



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION V2010

LE PRIEURÉ

4 rue Bezout - BP 80097
77212 AVON

Janvier 2012

SOMMAIRE

PREAMBULE	3
1. Les objectifs de la certification des établissements de santé	4
2. Les niveaux de certification	5
1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	7
2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	9
1. Les décisions par critères du manuel	10
2.Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	11
3.Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	12
4. Critères investigués lors de la visite de certification	13
5.Suvi de la décision	14
3.PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS	15
4.SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	22
5.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	26
CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	27
PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE	28
PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES	51
PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS	92
CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT	117
PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS	118
PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT	143
PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT	150
PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES	197
PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	211
6.INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	218
7.BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE	220
ANNEXES SUITE A MODALITE(S) de SUIVI : Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine procédure de certification	221
PREAMBULE	
1. Les objectifs de la certification des établissements de santé	
2. Les niveaux de certification	

PREAMBULE

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

1. Les objectifs de la certification des établissements de santé

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

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

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

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

Elle ne note pas les professionnels de santé.

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

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

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

2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

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

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

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

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

1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

LE PRIEURE

Adresse : 4 rue Bezout BP 80097
77212 Avon SEINE-ET-MARNE

Statut : Privé

Type d'établissement : Etablissement de santé privé
d'intérêt collectif

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Soins de suite et/ou de réadaptation	153	0	0

Nombre de sites.:	Un site.
Activités principales.:	<ul style="list-style-type: none"> - Activité de soins de suite et de réadaptation polyvalente, - Activité de gériatrie, - Activité de soins palliatifs, - Activité de cancérologie.
Activités de soins soumises à autorisation.:	- Activité de soins de suite et réadaptation
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	/

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	L'établissement a passé plusieurs conventions avec d'autres établissements ou plusieurs réseaux : <ul style="list-style-type: none"> - Convention avec Centre Hospitalier (CH) de Fontainebleau, - Convention avec CH de Melun, - Convention avec CH de Montereau, - Convention avec le CLIC de Fontainebleau (aide au retour à domicile), - Réseau OPERA, - Réseau GERONTOSUD 77.
Regroupement/Fusion.:	/
Arrêt et fermeture d'activité.:	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	/

2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

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

1. Les décisions par critères du manuel

RECOMMANDATION(S)

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

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

- Les infrastructures,
- La sécurité incendie,
- L'hygiène alimentaire et l'eau d'alimentation,
- Les eaux à usage médical,
- Les déchets à risques infectieux et pièces anatomiques,
- Les eaux à usage technique,
- Les eaux chaudes sanitaires.

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

- La stérilisation des dispositifs médicaux,
- La désinfection des dispositifs médicaux.

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.

La HAS a constaté l'absence de contrôle sur le circuit du médicament depuis plus de cinq ans.

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 01/09/2012 au 30/09/2012.

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

MANAGEMENT STRATÉGIQUE

1.c, 1.f, 2.e

MANAGEMENT DES RESSOURCES

6.b, 6.d, 7.c

MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

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

DROITS ET PLACE DES PATIENTS

10.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 10.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 10.e Soins de suite et/ou de réadaptation, 11.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 12.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 13.a Soins de suite et/ou de réadaptation

GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

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

PARCOURS DU PATIENT

17.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 18.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 18.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 19.a Personnes âgées, 19.a Patients porteurs de maladie chronique, 19.a Personnes démunies, 19.a Personnes atteintes d'un handicap, 19.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 19.c Soins de suite et/ou de réadaptation, 19.d, 20.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 20.a bis Soins de suite et/ou de réadaptation, 20.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 23.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 24.a Soins de suite et/ou de réadaptation

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

28.a, 28.b, 28.c

5.Suvi de la décision

La Haute Autorité de Santé encourage l'établissement à poursuivre sa démarche qualité et à améliorer son organisation et ses pratiques. Il a du remettre dans un délai de 6 mois un (des) plan(s) d'action avec échéancier pour les recommandations émises ou non levées suite à sa première modalité de suivi (visite de suivi).

3.PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS

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

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

Ensemble des thématiques du manuel

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

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

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

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

Pratiques exigibles prioritaires

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

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

Ces pratiques exigibles prioritaires concernent les critères suivants :

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

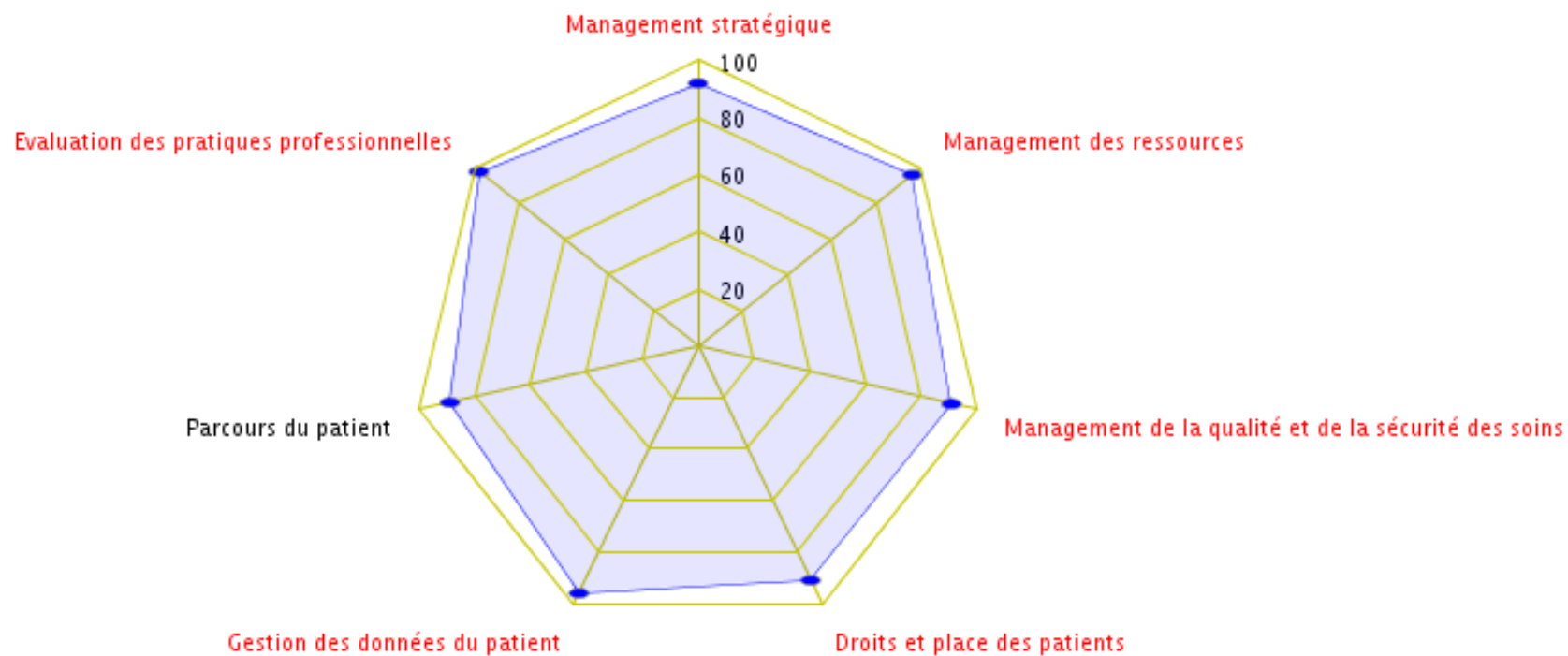
Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement.

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

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

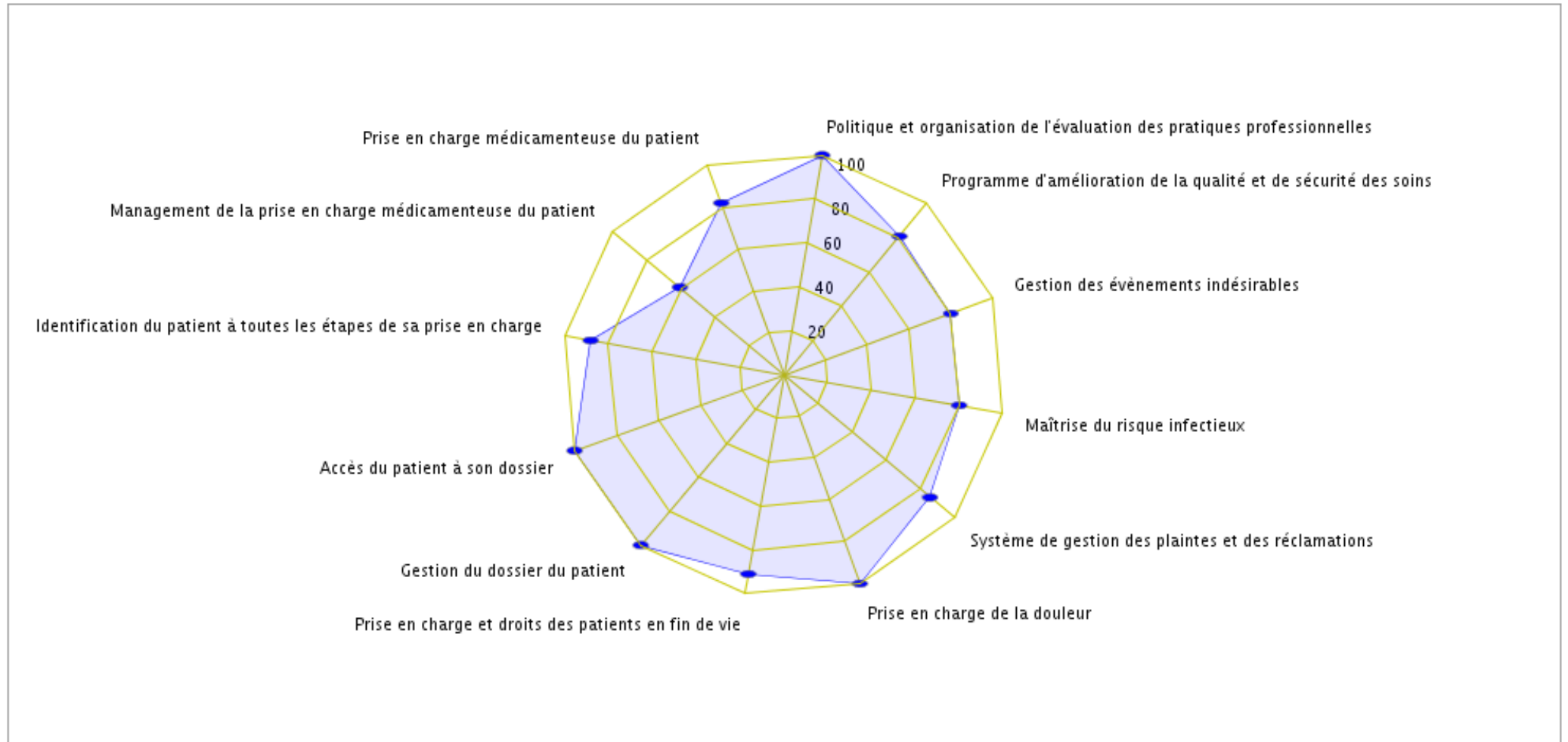
- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (10a),
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b),
- Respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c),
- Accueil et accompagnement de l'entourage (10d),
- Information du patient sur son état de santé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

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

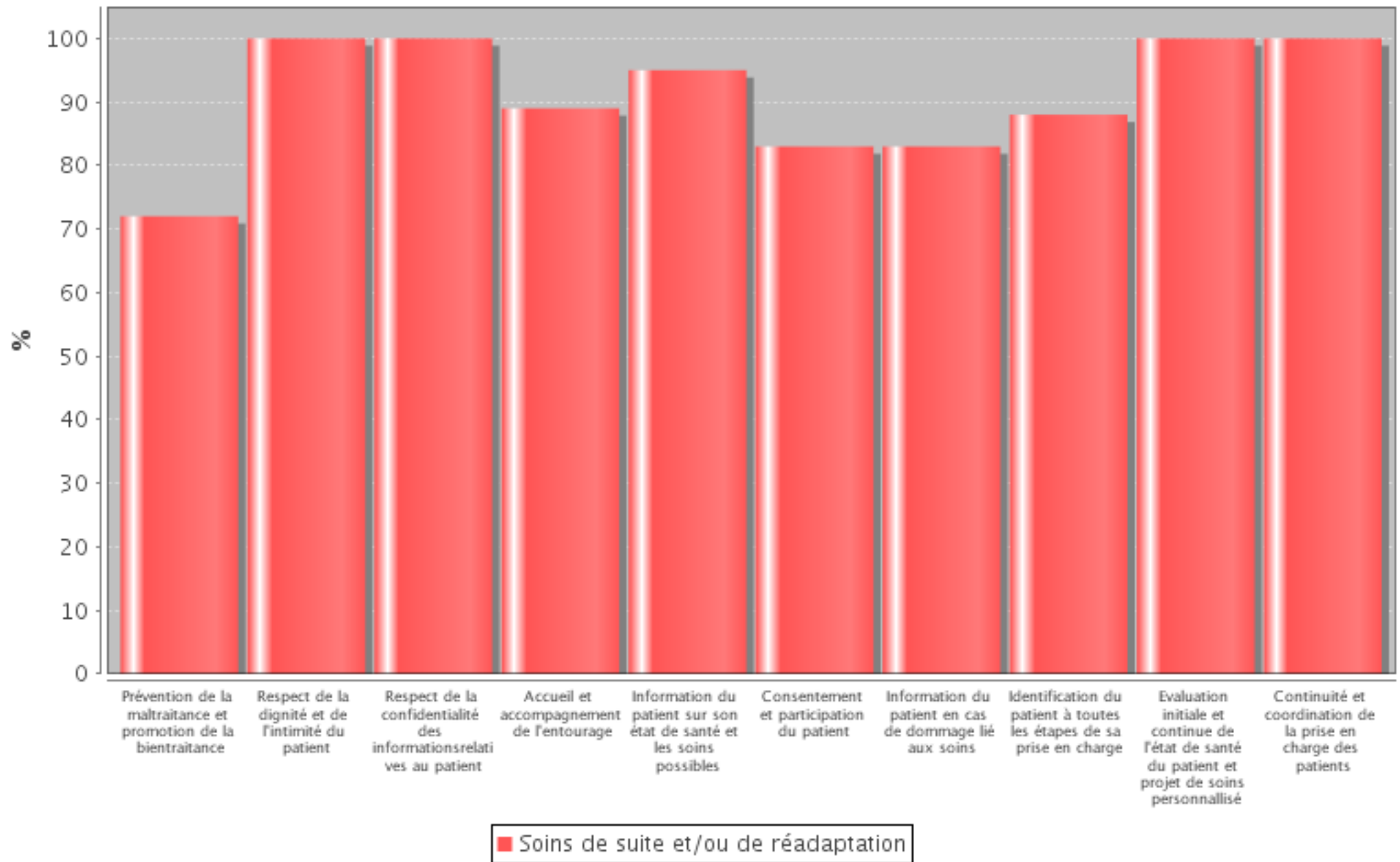


Les libellés des points fort (> 90%) sont en rouge.

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



3. Regard patient



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

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
50 c La maîtrise de la documentation est évaluée.	Type 1	En cours	Une nouvelle organisation de la base documentaire a été réalisée en 2009. Un outil informatique a été présenté à l'ensemble du personnel ainsi que les modalités de son utilisation : procédures, comptes rendus de réunion, évènements indésirables. Une évaluation du dispositif a été réalisée en 2010 au niveau de l'UGECAM IDF, groupe auquel appartient l'établissement. Cependant, le baromètre social de 2009 et 2010 n'a pas intégré d'item sur la satisfaction de la base documentaire.
17 c La maintenance préventive et curative des dispositifs médicaux est assurée.	Type 1	Oui	Un tableau de bord des équipements a été mis en place avec références des fournisseurs, devis, factures, dates des maintenances préventives et suivi des maintenances curatives. Une partie de la maintenances est assurée par des techniciens de l'établissement, l'essentiel l'étant par les fournisseurs et autres prestataires extérieurs. Il existe un groupe de travail "matériorigilance" qui réunit tous les acteurs concernés : responsable logistique recrutée en 2008, pharmacienne, surveillante générale. Une procédure dite « matériorigilance » a été validée et mise en place au mois de mai 2010. Cette procédure décrit les modalités de surveillance, de déclaration et de gestion des incidents de gestion des dispositifs médicaux et des incidents relatifs à la matériorigilance. Deux fiches d'instruction permettent de préciser le rôle de chacun dans le suivi préventif et curatif de la matériorigilance. Des fichiers de maintenance préventive et curative ont été créés qui reprennent l'ensemble des dispositifs médicaux de l'établissement. Chaque acteur (service technique, cadre de santé, pharmacien) complète les informations en temps réel sur le document. Une procédure dite « gestion d'une intervention technique

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
			<p>» est entrée en application en juillet 2010 qui précise les conditions de mise en œuvre d'une intervention technique dans le cadre d'une maintenance à visée curative. Les modalités de demande d'entretien, de remplacement ou de réparation en urgence sont précisées dans la procédure.</p> <p>Une application informatique permet de procéder à une demande d'intervention et de suivre la réponse en temps réel, à partir de tous les postes informatiques de l'établissement.</p>
52 b La satisfaction des correspondants est évaluée et prise en compte.	Type 1	Oui	Un questionnaire de satisfaction des correspondants externes a été mis en place en 2010.
31 c Le patient désigne les personnes qu'il souhaite voir informée.	Type 1	Oui	<p>Dès l'admission, une information est faite à chaque patient sur personne de confiance et de personne à prévenir. La secrétaire responsable des admissions note ainsi sur les documents nécessaires les réponses données pour la personne de confiance et la personne à prévenir. La présence de ces informations est vérifiée par les cadres infirmiers. L'information est remise à l'entrée avec le livret d'accueil sur la personne de confiance. Un classeur « droits et information du patient » est disponible dans chaque service.</p> <p>Une procédure portant les modalités de recueil des volontés du patient, de désignation de la personne de confiance est mise en place.</p>
49 b La satisfaction des utilisateurs est évaluée et prise en compte.	Type 1	Oui	Une enquête portant sur la satisfaction des utilisateurs de la messagerie interne a été diligentée par la direction du service informatique du groupe UGECAM Ile de France. Le baromètre social de 2009 et 2010 a intégré des questions concernant la satisfaction des utilisateurs.

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
19 c La maintenance préventive et curative est assurée	Type 1	Oui	<p>Le service technique a identifié toutes les installations et équipements de l'établissement. Un plan de maintenance préventive a été mis en place avec un tableau de suivi et un calendrier. Des contrats de maintenance curative existent pour la téléphonie et les appels malades. Les demandes d'intervention curative font l'objet d'un nouveau mode de signalement. Un logiciel a été mis en place pour signaler les demandes d'intervention dans les services de soins et les services administratifs, qui permet de centraliser les demandes et de définir leur urgence en temps réel. Chaque intervention du service technique fait l'objet d'une traçabilité.</p> <p>Une analyse précise et annuelle du nombre d'interventions, de leur nature, est présentée en fin d'année en Comité de Direction. Par ailleurs, depuis la mise en place de cette nouvelle organisation, le nombre de réclamations portant sur les interventions techniques a baissé : 12 en 2008, 2 en 2009, 1 en 2010.</p>

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	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un diagnostic développement durable a été établi par l'établissement.	Oui	
Un volet développement durable est intégré dans les orientations stratégiques.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La stratégie, liée au développement durable, est déclinée dans un programme pluriannuel.	Oui	
Le personnel est sensibilisé au développement durable et informé des objectifs de l'établissement.	Oui	

L'établissement communique ses objectifs de développement durable aux acteurs sociaux, culturels et économiques locaux.	Non	
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.	Non	

Référence 1: La stratégie de l'établissement		
Critère 1.c Démarche éthique		
Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels ont accès à des ressources (structures de réflexion ou d'aide à la décision, internes ou externes à l'établissement, documentation, formations, etc.) en matière d'éthique.	En grande partie	
Les projets de l'établissement prennent en compte la dimension éthique de la prise en charge.	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.	En grande partie	

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

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

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

Cotation

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 stratégie de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) a été définie et formalisée en axe prioritaire dans le projet d'établissement. Cette stratégie est intégrée dans le PAQ (objectif 12). Les objectifs, plans d'actions et suivis sont déclinés. Ces démarches ont été l'objet d'une validation par la CME.

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

Oui

La CME a créée une sous-commission EPP en 2005 dont le directeur de l'établissement est un membre. Une charte de fonctionnement définit les objectifs, les missions, la périodicité des réunions. La concertation et la participation sont pluriprofessionnelles.

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

Oui

Les missions et les responsabilités sont définies dans le tableau de bord des EPP, assorties des noms des participants. L'établissement a développé et étendu des EPP dans les secteurs clinique et médico-technique.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en œuvre de l'EPP.	Oui	Une formation par des intervenants externes a été réalisée dans un premier temps, à l'extérieur de l'établissement. Puis, à compter du mois d'octobre 2010, un consultant a assuré une formation méthodologique au sein même de la structure, en direction de l'ensemble des salariés participant aux EPP.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	Oui	A la suite de la validation des EPP, l'établissement a mis en place un tableau de bord avec un suivi précis de l'état d'avancement de la démarche. Des référents, un calendrier et des actions sont clairement identifiés.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	Oui	Des réunions de service permettent aux professionnels d'être informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus. Des plaquettes synthétiques sur les EPP sont distribuées aux salariés. Le groupe UGECAM auquel l'établissement est rattaché, invite une fois par an l'ensemble du personnel à une journée "retour d'expérience" sur les EPP, avec présentation des EPP réalisées dans les établissements du groupe.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	Le tableau de bord des EPP est présenté lors des réunions de la CME, du CLIN, du CLAN et de la COMEDIMS. Ce tableau présente les démarches EPP en cours et les résultats en termes d'actions d'amélioration des pratiques.
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	Oui	A la suite de l'analyse du tableau de bord, la stratégie des EPP est révisée en réunion de la sous-commission idoine, ainsi qu'en réunion des CLIN, CLAN et COMEDIMS, puis présentée lors des réunions des comités CQRVE et CODIR.

Référence 1: La stratégie de l'établissement		
Critère 1.g Développement d'une culture qualité et sécurité		
Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement a défini une stratégie concourant à sensibiliser et 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 œuvre et l'évolution de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.	En grande partie	
Des activités sont organisées au cours desquelles les thèmes qualité et sécurité sont abordés (réunions, forums, séminaires, journées dédiées, actions de sensibilisation des patients, etc.).	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	A	
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

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Une politique de coopération avec les acteurs associatifs est définie.

Partiellement

Un dispositif de recueil des attentes des usagers est organisé.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les représentants d'usagers participent à l'élaboration et 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.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le dispositif de participation des usagers est évalué et amélioré.	Oui	

Référence 2: L'organisation et les modalités de pilotage interne		
Critère 2.c Fonctionnement des instances		
Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les instances consultatives et délibérantes sont réunies à périodicité définie, et saisies sur toutes les questions qui relèvent de leurs compétences.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les ordres du jour et procès-verbaux des instances sont communiqués au sein de l'établissement.	Oui	
Les instances sont informées des suites données à leurs avis et décisions.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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

Critère 2.d Dialogue social et implication des personnels

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La concertation avec les partenaires sociaux est organisée.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des actions, favorisant l'implication et l'expression 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, 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, 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 (comparaison externe et interne).	Oui	

PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.a Management des emplois et des compétences

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des dispositions sont mises en 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

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'intégration de tout nouvel arrivant est organisée.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Référence 3: La gestion des ressources humaines

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines		
Critère 3.d Qualité de vie au travail		
Cotation	A	
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	A	
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

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Référence 5: Le système d'information		
Critère 5.a Système d'information		
Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un schéma directeur du système d'information est défini en cohérence avec les orientations stratégiques, et en prenant en compte les besoins des utilisateurs.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le système d'information facilite l'accès en temps utile à des informations valides.	Oui	
Le système d'information aide les professionnels dans leur processus de décision.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 5: Le système d'information		
Critère 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

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un dispositif de gestion documentaire est en place.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le dispositif est connu 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.

Oui

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.d Gestion du linge

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Le circuit du linge est défini.

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

Depuis la dernière certification, le domaine de la lingerie fait l'objet d'une sous-traitance, selon des procédures validées par le CLIN et appliquées par l'ensemble du personnel. Un audit de la fonction lingerie à été réalisé en collaboration avec le prestataire. Cependant, en cours de visite, il a été constaté ponctuellement que des chariots de linge sale sont stockés dans les couloirs, ce qui ne permet pas une maîtrise parfaite du risque infectieux.

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

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.f Achats écoresponsables et approvisionnements

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La politique d'achat et de 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 initie 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.

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

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 équivalents).

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

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

Critère 7.b Gestion de l'air

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

Des dispositions sont prévues en cas de travaux.

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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

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

A

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 œuvre.

Oui

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

Oui

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.	Oui	

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

Critère 7.d Hygiène des locaux

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

Les responsabilités sont identifiées, et les missions sont définies.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des actions de sensibilisation et de formation périodiques sont menées.

Oui

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

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

Critère 7.e Gestion des déchets

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

Les procédures de gestion des déchets sont établies.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le tri des déchets est réalisé.

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.	Non	

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

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

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est formalisé.

Oui

Un programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins est formalisé dans le manuel qualité/gestion des risques du groupe, qui décline les objectifs, les suivi des bilans et les mesures prises. Le programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins est transcrit dans le projet d'établissement. Ce programme est constitué de plans d'actions.

Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements, ainsi que les risques majeurs et récurrents.

En grande partie

Le programme prend en compte les dysfonctionnements ainsi que les risques majeurs et récurrents des domaines suivants : lutte contre les infections nosocomiales, dispositifs de vigilance, risques liés au circuit du médicament, risques liés aux soins, sécurité des infrastructures, conformité avec la réglementation, actions à mettre en place à la suite des recommandations. Cependant, le programme n'intègre pas les événements indésirables, pas plus que les actions conduites à la suite des plaintes et réclamations. Il existe un plan d'actions qualité et un plan d'actions gestion des risques. Le programme d'action global est en cours de réalisation.

Les activités, réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins, sont prises en compte.	NA	
Le programme est soumis aux instances.	Oui	Le programme est présenté et validé en comité de qualité des risques et des vigilances de l'établissement (CQRVE), en CODIR, puis à la direction du groupe UGECAM.
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.	En grande partie	Des plans d'actions comportant un référent et un échéancier sont élaborés : plan global de la qualité, plan gestion des risques. Chaque personnel cadre construit son plan d'actions : directeur, médecin coordonnateur, pharmacien, responsable qualité, rééducateur, surveillante générale, cadre des services techniques, responsable informatique, responsable ressources humaines, responsable du budget. Les instances (CLIN, CLUD, EPP...) élaborent leurs plans d'actions. Un rapport de ces actions est présenté au groupe UGECAM chaque quadrimestre. Cependant, aucun plan d'actions avec désignation de référent et suivi des actions n'est établi à la suite de l'analyse des événements indésirables, des plaintes et des réclamations. Le plan d'actions global reste en projet.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	En grande partie	Le suivi des plans d'actions élaborés s'effectue sur une base trimestrielle au sein des instances. Un rapport de ces actions est présenté au groupe UGECAM chaque quadrimestre. Les actions non réalisées sont reportées sur le nouveau planning avec une indication "report". Cependant, l'absence de plan d'actions de la CRU et de l'analyse des événements indésirables ne permet pas un suivi dans tous les secteurs d'activité.

L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	En grande partie	L'atteinte des objectifs identifiés est mesurée dans chaque instance et une fois par an en CODIR. Les indicateurs nationaux (ICALIN, CREVI, IPAQS) contribuent à cette évaluation. Cependant, l'absence de plan d'actions au sein de chaque instance constitue un frein à l'évaluation exhaustive de la démarche qualité.
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	Oui	Le programme est réajusté en tant que de besoin chaque trimestre lors de la tenue des instances et après la présentation annuelle au CODIR.

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

L'établissement met en 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, suite à la réalisation d'exercices de gestion de crise ou par d'autres moyens adaptés.	Oui	
Il existe un système de retour d'expérience suite à ces exercices.	Oui	

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

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

L'établissement a rédigé une procédure de signalement, de traitement et d'analyse des Evénements Indésirables (EI) sur un support informatisé. La notion de gravité figure sur la fiche de déclaration des événements indésirables. Une cellule d'analyse des EI a été constituée au niveau du groupe UGECAM. Le médecin, la surveillante générale, la responsable qualité participent à la CARTE (cellule de traitement des EI). Cependant, l'absence de recueil de la fréquence de survenue des événements indésirables ne permet pas d'en calculer la criticité. Les différents systèmes de recueil ne sont pas coordonnés. Sur la fiche de recueil, seuls les EI liés aux patients sont identifiés. Les dysfonctionnements liés au matériel sont recueillis régulièrement par la responsable technique, et présentés au directeur une fois par an. Ils ne sont pas analysés en qualité d'événements indésirables.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.	Oui	Les professionnels reçoivent régulièrement une formation portant sur les enjeux et les outils de signalement des EI.
Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	Oui	Le médecin coordonateur, la surveillante générale et la responsable qualité de l'établissement ont reçu une formation spécifique aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes. La formation a été réalisée par le responsable qualité régional du groupe.
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée, en associant les acteurs concernés.	Oui	Les membres de la CARTE (cellule de traitement et d'analyse des EI) de la structure analysent les causes profondes des événements indésirables graves en associant le déclarant ou la personne concernée par ledit événement.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions correctives sont mises en œuvre suite aux analyses.	Partiellement	Les actions correctives sont mises en œuvre par les cadres et la responsable qualité, à la suite des analyses des fiches de déclaration des événements indésirables. Cependant, ces actions correctives ne sont pas toutes répertoriées au sein d'un plan d'actions. L'établissement n'a pas élaboré de cartographie de risques à posteriori suite à la déclaration des événements indésirables et de celle des dysfonctionnements des équipements.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	Oui	Les événements indésirables graves et récurrents sont analysés. Certains sont à l'origine d'une action d'évaluation des pratiques professionnelles, d'autres ont conduit des modifications importantes d'organisation (pharmacie, commande des repas, logiciel de maintenance).
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	Partiellement	La diminution du nombre des déclarations est avancée comme permettant de mesurer l'efficacité des actions correctives. Cependant, l'absence de plan d'actions formalisé ne permet pas de vérifier leur efficacité.

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	B	
Indicateur ICATB du tableau de bord des infections nosocomiales	Classe associée à la valeur du score ICATB	Constats
Score à disposition de l'établissement au moment de la visite.	A	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	
La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heure est inscrite dans le dossier du patient.	Partiellement	<p>L'établissement a conduit un audit sur le bon usage d'une famille d'antibiotiques (fluoroquinolones), avec études de la réévaluation des prescriptions à 72 h, lesquelles ont été tracées dans 56 % des cas (étude portant sur 34 dossiers).</p> <p>La délivrance des antibiotiques par la pharmacie est faite pour une durée initiale de trois jours. La réévaluation éventuellement adaptée à l'antibiogramme n'est pas toujours tracée dans les dossiers médicaux.</p>

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

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles.

Oui

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

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

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

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

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

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

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

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le système de gestion des équipements biomédicaux est mis en œuvre, 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
Système de gestion des plaintes et des réclamations



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

La gestion des plaintes et réclamations est organisée. Le directeur est le responsable chargé des relations avec les usagers. Un registre des plaintes écrites et orales est en place. La procédure est rédigée et connue des professionnels. Les modalités de formulation d'une plainte ou d'une réclamation sont définies dans le livret d'accueil de l'établissement. La composition de la CRU est précisée dans le règlement intérieur. Cependant, le nombre restreint de représentants des usagers n'a pas permis à l'établissement de se réunir quatre fois par an comme le demande la réglementation, en dépit de plusieurs actions de relance auprès des associations d'usagers, de la part de l'établissement.

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

Oui

La CARTE (cellule de traitement d'analyse et de signalement des EI) analyse les plaintes et les événements indésirables. Le suivi des plaintes et réclamations est réalisé par la CRU. La cellule de traitement des événements indésirables (CARTE), instance unique, prend le relais pour une analyse globale.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	Les plaintes et réclamations sont systématiquement traitées avec le personnel concerné. Lors d'une plainte, le salarié concerné est associé à la réponse apportée à sa plainte par la direction. Il participe également à la mise en place d'actions d'amélioration.
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en œuvre.	Oui	Les plaintes et réclamations orales sont traitées par le médecin coordonnateur ou la surveillante générale. Les réponses aux plaintes écrites sont rédigées par le médecin coordonnateur ou le directeur, et envoyées au demandeur sous huitaine.
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.	Partiellement	Le suivi des plaintes et réclamations est réalisé par la CRU. La cellule de traitement des événements indésirables (CARTE) prend le relais pour une analyse globale. Cependant, le plan d'actions regroupant les plaintes n'a ni élaboré, ni joint au rapport annuel de la CRU, obérant ainsi l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge du patient.

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 - Soins de suite et/ou de réadaptation
Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance****Cotation**

B

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

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

Oui

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

Partiellement

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

En grande partie

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

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

Oui

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

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

A

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

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

Oui

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

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

Oui

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

Oui

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

Oui

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

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

B

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

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

Oui

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

NA

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

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

Oui

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la satisfaction de l'entourage donne lieu à des actions d'amélioration en lien avec la CRU.	Partiellement	
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 - Soins de suite et/ou de réadaptation****Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté****Cotation**

A

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

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

Oui

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

Oui

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

Oui

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

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

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

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

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

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

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation est définie, permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soins.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en œuvre 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.	Non	
---	-----	--

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

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

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est définie.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins sont menées.	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 dommage lié aux soins est évaluée et améliorée.	Non	
--	-----	--

Référence 12: La prise en charge de la douleur

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans le cadre du projet d'établissement, et se traduit par l'existence d'un CLUD actif. La stratégie de prise en charge de la douleur est définie par tous les acteurs concernés, notamment le CLUD. La stratégie comprend la définition d'une politique et des objectifs, ainsi que l'identification des prises en charge de la douleur et la définition des moyens. Il existe une procédure de prise en charge de la douleur validée en CME et applicable dans tous les services, d'autant mieux que le président de la CME est également vice-président du CLUD.

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

La procédure de prise en charge de la douleur est diffusée dans chaque service de soins sous la responsabilité de la présidente du CLUD. Des protocoles sont définis pour les différents types de prises en charge, et sont réactualisés à périodicité définie, en lien avec les pathologies des patients. Ces protocoles ont été rédigés en associant les professionnels. Il existe une déclinaison par métier : IDE, AS, médecin, rééducateur, psychologue, diététicienne, assistante sociale, animateur. Des soignants sont les correspondants

	Oui	douleur dans chaque secteur de soins, en relais avec le CLUD. Il existe une rotation de ces correspondants afin de contribuer à mieux diffuser la prise en charge de la douleur dans les services. L'accessibilité des protocoles est facilitée par le système de gestion documentaire électronique.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	<p>La formation tient compte de l'identification des besoins, des objectifs et des cibles. Il existe un programme et des supports de formation, dont voici quelques exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> - formation au toucher-massage soignant dispensée auprès de 10 agents en 2009, 10 agents en 2010 et 11 autres agents en 2011 ; - actions d'information assurées par la présidente du CLUD : réunions pour l'équipe de nuit tenues en 2010 sur la présentation de la procédure et des échelles d'évaluation, réunions d'information sur l'échelle DOLOPLUS. - procédure également présentée aux nouveaux salariés et aux étudiants ; - formation en soins palliatifs où la question de la douleur a été largement abordée, proposée à 7 agents en 2009, 13 en 2010 ; - l'EPP "soins palliatifs" traite également en partie de la prise en charge de la douleur.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Oui	Dès l'admission, le patient reçoit le livret d'accueil qui l'informe sur la prise en charge de la douleur. Puis la douleur est évaluée par l'équipe soignante et reportée dans le dossier de soins dans la feuille des 14 besoins fondamentaux. L'éducation du patient à la prise en charge de la douleur est organisée dans l'ensemble des secteurs d'activité, de façon adaptée au type d'activités pratiquées, à la pathologie et au type de patient. Il existe des documents d'information à destination des patients. Une fiche de présentation du CLUD et des échelles de la douleur est affichée dans chaque chambre. Une action d'information à l'adresse des patients et des familles est mise en place chaque année lors de la journée nationale de la lutte contre

	Oui	la douleur. Les experts-visiteurs ont pu prendre la mesure des documents pédagogiques affichés lors de la journée mondiale de la douleur 2011. Une présentation du CLUD est faite à l'attention des patients via une chaîne interne de télévision.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Prise en charge de la douleur" et de sa valeur de 91 % avec un intervalle de confiance à 95 % [85 % - 97 %] pour la campagne 2010.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Une évaluation de la douleur est effectuée, autant que de besoin, concomitamment aux adaptations thérapeutiques et jusqu'à soulagement de la douleur. Les modifications de traitement sont tracées dans le dossier du patient. La participation du patient est recherchée.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les besoins en moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants ont été identifiés. Des échelles spécifiques pour les patients non communicants sont utilisées par les professionnels : échelles DOLOPLUS et ALGOPLUS. Le personnel a été formé en 2010 à leur utilisation.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	Les référents douleur s'assurent dans chaque service de l'appropriation et de l'utilisation des outils notamment par le biais de réunions d'information, d'audits de connaissance conduits une fois par an, d'enquêtes et de questionnaires à destination des soignants et des patients.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Prise en charge de la douleur". Il a mis en oeuvre d'autres modalités de recueil : évaluation annuelle de la prise en charge de la douleur sur la base de 30 dossiers de patients (au mois d'octobre de chaque année) ; évaluation annuelle de la satisfaction des patients sur la prise en charge de la douleur.

Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	<p>Plusieurs actions d'amélioration sont menées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - communication à destination des patients suite aux évaluations annuelles, par le biais d'affichage dans la chambre des patients, de films sur la douleur ; - évaluation des patients non communicants, formation professionnelle à l'évaluation de la prise en charge de la douleur. <p>Les actions d'amélioration sont portées dans le rapport annuel d'activité du CLUD. De nouvelles actions d'amélioration sont en cours, telle la réflexion sur l'utilisation du MEOPA ou l'acquisition d'une pompe à morphine.</p>
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	<p>Il existe une organisation permettant à l'établissement de mettre en place des actions de partage des informations, d'identification des acteurs locaux et des réseaux. Les psychologues de l'établissement participent à l'association AGEPSY 77 qui permet des partages des retours d'expérience. Quatre agents ont participé à la 7e journée de formation douleur organisée par ANTALGO en octobre 2008. Le réseau cancérologie organise des soirées à thèmes auxquelles des membres du personnel participent. La présidente du CLUD participe à des réunions organisées par un médecin neurologue de l'hôpital de Nemours. Il existe un inter-CLUD UGECAMIF qui regroupe les CLUD du groupe. Cet inter-CLUD procède à la rédaction d'une procédure générale de la prise en charge de la douleur, de protocoles analgésiques. Il organise également des échanges pratiques et de retours d'expérience.</p>

Référence 13: La fin de vie

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Il existe une organisation pour la prise en charge des patients dont l'état de santé justifie la mise en place d'une démarche palliative. L'établissement dispose de cinq lits dédiés aux soins palliatifs, non sectorisés et recevant des patients identifiés. Il existe une stratégie de soins visant à préserver la qualité de vie malgré l'évolution potentiellement fatale de la maladie. L'établissement compte un médecin titulaire du diplôme universitaire de soins palliatifs, et une infirmière en cours de formation. Les patients sont identifiés avec une traçabilité dans le dossier patient, le dossier de soins. Les objectifs sont définis lors des réunions de synthèse hebdomadaires et tracés sur une fiche spécifique. Les besoins sont évalués régulièrement par une équipe pluridisciplinaire : médecin, infirmière, psychologue, aide-soignant.

Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	Oui	L'établissement dispose d'une procédure visant à recueillir et inscrire dans le dossier du patient l'identité de la personne de confiance qu'il a désignée à l'admission ou, le cas échéant, au cours de la première semaine. Les directives anticipées relatives aux traitements et autres soins qui pourraient lui être délivrés en fin de vie apparaissent dans le dossier du patient. Les modalités de recueil de volontés du patient sont transcrites dans le livret d'accueil et dans le classeur "Droit et information du patient", disponible dans chaque service.
Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	L'établissement met en oeuvre un processus d'information des usagers (patients et entourage) sur les dispositions de la loi du 22 avril 2005 relatives à la limitation et à l'arrêt des traitements. Cette information est faite dans le livret d'accueil, dans la charte du patient hospitalisé, ainsi que dans le classeur "Droit et information du patient". Le classeur est consultable à chaque étage. La charte est affichée dans tous les services.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	En grande partie	Les secteurs d'activité concernés ont défini des projets de prise en charge adaptés à la situation des patients en fin de vie, avec notamment l'existence d'un projet thérapeutique personnalisé prenant en compte : la prise en charge de la douleur, le soutien psychologique, l'adaptation alimentaire, les soins spécifiques, l'accompagnement des proches. Ce projet thérapeutique est régulièrement réévalué en réunion de synthèse hebdomadaire. Il reste à formaliser un dispositif de soutien psychologique aux soignants.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Les professionnels fréquemment confrontés à des situations nécessitant la mise en oeuvre de soins palliatifs (patients atteints de maladies graves, évolutives et potentiellement incurables, en phase terminale ou non) bénéficient de dispositifs leur permettant de développer leurs compétences en soins palliatifs. Un médecin est titulaire du DU Soins palliatifs, et une infirmière est en cours de formation. Le

	Oui	personnel concerné est formé à l'accompagnement des patients en fin de vie et à la législation par un intervenant extérieur. Les thèmes abordés sont variés (toucher-massage, soutien aux soignants, bientraitance, prise en charge des escarres). La charte est affichée ; il existe des brochures distribuables, et le personnel bénéficie d'une formation interne annuelle.
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Les secteurs concernés par des prises en charge visant à préserver la qualité de vie des patients accueillis malgré l'évolution d'une affection potentiellement mortelle organisent des réunions de synthèse pluriprofessionnelles hebdomadaires visant à réévaluer régulièrement les stratégies de soins mises en place pour les personnes atteintes de pathologies graves, évolutives et potentiellement incurables. Les décisions sont transcrites sur une fiche spécifique incluse dans le dossier du patient. Des discussions et concertations pluridisciplinaires ont également lieu lors des transmissions et de réunions complémentaires éventuellement nécessaires à l'évaluation de la prise en charge du patient.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en œuvre.	En grande partie	Les professionnels ont bénéficié d'une formation de soutien psychologique aux soignants par un intervenant externe. En revanche, il n'existe pas de formalisation de la prise en charge des situations de crise ou d'épuisement psychologique des professionnels exposés aux situations complexes.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	L'établissement met en œuvre un processus d'information des professionnels sur l'esprit et les dispositions de la loi du 22 avril 2005. Il existe une procédure "Prise en charge des patients en fin de vie". Les professionnels ont été formés à la législation par un intervenant extérieur.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'établissement a formalisé les conditions d'intervention des associations et des bénévoles. Deux bénévoles appartenant à des associations interviennent systématiquement au cours de deux après-midi par semaine, et assurent un soutien

	Oui	auprès des patients.
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	L'établissement a identifié les structures concernées par la prise en charge des patients dont l'état de santé nécessite la mise en oeuvre d'une démarche palliative. L'établissement a structuré un dispositif d'évaluation sur le champ de la prise en charge en fin de vie. Une évaluation des pratiques professionnelles menée par le médecin titulaire du DU de soins palliatifs est en cours, en concertation avec le CLAN, le CLUD, la CME. Une enquête auprès des patients a été réalisée en 2010.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	En grande partie	Un comité d'éthique a été mis en place dans l'établissement en 2011. Des réflexions et discussions existent au sein des secteurs confrontés aux décisions de poursuite, de limitation ou d'arrêt des traitements curatifs ou de suppléance vitale. Cette réflexion comporte une dimension pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Les modalités de cette réflexion interne n'ont pas fait l'objet d'une formalisation.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats de l'évaluation des pratiques professionnelles menée dans les secteurs d'activité concernés. Ces actions ont conduit à des améliorations : fiches spécifiques de prise en charge, amélioration de la prise en charge de la douleur, traçabilité de l'hydratation. La coordination et le suivi de leur mise en oeuvre sont structurés : comité d'éthique, évaluation à chaud et à distance des formations.

PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

Le dossier du patient, ses constituants, sa forme, son mode de gestion sont identiques dans les trois secteurs d'activité de l'établissement qui prennent en charge la même population de patients. La procédure intitulée "Gestion du dossier patient" est formalisée et diffusée. Les règles de tenue du dossier sont accessibles aux professionnels concernés. Le dispositif d'information est structuré. La procédure est disponible en ligne à partir de tous les terminaux informatiques de l'établissement.

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

Oui

L'établissement a mis en oeuvre un processus d'information des professionnels et des intervenants extérieurs. Il existe une procédure de gestion du dossier patient intitulée "Gestion du dossier patient" qui précise les règles d'accès au dossier pour les professionnels. Selon des critères d'habilitation, les modalités d'accès sont définies. La procédure est accessible à tous les professionnels concernés. Le dispositif d'information apparaît donc bien structuré.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Tenue du dossier patient" et de sa valeur 83 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [81 % - 84 %] pour la campagne 2010.
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'établissement a mis en oeuvre un système de communication du dossier entre les professionnels de l'établissement, ainsi qu'en direction des correspondants externes. Les modalités de communication sont formalisées par écrit et définissent les supports, les modes de communication, les délais de communication du dossier en fonction du type de prise en charge ou de pathologie, les règles d'accessibilité et de confidentialité. Tous les dossiers sont transmis aux patients ou à leurs ayants droit sous huitaine, conformément à la réglementation.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Tenue du dossier du patient". Il a mis en place d'autres modalités d'évaluation dans le cadre des EPP.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	L'établissement évalue régulièrement la gestion du dossier du patient sur la base d'indicateurs. Il est ensuite procédé aux ajustements nécessaires.

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'accès du patient à son dossier est organisé.

Oui

L'établissement organise l'accès du patient à son dossier conformément à la réglementation. Les modalités d'accès au dossier sont définies dans la procédure "Gestion du dossier patient" qui décline les modalités d'accès du patient ou de ses ayants droits au dossier.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement met en oeuvre un processus d'information du patient sur les droits d'accès à son dossier déployé dans l'ensemble des secteurs d'activité. Les droits d'accès et/ou de communication du dossier du patient sont explicites dans le livret d'accueil remis au patient dès son arrivée. Ces informations sont contenues dans un classeur "Droits et information du patient" mis à la disposition des usagers.

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

Oui

Les délais d'accès et/ou de communication du dossier du patient sont conformes aux règles en vigueur : les éléments sont communiqués sous huitaine suivant la demande. Une personne référente s'assure du respect des délais d'accès du patient à son dossier.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	Les délais d'accès du patient à son dossier sont évalués et exposés dans le rapport annuel de la CRUQPC. Le très faible nombre de demandes (moins de cinq demandes par an) et le bon déroulement des réponses apportées par l'établissement n'ont pas nécessité d'action d'amélioration. La coordination et le suivi de leur mise en oeuvre sont structurés avec une personne référente et un tableau de suivi.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	Lors de chacune de ses réunions, la CRUQPC est informée du nombre et de la nature des demandes, ainsi que des délais de transmission du dossier patient. Le tableau de bord de suivi est présenté en réunion de CRUQPC.

Référence 15: l'identification du patient

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Afin de garantir la fiabilité de l'identification du patient, il existe une procédure d'identitovigilance comprenant une procédure dénommée "Admettre" qui précise les documents ressources et les modalités liés à l'hospitalisation. L'établissement dispose d'un logiciel permettant l'identification unique et permanente du patient, ainsi que l'attribution d'un numéro de séjour.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

Les trois personnels en charge du bureau des admissions ont reçu une formation sur la procédure "Admettre" au sein du groupe auquel appartient l'établissement. Les personnels soignants sont sensibilisés régulièrement à l'identitovigilance, sans pour autant avoir reçu de formation institutionnelle.

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

Oui

Une procédure de vérification de l'identité est définie, mise en place et actualisée avec les personnes concernées. S'agissant par essence d'admissions uniquement programmées, tous les patients passent par le service des

	Oui	admissions. Les professionnels du bureau des admissions mettent en oeuvre la procédure "Admettre" qui précise les mesures de vérification de l'identité du patient. Chaque patient se voit attribuer un numéro de séjour et un IPP. Tous les renseignements administratifs sont saisis lors de cette étape. Une fiche de synthèse et des planches d'étiquette sont éditées par le secrétariat médical. Tous les documents constitutifs du dossier patient sont alors identifiés par une étiquette. En cas de changement de chambre, une nouvelle série d'étiquettes est éditée. Chaque fois qu'il le juge utile (patient ne possédant plus toutes ses facultés), le médecin prescrit au patient un bracelet d'identification.
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	Tous les actes diagnostiques ou thérapeutiques sont réalisés dans la chambre du patient (l'établissement ne comporte que des chambres à un lit). Lors de la réalisation des premiers actes à visée diagnostique ou thérapeutique, les professionnels s'assurent préalablement de l'identité du patient. Compte tenu de la durée moyenne de séjour élevée (44 jours) et de la faible rotation du personnel, la vérification de l'identité des patients n'est pas systématique lors de la réalisation de chaque acte. Chaque échantillon biologique sortant de l'établissement est étiqueté. Chaque patient quittant l'établissement pour se rendre à une consultation est porteur d'un courrier mentionnant son identité.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit), et les erreurs sont analysées et corrigées.	En grande partie	A la suite d'un audit conduit en février 2011, des mesures d'amélioration ont été prises, telle la prescription de bracelet d'identification chez certains patients désorientés. Il n'y a pas eu de signalement particulier relatif à des défauts d'identitovigilance dans les fiches d'événements indésirables. Toutefois, le dispositif d'évaluation n'apparaît pas structuré en l'absence de définition d'objectifs de l'évaluation, de périodicité des évaluations.

PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

Référence 16: l'accueil du patient

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

En grande partie

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

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 - Soins de suite et/ou de réadaptation

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

NA

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

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

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur, lorsque l'état du patient le nécessite.	Oui	
Un ou des 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 - Soins de suite et/ou de réadaptation****Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement****Cotation**

A

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

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

Oui

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

NA

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

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

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

Oui

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

Oui

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

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

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	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 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.

Oui

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - 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.	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 détenues

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

NA

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

NA

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

NA

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

**Critère 19.b - Soins de suite et/ou de réadaptation
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

Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Dépistage des troubles nutritionnels" et de sa valeur de 96 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [92 % - 100 %] pour la campagne 2010.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Dépistage des troubles nutritionnels". Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation : mesure de l'indice de masse corporelle, mesures d'indicateurs biologiques (albuminémie).
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

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

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

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

Les patients présentant un risque suicidaire sont identifiés.

Oui

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

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

Oui

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

Partiellement

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

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Partiellement	
Tout suicide ou tentative de suicide, intervenant dans le temps de la prise en charge, fait l'objet d'une analyse pluriprofessionnelle, en particulier psychiatrique, et formalisée.	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

L'établissement ne reçoit pas de personnes admises sans leur consentement.

Les procédures d'hospitalisation sans consentement sont définies.

NA

L'établissement ne reçoit pas de personnes admises sans leur consentement.

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

L'établissement ne reçoit pas de personnes admises sans leur consentement.

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

NA

L'établissement ne reçoit pas de personnes admises sans leur consentement.

L'adhésion du patient à sa prise en charge est recherchée tout au long de son hospitalisation.	NA	L'établissement ne reçoit pas de personnes admises sans leur consentement.
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	L'établissement ne reçoit pas de personnes admises sans leur consentement.
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	L'établissement ne reçoit pas de personnes admises sans leur consentement.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation

C

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.

En grande partie

L'établissement a remis aux experts-visiteurs des éléments de politique et d'organisation de la prise en charge médicamenteuse. Dans l'annexe 1 du CPOM, l'axe 3 décline trois objectifs : la prévention de la iatrogénie médicamenteuse, la mise en place de la prescription informatisée et de la dispensation journalière nominative. Les objectifs de la prise en charge médicamenteuse sont également retrouvés dans le projet médical, le programme d'amélioration de la qualité et dans les comptes-rendus de la COMEDIMS. Le projet d'établissement date de 2008, et la politique du médicament n'est pas définie en tant que telle mais déclinée en objectifs.

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

En grande partie

Il existe un projet d'informatisation du circuit du médicament qui est intégré dans le schéma directeur du système d'information et au projet d'établissement du groupe UGECAM. Ce projet est bien défini et en test dans un autre établissement du groupe. Le logiciel et les équipements sont identifiés ; des référents "dossier patient informatisé" ont été formés. Le déploiement du projet débutera en novembre 2011.

Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Des outils d'aide à la prescription actualisés en 2011 et validés par la COMEDIMS sont en place. Les professionnels disposent du livret du médicament, de l'antibioguide, du livret thérapeutique, d'un document sur les médicaments et les personnes âgées, ainsi que d'un outil d'adaptation posologique.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Partiellement	En mars 2011, une formation sur le circuit des stupéfiants a été réalisée. Il existe à cet effet un support de formation. Une EPP a été réalisée sur la gestion des stocks de stupéfiants, en réponse à l'identification de difficultés dans ce circuit. Une formation plus générale sur les erreurs médicamenteuses est programmée pour la fin de l'année 2011.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Non	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée au sein du groupe auquel appartient l'établissement. Le logiciel est déployé dans un autre établissement du groupe UGECAMIF. Dans l'établissement, les formations du personnel ont débuté en novembre 2011. La mise en place effective est prévue à la fin du mois de novembre 2011. Toutefois, l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse n'avait pas débuté.
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	L'établissement suit de multiples indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs comme la consommation de toutes les classes d'antibiotiques, le pourcentage d'interactions médicamenteuses. Des indicateurs d'analyse pharmaceutique (nombre de prescriptions, contre-indications...) sont suivis. Des EPP ont été réalisées sur la prescription des héparines à bas poids moléculaire, les fluoroquinolones et les stupéfiants. D'autres indicateurs sont en place concernant la consommation de stupéfiants, la consommation d'oxygène, le taux de médicaments recyclés, la consommation des molécules onéreuses.

<p>Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.</p>	<p>Oui</p>	<p>Il existe une organisation de recueil et d'analyse des erreurs médicamenteuses. Le recueil se fait par l'intermédiaire de la fiche d'événement indésirable. Des professionnels formés à la méthode d'analyse font le bilan en CARTE (Cellule d'Alerte sur les Risques et le traitement des Evénements indésirables) et en CQRVE (Cellule Qualité Risque Vigilance de l'Etablissement). Les professionnels concernés par l'événement sont conviés aux réunions.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs. Le plan d'actions est intégré au PAQ de l'établissement, et suivi par la CARTE et la CQRVE. Les professionnels sont informés au cours des réunions hebdomadaires, des réunions de service ou des groupes de travail.</p>

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Une procédure générale d'organisation de la prise en charge médicamenteuse décrit l'ensemble du circuit du médicament, de la prescription à la sortie. Des supports de prescription validés et actualisés sont en place dans les trois services de l'établissement.

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

Oui

Il existe une procédure de gestion des traitements personnels intégrée à la procédure générale du circuit du médicament. Les médecins tiennent compte, lors de la sortie du patient, du traitement dont celui-ci disposait avant son hospitalisation.

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

En grande partie

L'établissement a mis en place une organisation pour assurer la sécurité de la dispensation des médicaments dans ses différents aspects. L'analyse pharmaceutique est engagée, mais non complète. Les modalités de délivrance sont définies dans la procédure générale. L'acheminement vers les unités de soins est sécurisé ainsi que le stockage. L'approvisionnement en urgence est défini dans la procédure générale d'organisation du circuit du médicament. Il existe plusieurs supports d'information et

	En grande partie	conseil pour les utilisateurs.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	En grande partie	Les règles d'administration des médicaments sont définies dans la procédure d'organisation générale de la prise en charge médicamenteuse. Il existe un support unique de prescription/administration. Les ordonnances sont faxées à la pharmacie. Les fiches de retour à la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) des traitements non utilisés ne sont pas en place.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en œuvre.	Oui	Compte tenu de la valeur du critère "Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation" de l'indicateur "Tenue du dossier" et de sa valeur de 100 % pour la campagne 2010.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	En grande partie	L'établissement a identifié des priorités en matière d'analyse pharmaceutique, laquelle concerne une liste d'antibiotiques et médicaments anti-infectieux contrôlés, les stupéfiants, les molécules onéreuses et les traitements des patients de façon aléatoire. La délivrance nominative concerne l'ensemble des traitements, et est réalisée sur une base hebdomadaire.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	Les soignants délivrent l'information nécessaire à la prise du traitement. Des brochures sont disponibles sur différents sujets comme : l'arthrose, le diabète, l'ostéoporose, l'adénome de la prostate, les antibiotiques, les antidépresseurs, les anticoagulants, etc. Ces brochures sont présentes dans les unités de soins et sur un présentoir au premier étage. Toutefois, la traçabilité de l'information n'est

	En grande partie	pas systématique dans les dossiers des patients.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée. Chez les patients autonomes, la prescription médicale est tracée, l'administration est inscrite le matin lors de la distribution du traitement pour la journée. Le personnel déclare vérifier la prise par le constat de la vacuité du pilulier par l'IDE du soir. Toutefois, ce seul constat ne saurait garantir parfaitement l'auto-administration du médicament par le patient. Chez les patients non autonomes, l'administration est tracée par l'IDE au moment de la prise.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Un audit sur le circuit du médicament a eu lieu en 2010, et est prévu tous les deux ans. Cet audit a été mené conjointement entre le pharmacien et un responsable qualité d'un autre établissement du groupe UGECAM. La restitution est faite en COMEDIMS, CME et en staff pour les infirmières.
Des actions, visant le bon usage des médicaments, sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre. Ces actions concernent la mise en place d'un logiciel pour le suivi des températures des frigos à médicaments, la mise à jour des livrets thérapeutiques, des dotations d'urgence, des dotations de stupéfiants, ainsi que le livret des dispositifs médicaux. Des EPP ont été menées sur les fluoroquinolones, les stupéfiants, les HBPM.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des données de référence permettant une prescription conforme sont mises à 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 leurs suivis sont mis en œuvre.	Oui	

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

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

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

NA

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

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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

En grande partie

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

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

Critère 21.b Démarche qualité en laboratoire de biologie médicale

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

Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

NA

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

NA

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

NA

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

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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 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.	Non	
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité, avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.	En grande partie	

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

Critère 22.b Démarche qualité en service d'imagerie

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

Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

NA

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les examens sont réalisés dans le respect des bonnes pratiques.

NA

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

NA

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

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

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'offre de programmes d'éducation thérapeutique, au sein de l'établissement et au sein du territoire de santé, est identifiée.	Oui	
Les maladies ou situations nécessitant l'élaboration d'une démarche structurée d'éducation thérapeutique du patient (ETP), intégrée à sa prise en charge, sont identifiées.	Oui	
Une coordination avec les professionnels extrahospitaliers 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	Partiellement	

proposer au patient une inscription dans un programme autorisé dans son environnement proche, en lui ayant présenté l'intérêt de l'ETP pour la gestion de sa maladie.	Partiellement	
L'établissement définit, dans son plan, une formation à l'ETP (sensibilisation des professionnels impliqués dans la prise en charge des maladies chroniques et acquisition de compétences pour ceux qui mettent en 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.	Partiellement	

Référence 24: La sortie du patient

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation" et de sa valeur de 98 % avec un intervalle de confiance à 95 % [94 % - 100 %] pour la campagne 2010.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation". Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation telle que l'enquête auprès des correspondants externes.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Partiellement	
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

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

Le recours aux avis spécialisés, permettant de répondre aux besoins des patients, est organisé et formalisé.

NA

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

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

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

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

La disponibilité des lits d'hospitalisation est analysée en temps réel.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les professionnels sont formés à l'accueil et à l'orientation des patients.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements sont réalisés.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les actions d'amélioration sont définies avec les professionnels ainsi que les représentants des usagers, et sont mises en œuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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

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

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

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

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, établit les responsabilités et les modalités d'élaboration, de régulation des programmes opératoires.

NA

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

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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en œuvre pour toute intervention de l'équipe opératoire.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes, incluant les vérifications effectuées, est assurée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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
	NA	
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La réalisation d'audits, le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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

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



Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.

NA

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

Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.

NA

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

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

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

Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.

NA

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

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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La réalisation d'audits, le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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
	NA	
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La réalisation d'audits, le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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	NA	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement a formalisé sa participation aux activités ou à un réseau de prélèvement d'organes et de tissus.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique, et sont formés, notamment en matière d'information des familles.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Dans les établissements autorisés, les bonnes pratiques de prélèvement sont mises en oeuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
---	----	---

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

Critère 27.a

Activités de soins de suite et de réadaptation

Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

NA

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le projet personnalisé de prise en charge qui comprend une activité de soins de suite et de réadaptation est élaboré avec le patient, son entourage et en concertation avec tous les professionnels concernés.

NA

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

Le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs est assuré, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.

NA

PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.a

Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles



Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique ou médico-technique organisent la mise en 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	
Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées, dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique et 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.	Oui	
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

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les enjeux liés à la pertinence des soins sont identifiés au sein de l'établissement.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des analyses de la pertinence des soins sont réalisées, et permettent la mise en œuvre d'actions d'amélioration.

Oui

Des guides de bon usage des soins sont mis à la disposition des professionnels.

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

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



Cotation		
	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 révise 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/ipaqss-indicateurs-pour-l-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-

Éléments de lecture du tableau

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

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

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

Remarque :

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

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

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			<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			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas de contrôle, utilisation de l'usage unique.
Désinfection des dispositifs médicaux			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas de contrôle, utilisation de l'usage unique.
Laboratoires d'analyses de biologie médicale			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non concerné
Infrastructures	VERITAS	Décembre 2007	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Un diagnostic des infrastructures a été réalisé en décembre 2007. Le projet d'établissement volet architectural tient compte des différentes recommandations.
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite <input type="checkbox"/> périodique	Commission de Sécurité SDIS	Mai 2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Des actions correctives sur la levée des réserves sont en cours.
Sécurité électrique	APAVE	Février 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"/>	
Hygiène alimentaire et eau d'alimentation	DDSV	21/07/2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Une réponse a été faite. Passage mensuelle d'un laboratoire externe SILLIKER

ANNEXES SUITE À MODALITÉ(S) DE SUIVI

Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine
procédure de certification

Le plan d'actions avec échéancier aide l'établissement de santé à pérenniser sa dynamique d'amélioration et l'engage à réfléchir aux modalités d'amélioration à mettre en œuvre pour résoudre les dysfonctionnements constatés dans le rapport de certification, les prioriser et les planifier dans le temps. Ce plan d'actions constitue un document d'entrée dans la procédure suivante.

Ces plans d'actions étant le résultat de l'analyse réalisée par l'établissement pour améliorer son organisation et ses pratiques, la Haute Autorité de Santé ne s'engage pas sur la pertinence et la qualité des actions envisagées et/ou entreprises.

Dans ce cadre, l'établissement a transmis les plans d'actions suivants

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Amélioration du management de la prise en charge médicamenteuse

Problematique:

- Formaliser la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse
- Définir un projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète
- Mener des actions de sensibilisation et de formation des professionnels aux risques d'erreurs médicamenteuses
- Engager l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
<ul style="list-style-type: none"> - Création d'un groupe de travail suite à l'arrêté du 6 avril 2011 - Intégrer dans le plan de formation de l'établissement, des actions de sensibilisation sur les erreurs médicamenteuses - Intégrer dans le plan de formation des formations reconnues en externe - Former tous les professionnels concernés sur le Dossier Patient Informatisé - Mise en place du Dossier Patient Informatisé - Mise en place de la DJIN (Dispensation Journalière Individuelle et Nominative) - Mise en place de la validation pharmaceutique 	<ul style="list-style-type: none"> - Formaliser une politique du médicament - Former tous les professionnels - Informatiser le dossier patient

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Pharmacien	Médecin coordonnateur Surveillante Générale Responsable Qualité Gestionnaire des Risques de l'établissement	Responsable des Ressources Humaines Référent informatique Infirmière Aide soignant Responsable Qualité de l'UGECAMIF Formateur Préparatrice Cadre de santé

Echéancier de réalisation :

2012/2015

Modalités d'évaluation :

- Formalisation d'une politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse 2012
- Intégration de la politique dans le projet d'établissement 2013
- Définir un projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse 2013
- Intégration du schéma directeur du système d'information 2015
- Existence d'un programme et des supports de formations 2013
- Nombre d'actions de sensibilisation menées 2013
- Nombre de formation des professionnels aux risques d'erreurs médicamenteuses menées 2012
- Taux de personne formée 2012
- Mise en place d'un programme d'informatisation du circuit du médicament 2015
- Nombre des différentes étapes engagées 2013
- Taux de lits et places avec prescription complète informatisée et saisie systématiquement dans les services de soins 2013

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

- Existence d'un programme annuel de formation
- Nombre d'actions de sensibilisation du personnel menées par an
- Nombre de formation des professionnels aux risques d'erreurs médicamenteuses menées par an
- Taux de personnel formé
- Taux de lits et places avec prescription complète informatisée et saisie systématiquement dans les services de soins

Validation institutionnelle:

- Validation lors du bilan du Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Gestion des risques annuellement en Comité Qualité Risques et Vigilance de l'établissement
- Projet d'établissement

Planification des revues de projet:

- Bilan du programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques
- Reporting semestriel qualité de l'établissement