs médicaux (outils d'aide à la prescription, alerte en cas d'allergie ou intolérance médicamenteuse, livret thérapeutique, contrôle pharmaceutique) et de l'administration. Le logiciel fait l'objet d'une réflexion active et permanente pour son évolution.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Oui	Un suivi d'indicateur est réalisé. Deux types de tableaux de bord sont suivis : - Des tableaux de bord d'indicateurs qualitatifs sont suivis au travers des résultats des différents audits et évaluations menés (CBUM, IPAQSS et audits internes). - Des tableaux de bord quantitatifs sont suivis au travers de l'analyse des consommations des médicaments et DM. Un reporting mensuel sur la consommation des médicaments et des DM est effectué par la pharmacienne et le directeur de l'établissement. Le résultat de ces indicateurs est discuté en COMEDIMS, et présenté en CME au travers du bilan annuel de la COMEDIMS. En fonction des résultats de ces différents indicateurs des actions d'amélioration sont définies, en collaboration avec les personnes concernées. Le suivi de ces actions est fait lors des réunions de la COMEDIMS. À noter que l'établissement a recueilli les indicateurs « Hôpital numérique » associés au moment de la visite.

<p>Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.</p>	<p>Oui</p>	<p>Deux systèmes de recueil sont en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans le cadre spécifique de la pharmacovigilance, les points « Coordination des risques et vigilances » disponibles dans chaque service de soins permettent une déclaration selon certains critères spécifiques définis dans le mode opératoire « pharmacovigilance », avec une déclaration sur le formulaire CERFA dont la pharmacienne est destinataire. - Dans les autres cas, le recueil des erreurs médicamenteuses se fait dans le cadre du dispositif de signalement des événements indésirables de l'établissement qui sont systématiquement et en temps réel redirigés vers la pharmacienne. <p>Chaque déclaration fait l'objet d'une analyse des causes, discutée en réunion pluridisciplinaire en suivant la méthode REMED. Suite à cette analyse, des actions d'amélioration sont intégrées dans le plan d'amélioration de la qualité, et son état d'avancement est suivi en pourcentage.</p> <p>Un bilan des déclarations et actions d'amélioration est fait lors des réunions de la COMEDIMS. Un bilan annuel est réalisé et présenté en COMEVIG.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les résultats des audits et évaluations réalisés sont présentés systématiquement à la COMEDIMS. Un plan d'actions d'amélioration est défini, validé et suivi périodiquement.</p> <p>Les erreurs de médication et/ou erreurs médicamenteuses sont analysées avec les professionnels concernés, et font également l'objet d'information et discussion à chaque COMEDIMS. Un compte-rendu est réalisé pour chaque REMED.</p> <p>Un diaporama sur les erreurs médicamenteuses et conduite à tenir a été dispensé au personnel concerné par la pharmacienne.</p> <p>Des retours d'expérience sont réalisés avec les autres cliniques du Groupe lors des forums des pharmaciens, des DSI, etc. qui relayent l'information auprès des professionnels.</p> <p>Des supports d'information sont à la disposition des acteurs</p>

Oui	concernés.
-----	------------

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.	Oui	Le registre de signatures des médecins habilités à prescrire est tenu par la pharmacienne, et sera réactualisé au fur et à mesure des besoins. Un guide de prescription est diffusé par la pharmacienne aux professionnels et accessible sur la gestion documentaire informatisée. La liste des médicaments à risques est également disponible.
La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.	Oui	La continuité du traitement médicamenteux pour le patient insuffisant rénal chronique est coordonnée sur le dossier informatisé par les médecins néphrologues, en collaboration avec le médecin généraliste et les médecins spécialistes. Il existe une procédure de gestion du traitement personnel du patient. Des supports de transmission existent entre les professionnels du centre, les professionnels libéraux, ceux d'autres établissements ou institutions et/ou l'entourage du patient, notamment en ce qui concerne le traitement personnel du patient : renouvellement d'ordonnance, problèmes liés à la prise d'un médicament, etc.

<p>Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le système intégré d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient décrit toutes les étapes de prise en charge médicamenteuse. Les modalités d'analyse pharmaceutique sont définies. La délivrance nominative est assurée pour chaque séance conformément aux objectifs du CBUM.</p> <p>Une dotation est en place sur l'ensemble des salles, elle est révisée en fonction des besoins et utilisée en cas de prescriptions ponctuelles ou d'urgences.</p>
<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement a formalisé les règles d'administration des médicaments. La traçabilité de l'administration se fait sur le dossier patient informatisé en temps réel. L'administration ainsi que la personne qui a administré le médicament sont également mentionnées.</p> <p>Seules les personnes habilitées administrent les médicaments aux patients.</p> <p>Un guide d'administration est formalisé et disponible dans la gestion documentaire informatisée. Il est diffusé à tout nouvel IDE embauché par le biais de la valisette d'accueil qui comprend également la fiche des 5 B.</p> <p>Des audits (IPAQSS, OMEDIT, CBUM, etc.) permettent également de vérifier la traçabilité de l'acte.</p>
<p>E2 Mettre en oeuvre</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Les règles de prescription sont mises en œuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les règles de prescription sont mises en œuvre, renforcées par l'informatisation de la prescription qui permettent une prescription conforme selon les recommandations. La traçabilité des prescriptions et le suivi des pratiques sont assurés via les audits et évaluations dans le cadre du CBUM.</p> <p>La liste des prescripteurs habilités est effective et accessible à la pharmacie.</p> <p>Un guide de prescription est à disposition du personnel médical dans la gestion documentaire informatisée.</p> <p>Chaque prescripteur de l'établissement a été formé à l'outil.</p>

Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	L'analyse pharmaceutique est réalisée par la pharmacienne à partir du logiciel du dossier patient pour l'ensemble des traitements médicamenteux prescrits. Une délivrance nominative est assurée conformément aux objectifs du CBUM. Les antibiotiques sont également à délivrance nominative sur justification. L'antibioprophylaxie probabiliste est délivrée en attente de l'antibiogramme.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	Il n' y a pas de préparation médicamenteuse dans l'établissement.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments. Des livrets informatifs et explicatifs sont remis aux patients (ex : AVK, EPO, etc.). Un travail sur la surveillance phosphocalcique a été mené. Ce travail a donné lieu à une EPP, et des fiches pratiques sur le médicament notamment ont été réalisées à destination des patients. La traçabilité n'est pas toujours assurée dans le dossier du patient.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	L'administration des médicaments est tracée en temps réel via le logiciel du dossier patient. Des audits sont réalisés permettant des réajustements si besoin.
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 suivi des alertes du dossier patient informatisé relatives à l'administration des médicaments est réalisé chaque semaine en lien avec la sécurisation du circuit du médicament. Un suivi de dossier est fait par la pharmacienne. Un audit Cartoflash de l'ANAP a été réalisé en 2012 et en 2013 sur l'ensemble du circuit du médicament.

<p>Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions d'amélioration font l'objet d'un suivi notamment celles définies suite à :</p> <ul style="list-style-type: none">- l'audit Cartoflash ;- la cartographie des risques du médicaments ;- des audits divers (internes, OMEDIT, etc.). <p>L'établissement met également en œuvre les actions issues du rapport d'étape annuel du CBUM contrôlé par les tutelles. Les actions sont regroupées dans le PAQ.</p>
---	------------	--

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

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

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

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

Critère 21.a - Court Séjour

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

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

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

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

Critère 21.b Démarche qualité en laboratoire de biologie médicale

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

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

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

Critère 22.a - Court Séjour

Demande d'examen et transmission des résultats

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

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

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

Critère 22.b Démarche qualité en service d'imagerie

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

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

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

Critère 23.a - Court Séjour Education thérapeutique du patient

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

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

Référence 24: La sortie du patient

Critère 24.a - Court Séjour
Sortie du patient



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

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

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



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

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

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

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.a Organisation du bloc opératoire



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

Cotation	NA	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.	NA	
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place (elle comprend l'ensemble des dimensions, y compris la gestion des locaux et des équipements).	NA	
La Charte de fonctionnement, définie et validée par un Conseil de bloc, précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, dont l'ambulatoire et les urgences, et établit les responsabilités et les modalités d'élaboration et de régulation des programmes opératoires.	NA	

L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé entre le bloc opératoire, les secteurs d'activité clinique, médico-technique, technique et logistique.	NA	
Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un responsable régule les activités du bloc opératoire afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en œuvre pour toute intervention de l'équipe opératoire.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes, incluant les vérifications effectuées, est assurée.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficacité, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est assuré, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	NA	

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

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



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

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

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

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



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

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

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

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



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

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

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.c

Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique

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

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

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

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

Critère 27.a

Activités de soins de suite et de réadaptation

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient et à la continuité des soins est organisé entre secteurs de soins de suite et de réadaptation, activités clinique, médico-technique, technique et logistique.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le projet personnalisé de prise en charge, qui comprend une activité de soins de suite et de réadaptation, est élaboré avec le patient, son entourage, et en concertation avec tous les professionnels concernés.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs est assuré, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	

PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.a

Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles



Cotation		
A		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique ou médico-technique organisent la mise en œuvre des démarches d'EPP.	Oui	
Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.	NA	L'établissement n'a pas de secteur de chirurgie, d'anesthésie-réanimation ou de cancérologie.
Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.	NA	L'établissement n'a pas de secteur de cancérologie.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mettent en œuvre des démarches d'EPP.	Oui	

L'engagement des professionnels est effectif.	Oui	
Des actions de communication relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats sont mises en œuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.	En grande partie	Certaines EPP, dont le démarrage est plus récent, ne sont pas encore à une étape suffisante afin de pouvoir en mesurer l'impact sur l'évolution des pratiques.
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique évaluent l'organisation mise en place afin de favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP.	Oui	

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles**Critère 28.b
Pertinence des soins**

Cotation		
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 médico-technique assurent le suivi des actions d'amélioration et mesurent l'impact sur l'évolution des pratiques.	Oui	
--	-----	--

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

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



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

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

6.INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Les indicateurs généralisés actuellement recueillis

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

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

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

Éléments de lecture du tableau

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

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

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

Remarque :

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

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

7.BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE

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

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Circuit du médicament	Aucun contrôle réalisé		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stérilisation des dispositifs médicaux	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Désinfection des dispositifs médicaux	NC		<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	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laboratoire externe sous convention avec la clinique
Infrastructures	APAVE	02/2012	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Les éventuelles recommandations sont régulièrement levées
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input type="checkbox"/>	Commission d'arrondissement de sécurité et d'accessibilité	09/12/2010	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité électrique	APAVE	07/2012	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Les éventuelles recommandations sont régulièrement levées
Hygiène alimentaire et eau d'alimentation	Direction Départementale des services vétérinaires	09/05/2007	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contrat de sous traitance SODEXO
Eaux à usage médical	Laboratoire départementale d'analyse du var	06/2013	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eaux à usage technique	Laboratoire départementale	06/2013	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SUIVI DES DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
Concernant la stérilisation, la sécurité alimentaire et la sécurité incendie

Libellé de(s) décision(s) <i>(avec indication des références et critères concernés)</i>	Suivi réalisé par l'établissement Oui / Non / En cours	Commentaire synthétique de l'établissement

COMMENTAIRES DE L'ÉTABLISSEMENT