



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION V2010

POLE DE SANTE DU PLATEAU SITE DE MEUDON LA FORET

3 à 5 avenue de villacoublay - 92360 - Meudon La Foret

JANVIER 2013

SOMMAIRE

PREAMBULE	4
1. Les objectifs de la certification des établissements de santé	5
2. Les niveaux de certification	6
1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	8
2. DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	11
1. Niveau de certification	12
2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	13
3. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	14
4. Critères investigués lors de la visite de certification	15
5. Suivi de la décision	16
3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS	18
1. Le positionnement de l'établissement sur l'ensemble des thématiques	21
2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires	23
3. Regard Patient	25
4. SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	25

5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	28
CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	30
PARTIE 1. Management stratégique	31
PARTIE 2. Management des ressources	56
PARTIE 3. Management de la qualité et de la sécurité des soins	97
CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT	123
PARTIE 1. Droits et place des patients	124
PARTIE 2. Gestion des données du patient	173
PARTIE 3. Parcours du patient	188
PARTIE 4. Prises en charge spécifiques	264
PARTIE 5. Evaluation des pratiques professionnelles	284
6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	291
7. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE	293

PREAMBULE

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

1. Les objectifs de la certification des établissements de santé

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

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

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

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

Elle ne note pas les professionnels de santé.

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

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

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

2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

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

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

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

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

1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

POLE DE SANTE DU PLATEAU SITE DE MEUDON LA FORET

Adresse : 3 5 avenue de villacoublay
92360 Meudon La Foret HAUTS-DE-SEINE

Site internet: www.cliniqueduplateau.com

Statut : Privé

Type d'établissement : Etablissement privé à but lucratif

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Court séjour	124	36	0
Soins de suite et/ou de réadaptation	60	0	0

Nombre de sites.:	Le pôle de « Santé du Plateau » est composé de deux établissements distants de 2,5 km : - le site de Meudon, établissement MCO ; - le site de Clamart, établissement SSR.
Activités principales.:	Les activités principales sont la médecine polyvalente et oncologique, les soins palliatifs, la chirurgie uro-digestive, gynécologique, l'orthopédie et vasculaire, l'ORL et ophtalmologique ainsi que cutanée et esthétique, la gynéco-obstétrique, les soins de suite et réadaptation polyvalente et oncologique.
Activités de soins soumises à autorisation.:	Les activités soumises à autorisation sont : la médecine, la chirurgie, la chirurgie esthétique, la gynécologie-obstétrique, les soins de suite et réadaptation, l'accueil et le traitement des urgences, le traitement du cancer par chirurgie, chimiothérapie et endoscopie interventionnelle, les soins continus, les soins palliatifs en médecine et soins de suite, la scanographie à utilisation médicale.
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	L'établissement a signé des conventions de coopération avec les établissements suivants : - de service et d'assistance de transfusion autologue périopératoire avec le Centre de Transfusion Sanguine de l'hôpital Antoine Béchère ; - pour la co-utilisation d'un IRM entre l'AP-HP Antoine Béchère, le CC Marie Lannelongue, le CRTT de Meudon-la-Forêt ; - en oncologie avec le CRTT de Meudon-la-Forêt ; - pour l'utilisation de scanner avec l'ICC ; - relative aux soins de suite et réadaptation avec l'hôpital d'instruction des armées de PERCY ; - relative aux soins de suite et réadaptation avec l'AP-HP Antoine Béchère ; - pour la réanimation et les soins intensifs avec l'AP-HP Antoine Béchère ; - pour l'hospitalisation des patients en unité soins palliatifs avec le centre Claire Demeure à Versailles ;
--	--

Réorganisation de l'offre de soins

	<ul style="list-style-type: none">- avec l'Institut Gustave Roussy ;- pour l'accès au service de médecine nucléaire avec l'hôpital privé d'Antony et de psychiatrie avec la maison de santé de Bellevue à Meudon et la Clinique du Château à Garches ;- avec l'EHPAD Hotelia à Meudon ;- avec l'EHPAD Ferrari à Clamart ;- avec la maison de retraite du Parc à Fontenay ;- avec la résidence retraite du Parc à Châtillon ;- avec la maison de retraite Chatelet de Meudon.
Regroupement/Fusion.:	Regroupement par fusion absorption de la Clinique du Plateau par la Clinique de Meudon. Cette opération a été réalisée le 1er janvier 2009. La SA Clinique de Meudon se dénommant dorénavant SA « Pôle de Santé du Plateau ».
Arrêt et fermeture d'activité.:	
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	

2.DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1.Niveau de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de Santé prononce une certification avec recommandation(s).

Décisions

RECOMMANDATION(S)

11.c Court Séjour (Information du patient en cas de dommage lié aux soins) ;11.c Soins de suite et/ou de réadaptation (Information du patient en cas de dommage lié aux soins) .

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

4. Critères investigués lors de la visite de certification

La visite de certification s'est déroulée du 02/10/2012 au 05/10/2012.

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

MANAGEMENT STRATÉGIQUE

1.a, 1.f, 2.e

MANAGEMENT DES RESSOURCES

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

MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

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

DROITS ET PLACE DES PATIENTS

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

GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

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

PARCOURS DU PATIENT

17.a Court Séjour, 18.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 19.a Enfants et adolescents, 19.a Patients porteurs de maladie chronique, 19.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 19.b Court Séjour, 20.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 20.a Court Séjour, 20.a bis Soins de suite et/ou de réadaptation, 20.a bis Court Séjour, 22.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 24.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 24.a Court Séjour

PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

25.a, 26.a, 26.b Endoscopie

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

28.a, 28.b, 28.c

5.Suvi de la décision

L'établissement a la possibilité de lever tout ou partie de ses recommandations avant la prochaine itération par le biais d'un rapport de suivi dans un délai de 12 mois. S'il ne souhaite pas ou n'a pas la possibilité de lever les recommandations dont il fait l'objet, il devra fournir dans le même délai à la Haute Autorité de Santé un plan d'actions avec échéancier.

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

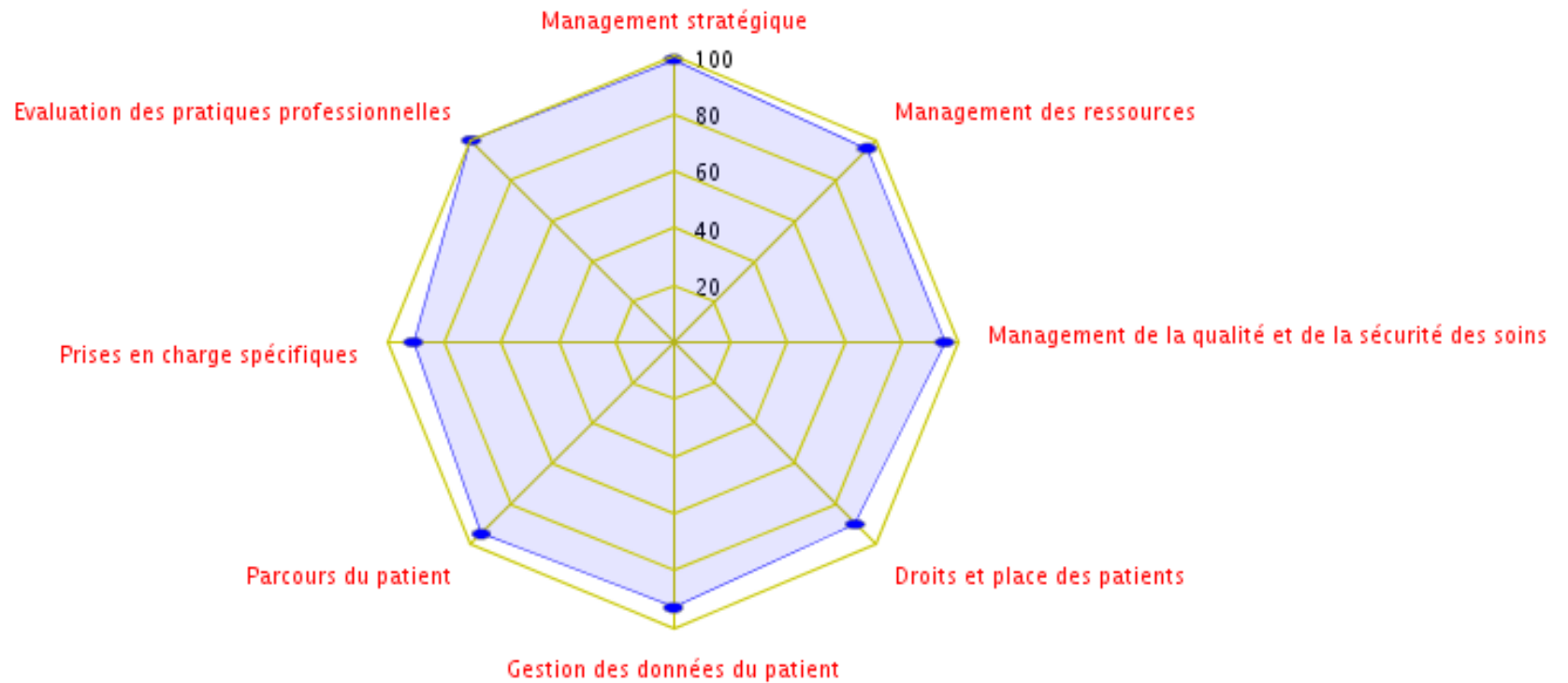
Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement.

[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 :

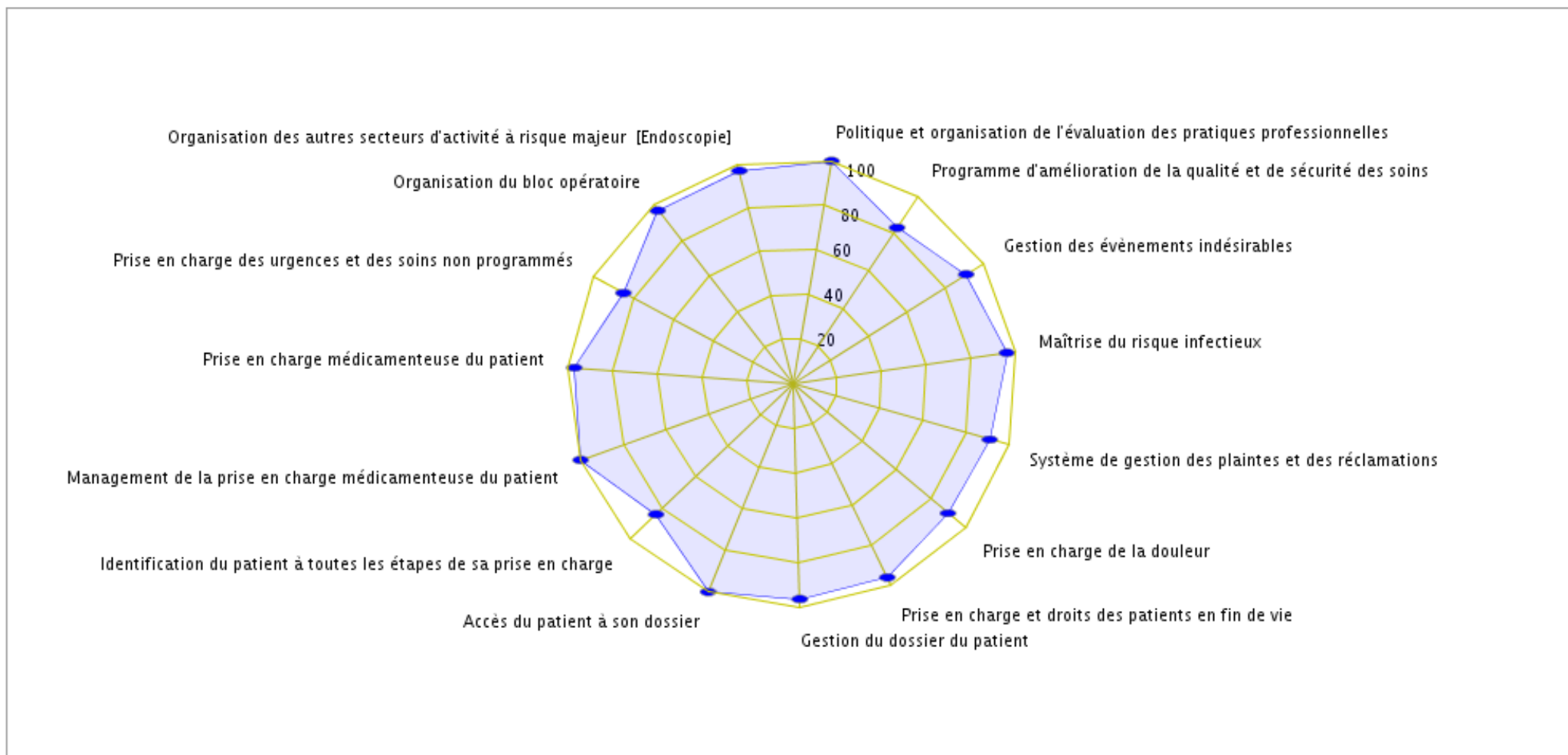
- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (10a),
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b),
- Respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c),
- Accueil et accompagnement de l'entourage (10d),
- Information du patient sur son état de santé 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

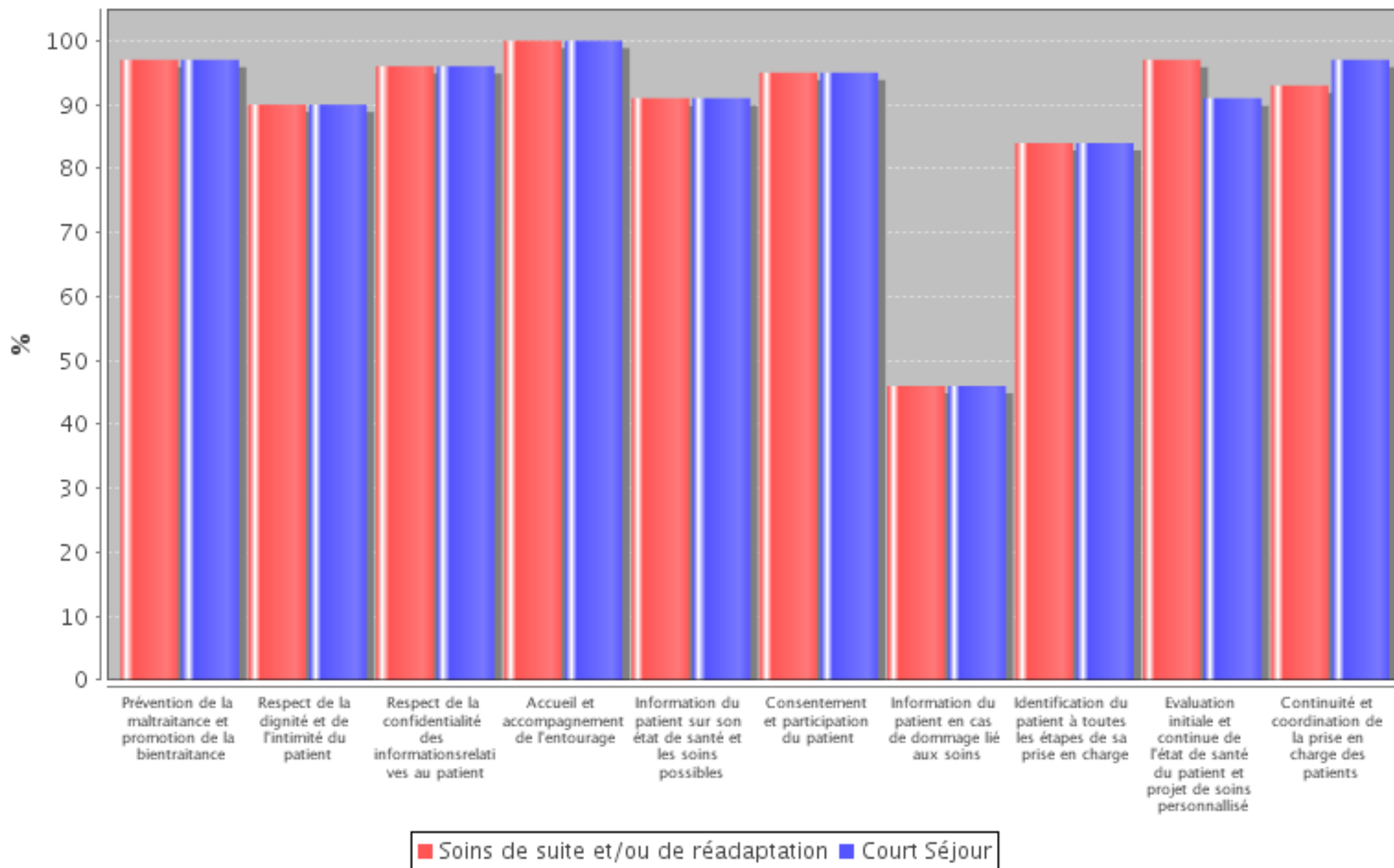


Les libellés des points fort (> 90%) sont en rouge.

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
31a MCO (Les conditions de prescription des médicaments sont maîtrisées.) ; 31b MCO (Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées.).	Type 1	Oui	<p>Des actions correctives ont été mises en place : réunions de sensibilisations, note de service suite aux audits. Les conditions de prescription sont maîtrisées. L'informatisation du dossier patient favorise le respect des bonnes pratiques et permet de retrouver au niveau de la prescription les critères réglementaires: la date, l'heure, le nom, le prénom, l'âge et le poids du patient, le nom du prescripteur et son identification, le nom du produit, la posologie, la voie d'administration, et la durée du traitement et la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et 72ème heure. De plus l'informatisation offre la possibilité d'enrichir la prescription de commentaires.</p> <p>Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées. Grâce au dossier informatisé le pharmacien a accès à la totalité du traitement du patient et à son traitement personnel en temps réel, permettant ainsi l'analyse et la validation de la prescription. Un système d'alerte est en place, une boîte mail spécifique favorise les échanges entre les différents acteurs.</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		
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 oeuvre des orientations stratégiques fait l'objet d'un suivi et d'une révision périodique.	Oui	
L'établissement fait évoluer ses partenariats sur la base des évaluations réalisées.	Oui	

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.b Engagement dans le développement durable

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un diagnostic développement durable a été établi par l'établissement.

Oui

Un volet développement durable est intégré dans les orientations stratégiques.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.c Démarche éthique

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.d Politique des droits des patients

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.e

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

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'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) a été définie et formalisée dans le projet d'établissement. Cette stratégie est intégrée dans le Plan d'Action Qualité. La politique définit : la participation de tous les professionnels, les modalités de choix des thèmes d'EPP, les objectifs de démarches.
Le choix était de poursuivre les actions d'amélioration des EPP V2007 puis de mettre en œuvre de nouvelles EPP :

- analyse et suivi des RMM ;
- prise en charge de la douleur dans le secteur ambulatoire ;
- prise en charge de l'hémorragie du post-partum ;
- prise en charge des neutropénies fébriles ;
- évaluation de la charge de travail en soins, adaptation des ressources en SRR.

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

Oui

La concertation entre les professionnels se fait lors des réunions trimestrielles du COPIL EPP (comité de pilotage EPP), du CQGDR (comité qualité-gestion des risques), puis lors des réunions hebdomadaires du CODIR (comité de

	Oui	direction) si besoin.
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 en réunions du COPIL EPP, et intégrées dans le tableau de bord des EPP, assorties des noms des participants. Le directeur, les pharmaciens, les administratifs, les médecins, les sages-femmes, les infirmières, sont très impliqués dans la démarche EPP. L'établissement a développé et étendu des EPP dans les secteurs cliniques et médico-techniques.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en oeuvre de l'EPP.	Oui	Les professionnels, responsables des EPP, ont été formés à la méthodologie pour la version V2007 par un prestataire externe. La directrice des soins responsable qualité (DU qualité/gestion des risques) a pris la relève, et suivi les différents projets pour l'itération suivante.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	Oui	Le suivi des EPP est réalisé lors des réunions trimestrielles du COPIL EPP (comité de pilotage EPP), du CGDR puis lors des réunions hebdomadaires du CODIR (comité de direction) si besoin. Les responsables des projets assurent la coordination et le suivi.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	Oui	Les professionnels sont informés, de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et du suivi de celles-ci, par les cadres référents suite aux réunions du COPIL EPP, par la diffusion du journal interne et la mise en place des comptes-rendus sur l'intranet.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	Les résultats des EPP sont présentés à toutes les instances, lors des réunions trimestrielles du COPIL EPP (comité de pilotage EPP), du CQGDR puis lors des réunions hebdomadaires du CODIR (comité de direction).

La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	Oui	À la suite de l'analyse des résultats, la stratégie des EPP est révisée en réunions du COPIL EPP, puis en réunions du CQGDR. Les actions d'amélioration sont formalisées dans un plan d'action correspondant à l'EPP.
--	-----	---

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 oeuvre et l'évolution de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.	Oui	
Des activités sont organisées au cours desquelles les thèmes qualité et sécurité sont abordés (réunions, forums, séminaires, journées dédiées, actions de sensibilisation des patients, etc.).	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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

Critère 2.a

Direction et encadrement des secteurs d'activités

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

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

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

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

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

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

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

Critère 2.c Fonctionnement des instances

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

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

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

Critère 2.d Dialogue social et implication des personnels

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

B

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.c Santé et sécurité au travail

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

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.d Qualité de vie au travail

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La qualité de vie au travail fait partie des orientations stratégiques de l'établissement.	Oui	
Un plan d'amélioration de la qualité de vie au travail est défini.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont mises en oeuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.a Gestion budgétaire

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

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

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.b Amélioration de l'efficience

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

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.a Système d'information

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

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

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.b Sécurité du système d'information

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La sécurité des données est organisée (définition des responsabilités, formalisation et diffusion des procédures, etc.).

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Il existe un plan de reprise permettant d'assurer la continuité des activités en cas de panne.

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

Le dispositif de sécurité du système d'information est évalué, et fait l'objet d'actions d'amélioration.

Oui

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.c Gestion documentaire

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.a Sécurité des biens et des personnes

Cotation	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 oeuvre.	En grande partie	
--	------------------	--

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

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

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

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

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

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 oeuvre.	Oui	

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.d Gestion du linge

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

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.e Fonction transport des patients

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

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

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.	En grande partie	
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.

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

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

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

Critère 7.a Gestion de l'eau

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

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une démarche globale de gestion de la qualité de l'eau est définie, et validée par l'EOH ou le CLIN (ou 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 oeuvre.	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.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

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

Critère 7.b Gestion de l'air

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

Des dispositions sont prévues en cas de travaux.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

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

Critère 7.c Gestion de l'énergie

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

Cotation

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 oeuvre.

Oui

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

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.	En grande partie	

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

Critère 7.d Hygiène des locaux

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

Cotation		
	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les actions à mettre en oeuvre, 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 oeuvre.	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 oeuvre.	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.	Oui	

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	Le programme d'action qualité, sécurité des soins est défini par le comité qualité-gestion des risques. Ce programme décline la politique générale ainsi que les objectifs à atteindre. Les axes prioritaires du programme qualité sont identifiés et déclinés en plusieurs plans d'action, formalisés dans un document de suivi qualité gestion des risques.	
Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements, ainsi que les risques majeurs et récurrents.	Oui	Le programme qualité-gestion des risques est défini pour 2012-2014. Il reprend des axes prioritaires : - le développement de la culture sécurité ; - le positionnement du patient ; - les prises en charge particulières (exemple : prise en charge des patients en fin de vie) ; - la santé-sécurité qualité de vie au travail ; - la qualité des relations avec les correspondants externes ; - la gestion des risques a priori et a posteriori ; - la maîtrise du risque infectieux ; - la sécurisation du circuit du médicament et prise en charge médicamenteuse, y compris les recommandations de la précédente visite de certification sur le médicament ;	

	Oui	<ul style="list-style-type: none"> - la sécurité transfusionnelle ; - la sécurité au bloc opératoire ; - la politique d'identitovigilance ; - la gestion documentaire.
Les activités, réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins, sont prises en compte.	Oui	Des médecins sont engagés dans l'accréditation, ils mettent en œuvre dans leurs unités les recommandations issues de l'accréditation. Certains événements indésirables, déclarés lors de la démarche d'accréditation, sont débattus en RMM. Les réunions RMM sont intégrées dans le programme qualité.
Le programme est soumis aux instances.	Oui	Le programme d'action qualité sécurité est présenté en réunion QGDR, où les instances sont présentes, à la CME (avril 2011) et au comité de direction. La directrice gestionnaire des risques a présenté en CHSCT le programme d'action qualité sécurité.
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 oeuvre dans les secteurs d'activité.	En grande partie	<p>Les plans d'action définis et validés, par le comité qualité-gestion des risques, couvrent plusieurs domaines d'activité, déclinés dans les secteurs correspondants. Les secteurs concernés par le programme d'amélioration de la qualité sécurité sont identifiés. Pour chaque plan d'action figurent les responsables des projets. Les groupes projets sont pluridisciplinaires. La date de début et la date de fin des plans d'action sont tracées, ainsi que leur évolution à court et moyen terme : sécurisation des circuits (médicament, transfusion, bloc opératoire, endoscopie), maîtrise du risque infectieux, gestion des risques liés aux soins et aux professionnels, etc.).</p> <p>Cependant, certaines actions déclinées dans le programme qualité ne sont pas intégrées dans un plan d'action structuré avec identification de référents et d'un échéancier (les actions d'amélioration de la CRU, les plans d'amélioration mis en place lors des RMM, les événements indésirables liés</p>

	En grande partie	à la logistique, l'éducation thérapeutique).
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	En grande partie	Lors des réunions trimestrielles du comité qualité-gestion des risques, les plans d'action définis et leur suivi sont présentés par les responsables assurant le relais auprès des professionnels de terrain. Lors du comité de direction, un point est réalisé sur les actions entreprises, ce qui permet de réviser si besoin la démarche. Le suivi des plans d'action se fait lors des réunions trimestrielles du comité qualifié gestion des risques. Le suivi est moins structuré pour les actions non intégrées dans un plan.
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	En grande partie	Pour les plans d'action identifiés, des indicateurs de suivi et une cible à atteindre sont définis. Un tableau de bord de suivi des plans d'action est réalisé annuellement depuis 2009 par la responsable qualité. Plusieurs indicateurs, y compris les indicateurs nationaux sont inclus dans les différents plans d'actions. Cependant, on ne retrouve pas, dans ce tableau de bord global, l'ensemble des actions qualité mises en route dans tous les secteurs liés ou non aux soins (ex. : secteur logistique).
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	En grande partie	Pour les plans d'action définis, le comité qualité-gestion des risques examine trimestriellement l'état d'avancement des objectifs fixés dans les plans d'action. En fonction des résultats décrits par chaque secteur, un réajustement du programme et des actions qualités sont décidés par ce même comité de façon collégiale. Cependant, le programme est difficilement réajusté pour les actions non intégrées dans un tableau de bord avec suivi.

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 oeuvre les actions consécutives aux recommandations issues des contrôles réglementaires, en fonction du plan de priorisation.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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

Critère 8.d
Evaluations des risques à priori

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi de la mise en oeuvre de ces actions est réalisé à périodicité définie.	Oui	
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	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation est en place, afin d'assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.	Oui	Une procédure de signalement des événements indésirables est définie par l'établissement depuis 2009. Un nouveau document « Organisation et fonctionnement de la gestion des risques » définit les notions de fréquence et de gravité des événements indésirables, à déclarer et à utiliser pour l'analyse des causes. Depuis deux mois, une fiche de déclaration informatisée est mise à la disposition des professionnels sur le site intranet de la clinique. Les autres systèmes de recueil, RMM, plaintes et réclamations sont coordonnés par la gestionnaire des risques.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.	En grande partie	Le changement de support de déclaration des événements indésirables est récent, les professionnels des deux établissements ont été formés à l'utilisation de la fiche de signalement. Cette formation est assurée par la directrice des soins gestionnaire des risques. La formation à l'utilisation du support de signalement est comprise dans la formation des nouveaux arrivants. Lors de la visite, les experts-visiteurs ont constaté que les professionnels de

	En grande partie	terrain rencontrés connaissent et utilisent si besoin cette fiche. Toutefois, le programme, le plan de déploiement de la formation et le support de formation n'ont pas été retrouvés.
Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	Oui	La directrice des soins, responsable qualité-gestion des risques, est formée au processus et à l'analyse des causes (diplôme universitaire de gestion des risques en milieux de soins). Pour élaborer les cartographies des risques, les responsables de projet ont été formés à la méthode AMDEC par la gestionnaire des risques. Une formation externe sur la gestion des risques est prévue pour le mois prochain. Lors de la mise en place des RMM, plusieurs médecins ont été formés à l'analyse des causes (méthode ALARM). Pour les comités de retour d'expérience, la gestionnaire des risques rappelle la méthode de hiérarchisation et d'analyse des causes, les comptes-rendus des comités de retour d'expérience représentent le support de cette formation.
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée, en associant les acteurs concernés.	Oui	Les événements indésirables sont classés par gravité, fréquence et criticité, permettant ainsi une hiérarchisation et l'identification des événements indésirables graves nécessitant une analyse des causes. Les professionnels concernés sont toujours associés à cette analyse, la coordination est assurée par la gestionnaire des risques. Certains événements indésirables graves sont analysés en RMM ou en comités de retour d'expérience en présence de la gestionnaire des risques et/ou de la directrice des soins, garantes de l'analyse de la méthode.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions correctives sont mises en oeuvre suite aux analyses.	Oui	Suite aux analyses, on retrouve soit la traçabilité des actions déjà réalisées, soit la traçabilité des actions correctives à mettre en place. La hiérarchisation des actions correctives est réalisée par la gestionnaire des risques en collaboration avec les professionnels concernés. La gestionnaire des risques coordonne le suivi des plans d'action mis en place. Le suivi se fait lors des réunions trimestrielles des comités

	Oui	qualité-gestion des risques. Un tableau de suivi est formalisé, et suivi par la gestionnaire des risques. Le nouveau logiciel de traitement des événements indésirables permet de réaliser un suivi plus performant (réponse informatisée au déclarant, alertes pour les délais de réponse).
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	Oui	Les événements indésirables récurrents (médicaments, chutes, vols) sont analysés en comité qualité-gestion des risques et au comité de direction. Les causes profondes sont analysées avec les professionnels concernés. Suite à l'analyse, des actions correctives sont mises en œuvre, par exemple pour les chutes : mise en place de barre d'appui dans les douches et rappel de consignes de surveillance aux personnes. Les erreurs d'identité relevées et analysées ont permis de mettre en place la procédure de vérification de l'identité du patient.
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	En grande partie	Suite aux plans d'action mis en place, le tableau de suivi d'indicateurs permet de mesurer l'efficacité des actions correctives, les tableaux sont présentés lors des comités qualité-gestion des risques trimestriels. Le bilan des événements indésirables est présenté annuellement. Cependant, les actions suite aux événements indésirables non liés aux soins (logistique) ne sont pas intégrées dans un plan d'action ; le suivi et l'efficacité des actions correctives sont moins structurés.

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

Critère 8.g
Maîtrise du risque infectieux



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

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

Critère 8.h
Bon usage des antibiotiques



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

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

Critère 8.i
Vigilances et veille sanitaire

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

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

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

Critère 8.j
Maîtrise du risque transfusionnel

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

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

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

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

Critère 8.k
Gestion des équipements biomédicaux

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

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

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

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La clinique a défini une organisation pour la gestion des plaintes et réclamations. La CRU est en place depuis plusieurs années et est opérationnelle : elle se réunit quatre fois par an. Sa composition est conforme à la réglementation. Les responsables chargées des relations avec les usagers sont les adjointes de direction de la clinique de Clamart et de Meudon. Un classeur unique collige les plaintes et les réclamations. Les plaintes et les réclamations sont traitées par la direction et transmises aux professionnels concernés. Un tableau de suivi des délais de réponses est présenté régulièrement à la CRU. Une procédure de gestion des plaintes et des réclamations est formalisée, validée et diffusée. Le dispositif d'information des usagers est défini : l'information est donnée à travers le livret d'accueil, les écrans dans les halls d'accueil et le site internet de l'établissement. Les modalités de formulation d'une plainte ou réclamation, les personnes à contacter, les missions de la CRU et le dispositif de médiation y sont détaillés.

Le système de gestion des plaintes et des réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.	En grande partie	Les réunions du CQGDR (comité qualité-gestion des risques) permettent de faire le lien entre les plaintes et les événements indésirables. Toutefois, les réclamations orales récurrentes ne sont pas identifiées ni traitées comme événements indésirables.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	La procédure de gestion des plaintes et réclamations prévoit un traitement des plaintes avec les professionnels concernés. La direction tient les salariés impliqués, informés à chaque étape, de l'évolution du dossier.
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre.	Oui	La procédure précise en cas de plainte et réclamation la réponse à donner au plaignant ainsi que les délais réglementaires à respecter. Un rappel est réalisé afin de préciser les modalités de formulation d'une plainte ou réclamation, les personnes à contacter, les missions de la CRU et le dispositif de médiation proposé.
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.	En grande partie	Toutes les plaintes et les réclamations sont présentées et analysées en CRU. Le bilan est intégré au rapport de la CRU et envoyé annuellement à l'ARS Île-de-France. Les actions mises en place sont suivies par la CRU, listées dans le programme qualité-gestion des risques. Toutefois, l'absence de tableau de bord avec un référent et un échéancier ne permet pas de vérifier le suivi des actions mises en place.

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

CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.a - Court Séjour Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance

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

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

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

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

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

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

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

Référence 10: La bientraitance et les droits

**Critère 10.b - Soins de suite et/ou de réadaptation
Respect de la dignité et de l'intimité du patient**

Cotation	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.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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

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.	En grande partie	
Des actions d'amélioration, en matière de respect de la confidentialité des informations relatives au patient, sont menées.	Oui	

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.c - Soins de suite et/ou de réadaptation Respect de la confidentialité des informations relatives au patient

Cotation		
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.	En grande partie	
Des actions d'amélioration, en matière de respect de la confidentialité des informations relatives au patient, sont menées.	Oui	

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

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

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

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

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

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

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.e - Court Séjour

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

Cotation		
	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 oeuvre du respect des libertés individuelles est organisée.	Oui	
La réflexion bénéfico-risque et la recherche du consentement du patient ou de son entourage concernant les restrictions de liberté font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante, intégrée dans le projet de soins personnalisés.	Oui	
Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le respect des bonnes pratiques, en matière de préservation des libertés individuelles et de restriction de liberté, est évalué à périodicité définie, en lien avec les instances et structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRU, CME, CSIRMT, etc.).	En grande partie	
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 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.).	En grande partie	Les pratiques des médecins et des soignants démontrent un souci constant de trouver un équilibre entre les droits des patients et la restriction de leur liberté. Toute mesure de restriction est discutée et réévaluée en réunion pluriprofessionnelle hebdomadaire, mais il n'y a pas de protocoles écrits à disposition dans les services.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

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

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

Critère 11.a - Court Séjour

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

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

L'accès à des ressources d'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.a - Soins de suite et/ou de réadaptation Information du patient sur son état de santé et les soins possibles

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

L'accès à des ressources d'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 - Court Séjour Consentement et participation du patient

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

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

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

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

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

Critère 11.c - Court Séjour Information du patient en cas de dommage lié aux soins

Cotation		C
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est définie.	En grande partie	Les dommages liés aux soins sont déclarés par les professionnels dans le cadre du signalement des événements indésirables (EI). Un grave dommage a donné lieu à une revue de morbi-mortalité (RMM). Dans le programme qualité, un rappel sur le devoir d'information du patient est notifié. Toutefois, la démarche structurée d'information du patient en cas de dommage n'était pas formalisée. Une procédure la décrivant a été fournie aux experts pendant la visite. Cependant, elle n'est ni validée ni diffusée. Le personnel ne se l'est pas approprié.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins sont menées.	Partiellement	Les professionnels ont été sensibilisés à la démarche d'information du patient (affiches dans les salles de réunion, le guide d'annonce de la HAS est disponible sur intranet). Mais l'ensemble du personnel n'a pas été formé. Un plan d'actions prévoit des formations théoriques et pratiques ainsi que la rédaction d'une charte d'incitation à la réalisation de l'information.

Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	En grande partie	À partir de l'analyse des déclarations d'événements indésirables (EI), l'information est donnée au patient au cas par cas par les professionnels. De plus, la RMM réalisée à partir d'un dommage grave a permis d'initier la démarche d'information du patient.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est évaluée et améliorée.	Non	La mise en place récente de cette démarche n'a pas permis aux professionnels de l'évaluer et, de ce fait, ne peut donner lieu à des actions correctives.

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		
C		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est définie.	En grande partie	Les dommages liés aux soins sont déclarés par les professionnels dans le cadre du signalement des événements indésirables (EI). Un grave dommage a donné lieu à une revue de morbi-mortalité (RMM). Dans le programme qualité, un rappel sur le devoir d'information du patient est notifié. Toutefois, la démarche structurée d'information du patient en cas de dommage n'était pas formalisée. Une procédure la décrivant a été fournie aux experts pendant la visite. Cependant, elle n'est ni validée ni diffusée. Le personnel ne se l'est pas approprié.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins sont menées.	Partiellement	Les professionnels ont été sensibilisés à la démarche d'information du patient (affiches dans les salles de réunion, le guide d'annonce de la HAS est disponible sur intranet). Mais l'ensemble du personnel n'a pas été formé. Un plan d'actions prévoit des formations théoriques et pratiques, ainsi que la rédaction d'une charte d'incitation à la réalisation de l'information.

Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	En grande partie	À partir de l'analyse des déclarations d'événements indésirables (EI), l'information est donnée au patient au cas par cas par les professionnels. De plus, la RMM réalisée à partir d'un dommage grave a permis d'initier la démarche d'information du patient.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est évaluée et améliorée.	Non	La mise en place récente de cette démarche n'a pas permis aux professionnels de l'évaluer et, de ce fait, ne peut donner lieu à des actions correctives.

Référence 12: La prise en charge de la douleur

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a défini une stratégie de prise en charge de la douleur. Cette politique, décrite dans le projet d'établissement en concertation avec le CLUD, répond à ses orientations stratégiques. Pour la déployer, le CLUD existant depuis 2000 a élaboré un programme d'activité qui décrit ses objectifs à partir de l'identification des prises en charge de la douleur, et cela par service. Les membres du CLUD (médecins, anesthésistes, pharmaciens, sages-femmes, infirmières de chirurgie, de médecine, de cancérologie, de salle de réveil et les psychologues) assurent le relais des formations et des informations des professionnels des services. Le CLUD fait un bilan annuel de ses activités.

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

Oui

Des protocoles sont définis et adaptés aux différents types de prise en charge (neurogène, postopératoire, en soins palliatifs, en cancérologie) et aux patients (adultes, enfants, patients non communicants). Ils sont réactualisés en fonction des besoins, et adaptés à la prévention des douleurs liées aux actes diagnostiques et algiques (MEOPA, ANTALYS). Des protocoles non médicamenteux sont aussi en place, comme ceux concernant la relaxation, le massage des

	Oui	bébés, le shiatsu en maternité, la musicothérapie en SRR. Ils sont rédigés par les professionnels et validés pendant les réunions du CLUD. Leur accessibilité est facilitée dans les services sur intranet.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Les besoins de formation sur la prise en charge de la douleur ont été identifiés par l'établissement, listés dans un plan d'action et programmés dans le plan de formation 2012. Ils sont organisés soit en interne par des professionnels, soit par des organismes de formation. En mai 2012, le personnel a déjà bénéficié d'une formation sur la prise en charge de la douleur et sur l'utilisation des différents outils d'évaluation. Des supports de formations existent.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	La mise en place de l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur est généralement organisée dans l'ensemble des secteurs d'activité dès l'entrée. Des informations pour le patient sont dans le livret d'accueil. L'éducation à la douleur pour les patients commence à se structurer. Elle est actuellement réalisée de façon individuelle et ponctuelle, en fonction des pathologies par l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux qui l'éduquent oralement sur la gradation de la douleur. Le programme d'éducation thérapeutique à la douleur n'est pas établi.
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 94 % avec un intervalle de confiance à 95 % de [88 %-99 %] pour la campagne 2011.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Une évaluation de la douleur est effectuée par les professionnels, afin de vérifier l'efficacité d'un traitement qui est ajusté en fonction des évaluations. Ces modifications de traitement sont tracées dans les dossiers.

Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	En grande partie	L'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (nouveau-né, patient atteint d'Alzheimer, personne âgée et patient en fin de vie) est basée sur une analyse globale de leur comportement. Toutefois, les professionnels ne disposent pas d'outils, et n'ont pas reçu de formations concernant l'utilisation des échelles spécifiques à cette évaluation.
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.	En grande partie	Pour s'assurer de l'appropriation et de l'utilisation des outils mis à disposition des professionnels, les cadres de proximité réalisent des actions d'évaluation des dossiers et des « quicks audits ». Toutefois, les outils d'évaluations des patients non communicants n'étant pas en place, leur appropriation n'a pu être évaluée.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	Pour évaluer la qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur, l'établissement recueille l'indicateur « Prise en charge de la douleur ». Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluations, en particulier l'analyse de l'item douleur des questionnaires de satisfaction du patient, des audits ciblés menés par le CLUD, ainsi qu'une EPP sur la prise en charge de la douleur postopératoire en ambulatoire.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Des actions d'amélioration ont été identifiées, en cohérence avec les résultats des évaluations : - besoin d'étendre les formations sur la prise en charge de la douleur, suite aux résultats des enquêtes de satisfaction menées auprès du personnel ; - rédaction des protocoles anesthésiques, avec introduction systématique d'antalgique majeur en peropératoire, suite à l'EPP sur la prise en charge de la douleur en postopératoire dans le service d'ambulatoire ; - prescription systématique d'antalgique à heure fixe, notée sur l'ordonnance de sortie. Le suivi de la mise en œuvre de ces actions correctives est assuré par le comité de gestion des risques en lien avec le CLUD.

<p>L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement partage ses expériences avec un réseau de cancérologie, de soins palliatifs et de gériatrie (OSMOSE). Au niveau local, une réunion a eu lieu avec l'institut Gustave Roussy, pour un accord de collaboration et de prise en charge de patients douloureux et le suivi des patients transférés. Au niveau national, une veille documentaire lui permet d'être informé sur les nouveautés et les recommandations des sociétés savantes en matière de prise en charge de la douleur.</p>
--	------------	--

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

L'établissement a défini une stratégie de prise en charge de la douleur. Cette politique, décrite dans le projet d'établissement en concertation avec le CLUD, répond à ses orientations stratégiques. Pour la déployer, le CLUD, qui existe depuis 2000, a élaboré un programme d'activité qui décrit ses objectifs à partir de l'identification des prises en charge de la douleur, et cela par service. Les membres du CLUD (médecins, anesthésistes, pharmaciens, sages-femmes, infirmières de chirurgie, de médecine, de cancérologie, de salle de réveil et les psychologues) assurent le relais des formations et des informations des professionnels des services. Le CLUD fait un bilan annuel de ses activités.

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

Oui

Des protocoles sont définis et adaptés aux différents types de prise en charge (neurogène, postopératoire, en soins palliatifs, en cancérologie) et aux patients (adultes, enfants, patients non communicants). Ils sont réactualisés en fonction des besoins, et adaptés à la prévention des douleurs liées aux actes diagnostiques et algiques (MEOPA, ANTALYS). Des protocoles non médicamenteux sont aussi en

	Oui	place, comme ceux concernant la relaxation, le massage des bébés, le shiatsu en maternité, la musicothérapie en SRR. Ils sont rédigés par les professionnels, et validés pendant les réunions du CLUD. Leur accessibilité est facilitée dans les services sur intranet.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Les besoins de formation sur la prise en charge de la douleur ont été identifiés par l'établissement, listés dans un plan d'action et programmés dans le plan de formation 2012. Ils sont organisés soit en interne par des professionnels, soit par des organismes de formation. En mai 2012, le personnel a déjà bénéficié d'une formation sur la prise en charge de la douleur et sur l'utilisation des différents outils d'évaluation. Des supports de formations existent.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	La mise en place de l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur est généralement organisée dans l'ensemble des secteurs d'activité dès l'entrée. Des informations pour le patient sont dans le livret d'accueil. L'éducation à la douleur pour les patients commence à se structurer. Elle est actuellement réalisée de façon individuelle et ponctuelle, en fonction des pathologies par l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux qui l'éduque oralement sur la graduation de la douleur. Le programme d'éducation thérapeutique à la douleur n'est pas établi.
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 94 % avec un intervalle de confiance à 95 % de [88 %-99 %] pour la campagne 2011.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Une évaluation de la douleur est effectuée par les professionnels pour vérifier l'efficacité d'un traitement, ajusté en fonction des évaluations. Ces modifications de traitement sont tracées dans les dossiers.

Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	En grande partie	L'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (nouveau-né, patient atteint d'Alzheimer, personne âgée et patient en fin de vie) est basée sur une analyse globale de leur comportement. Toutefois, les professionnels ne disposent pas d'outils, et n'ont pas reçu de formations concernant l'utilisation des échelles spécifiques à cette évaluation.
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.	En grande partie	Pour s'assurer de l'appropriation et de l'utilisation des outils mis à disposition des professionnels, les cadres de proximité réalisent des actions d'évaluation des dossiers et des « quicks audits ». Toutefois, les outils d'évaluations des patients non communicants n'étant pas en place, leur appropriation n'a pu être évaluée.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	Pour évaluer la qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur l'établissement recueille l'indicateur « Prise en charge de la douleur ». Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluations, en particulier l'analyse de l'item douleur des questionnaires de satisfaction du patient, des audits ciblés menés par le CLUD, ainsi qu'une EPP sur la prise en charge de la douleur postopératoire en ambulatoire.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Des actions d'amélioration ont été identifiées en cohérence avec les résultats des évaluations : - besoin d'étendre les formations sur la prise en charge de la douleur, suite aux résultats des enquêtes de satisfaction menées auprès du personnel ; - rédaction des protocoles anesthésiques, avec introduction systématique d'antalgique majeur en peropératoire, suite à l'EPP sur la prise en charge de la douleur en postopératoire dans le service d'ambulatoire ; - prescription systématique d'antalgique à heure fixe notée sur l'ordonnance de sortie. Le suivi de la mise en œuvre de ces actions correctives est assuré par le comité de gestion des risques en lien avec le CLUD.

<p>L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement partage ses expériences avec un réseau de cancérologie, de soins palliatifs et de gériatrie (OSMOSE). Au niveau local, une réunion a eu lieu avec l'institut Gustave Roussy pour un accord de collaboration, et de prise en charge de patients douloureux et le suivi des patients transférés. Au niveau national, une veille documentaire lui permet d'être informé sur les nouveautés et les recommandations des sociétés savantes en matière de prise en charge de la douleur.</p>
--	------------	--

Référence 13: La fin de vie

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

L'établissement dispose d'une autorisation de 4 lits de soins palliatifs sur le secteur MCO (site de Clamart). L'organisation de cette prise en charge est décrite dans le projet d'établissement et dans une « Réflexion autour des soins de suite et des soins palliatifs » rédigée en septembre 2012. Elle décrit les objectifs, les acteurs clé et les moyens mis en œuvre pour la prise en charge des soins de fin de vie. Des moyens sont mis en place, et des compétences professionnelles ont été développées pour cette prise en charge : suivi psychologique, prise en charge sociale, diététique et nutritionnelle, kinésithérapie, prise en charge de la douleur (médicaments, radiothérapie antalgique), accompagnement et réflexion éthique, et le traitement des pathologies associées (escarres, infections, détresse respiratoire, état dépressif, troubles du sommeil). L'établissement adhère à un réseau de soins palliatifs. Mais les processus ou circuits, en cohérence avec l'organisation globale de l'établissement (recrutement des patients) ainsi que les outils d'analyse de fonctionnement (indicateurs), ne sont pas décrits.

	En grande partie	
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 l'identité de la personne de confiance, ainsi que la possibilité pour le patient de voir tracer dans son dossier le recueil de directives anticipées s'il souhaite en formuler. Le patient en est informé par l'intermédiaire du livret d'accueil, et ces points sont repris si nécessaire par le médecin si le patient en fait la demande. Lorsqu'elles sont rédigées, ces directives anticipées sont scannées et intégrées au dossier informatisé. Les soignants tracent dans le dossier la présence de ces directives anticipées.
Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	En grande partie	Le refus des traitements, leur limitation et le recueil de directives anticipées sont évoqués dans le livret d'accueil. Ces points sont abordés si nécessaire avec le patient ou son entourage au décours de la prise en charge. Toutefois, il n'y a pas de dispositif d'information structuré comportant des cibles, des objectifs, et des supports d'information.
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.	Oui	Dès l'admission et au cours de l'hospitalisation, le médecin définit et met en place le projet de prise en charge du patient et de ses proches, en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire. Le projet est tracé dans le dossier. La réévaluation des stratégies de soins est systématiquement évoquée lors des réunions pluriprofessionnelles hebdomadaires. Les psychologues assurent le soutien et l'accompagnement des proches, et du personnel si nécessaire. Le plan de formation annuel prévoit une formation aux soins palliatifs (dix soignants formés en 2012).

<p>Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.</p>	<p>Oui</p>	<p>Un médecin, une IDE et une psychologue sont titulaires du diplôme universitaire de soins palliatifs. Des formations annuelles à la démarche palliative sont prévues au plan de formation (accompagnement et fin de vie), et des formations courtes sur des thèmes relatifs à la prise en charge palliative (loi Leonetti, la sédation, le deuil, l'accompagnement des familles, la détresse respiratoire, les hémorragies en phase terminale, la dyspnée en soins palliatifs, le burn-out, etc.) sont dispensées aux professionnels concernés lors des staffs hebdomadaires par l'équipe en charge des soins palliatifs.</p>
<p>Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des réunions hebdomadaires pluriprofessionnelles regroupant les médecins, la coordinatrice des soins, les infirmiers, les aides-soignants, les agents de service hospitalier, la secrétaire médicale et les psychologues sont en place dans les services accueillant des patients en fin de vie. Au cours de ces réunions, les situations complexes de prise en charge de patients sont abordées. Elles permettent d'inscrire les prises de décisions dans un cadre collégial, et d'assurer par tous la compréhension des enjeux et des objectifs poursuivis.</p>
<p>Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les réunions hebdomadaires permettent un soutien régulier des soignants confrontés à des prises en charge complexes. En cas de crise, n'importe quel membre de l'équipe quelle que soit sa fonction peut s'adresser directement au médecin ou aux psychologues, qui soit peuvent répondre à leurs interrogations si elles sont individuelles, soit provoquent une réunion d'équipe s'ils jugent que la situation le nécessite. L'équipe mobile de soins palliatifs est rapidement mobilisable pour apporter son soutien aux équipes. La psychologue vient deux fois par semaine, très tôt le matin, afin de rencontrer les équipes de nuit.</p>
<p>Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.</p>	<p>Oui</p>	<p>Il existe, au sein du comité qualité sécurité du patient, une veille sanitaire et réglementaire. Les professionnels sont informés, lors de réunions de formation-information, des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin</p>

	Oui	de vie. Des supports écrits de la formation, les textes de loi et de la documentation sont en ligne sur le site intranet. Dans les équipes plus particulièrement en charge des soins palliatifs, les aspects légaux des prises en charge sont abordés régulièrement au cours des réunions de service.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'établissement a signé une convention avec une association de bénévoles formés aux soins palliatifs et à la fin de vie. Une information de leur présence est faite dans le livret d'accueil.
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'évaluation de la prise en charge de fin de vie est effectuée lors des réunions pluriprofessionnelles hebdomadaires. Sont présents à ces réunions les médecins référents des patients, les référentes de soins, les psychologues, la secrétaire médicale. Un des médecins présents est vice-président de la CME, et un autre est animateur du groupe de réflexion éthique et coordonnateur de l'équipe mobile soins palliatifs.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	Les réunions hebdomadaires de service et les groupes de réflexion éthique abordent les questions liées à la limitation ou à l'arrêt des traitements. La trace de cette réflexion est retrouvée dans le dossier du patient.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	Lors des réunions hebdomadaires, les difficultés rencontrées lors de la gestion d'un problème, d'une difficulté avec une famille ou lors d'un décès ou l'analyse des événements indésirables sont abordées, et contribuent à la mise en place d'actions d'amélioration : création de l'équipe mobile de soins palliatifs, mise en place d'un groupe de réflexion éthique, de groupes de parole, formations sur des thèmes proposés par les soignants.

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.

En grande partie

L'organisation de cette prise en charge est décrite dans le projet d'établissement et dans une « Réflexion autour des soins de suite et des soins palliatifs », rédigée en septembre 2012. Elle décrit les objectifs, les acteurs clé et les moyens mis en œuvre pour la prise en charge des soins de fin de vie. Des moyens sont mis en place, et des compétences professionnelles ont été développées pour cette prise en charge : suivi psychologique, prise en charge sociale, diététique et nutritionnelle, kinésithérapie, prise en charge de la douleur (médicaments, radiothérapie antalgique), accompagnement et réflexion éthique, et le traitement des pathologies associées (escarres, infections, détresse respiratoire, état dépressif, troubles du sommeil). L'établissement adhère à un réseau de soins palliatifs. Mais les processus ou circuits, en cohérence avec l'organisation globale de l'établissement (recrutement des patients) ainsi que les outils d'analyse de fonctionnement (indicateurs), ne sont pas décrits.

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 l'identité de la personne de confiance, ainsi que la possibilité pour le patient de voir tracer, dans son dossier, le recueil de directives anticipées s'il souhaite en formuler. Le patient en est informé par l'intermédiaire du livret d'accueil, et ces points sont repris si nécessaire par le médecin si le patient en fait la demande. Lorsqu'elles sont rédigées, ces directives anticipées sont scannées et intégrées au dossier informatisé. Les soignants tracent dans le dossier la présence de ces directives anticipées.
Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	En grande partie	Le refus des traitements, leur limitation et le recueil de directives anticipées sont évoqués dans le livret d'accueil. Ces points sont abordés si nécessaire avec le patient ou son entourage au décours de la prise en charge. Toutefois, il n'y a pas de dispositif d'information structuré comportant des cibles, des objectifs, et des supports d'information.
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.	Oui	Dès l'admission et au cours de l'hospitalisation, le médecin définit et met en place le projet de prise en charge du patient et de ses proches, en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire. Le projet est tracé dans le dossier. La réévaluation des stratégies de soins est systématiquement évoquée lors des réunions pluriprofessionnelles hebdomadaires. Les psychologues assurent le soutien et l'accompagnement des proches, et du personnel si nécessaire. Le plan de formation annuel prévoit une formation aux soins palliatifs (dix soignants formés en 2012).
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Un médecin, une IDE et une psychologue sont titulaires du diplôme universitaire de soins palliatifs. Des formations annuelles à la démarche palliative sont prévues au plan de formation (accompagnement et fin de vie), et des formations courtes sur des thèmes relatifs à la prise en charge palliative (loi Leonetti, la sédation, le deuil, l'accompagnement des familles, la détresse respiratoire, les hémorragies en phase terminale, la dyspnée en soins palliatifs, le burn-out, etc.)

	Oui	sont dispensées aux professionnels concernés, lors des staffs hebdomadaires par l'équipe en charge des soins palliatifs.
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Des réunions hebdomadaires pluriprofessionnelles regroupant les médecins, la coordinatrice des soins, les infirmiers, les aides-soignants, les agents de service hospitalier, la secrétaire médicale et les psychologues sont en place dans les services accueillant des patients en fin de vie. Au cours de ces réunions, les situations complexes de prise en charge de patients sont abordées. Elles permettent d'inscrire les prises de décisions dans un cadre collégial, et d'assurer par tous la compréhension des enjeux et des objectifs poursuivis.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	Les réunions hebdomadaires permettent un soutien régulier des soignants confrontés à des prises en charge complexes. En cas de crise, n'importe quel membre de l'équipe, quelle que soit sa fonction, peut s'adresser directement au médecin ou aux psychologues, qui soit peuvent répondre à leurs interrogations si elles sont individuelles, soit provoquent une réunion d'équipe s'ils jugent que la situation le nécessite. L'équipe mobile de soins palliatifs est rapidement mobilisable pour apporter son soutien aux équipes. La psychologue vient deux fois par semaine, très tôt le matin, pour rencontrer les équipes de nuit.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	Il existe, au sein du comité qualité sécurité du patient, une veille sanitaire et réglementaire. Les professionnels sont informés, lors de réunions de formation-information, des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie. Des supports écrits de la formation, les textes de loi et de la documentation sont en ligne sur le site intranet. Dans les équipes plus particulièrement en charge des soins palliatifs, les aspects légaux des prises en charge sont abordés régulièrement au cours des réunions de service.

L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'établissement a signé une convention avec une association de bénévoles formés aux soins palliatifs et à la fin de vie. Une information de leur présence est faite dans le livret d'accueil.
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'évaluation de la prise en charge de fin de vie est effectuée lors des réunions pluriprofessionnelles hebdomadaires. Sont présents à ces réunions les médecins référents des patients, les référentes de soins, les psychologues, la secrétaire médicale. Un des médecins présents est vice-président de la CME et un autre est animateur du groupe de réflexion éthique et coordonnateur de l'équipe mobile soins palliatifs.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	Les réunions hebdomadaires de service et les groupes de réflexion éthique abordent les questions liées à la limitation ou à l'arrêt des traitements. La trace de cette réflexion est retrouvée dans le dossier du patient.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	Lors des réunions hebdomadaires, les difficultés rencontrées lors de la gestion d'un problème, d'une difficulté avec une famille ou lors d'un décès, ou l'analyse des événements indésirables sont abordées, et contribuent à la mise en place d'actions d'amélioration : création de l'équipe mobile de soins palliatifs, mise en place d'un groupe de réflexion éthique, de groupes de parole, formations sur des thèmes proposés par les soignants.

PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

Deux guides sont formalisés pour les dossiers patients, papier et informatique. Les procédures intitulées « Procédure d'utilisation EPIONNE » et « Guide pratique du dossier du patient » intègrent les rôles et responsabilités des professionnels, les règles de confidentialité, de composition, d'utilisation, de communication, d'évaluation et d'archivage. Les règles de tenue du dossier sont accessibles aux professionnels concernés sur intranet (logiciel de gestion documentaire).

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 œuvre un processus d'information des professionnels et des intervenants extérieurs. Il existe une procédure de gestion du dossier patient intitulée « Guide pratique du dossier du patient » qui précise les règles d'accès au dossier pour les professionnels. Selon des critères d'habilitation sur la partie informatisée « Guide du dossier patient informatisé », les modalités d'accès sont définies et formalisées. La procédure est accessible à tous les professionnels concernés.

	Oui	
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 de 92 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [89 %–94 %] pour la campagne de recueil 2011.
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.	En grande partie	Les règles de communication du dossier entre les professionnels de l'établissement, ainsi qu'en direction des correspondants externes, sont précisées dans la procédure « Guide pratique du dossier du patient ». L'établissement travaille avec l'outil « trajectoire ». Pour les patients transférés en SRR sur le site de Clamart, l'outil informatique permet le partage de toutes les informations. Pour les autres patients, les documents sont adressés aux correspondants externes sous plis ou en messagerie cryptée. Toutefois, les courriers et les traitements de sortie ne sont pas toujours intégrés (IPAQS 60 % courrier, 76 % traitement).
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 œuvre d'autres modalités d'évaluation : audits mensuels reprenant les thèmes des IPAQSS, des quicks audits (présence d'IMC, administration des médicaments, résultats transmissions ciblées, recueil des données,) réalisés par la responsable de l'informatisation.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Les évaluations suite aux IPAQSS sont analysées en CQGDR et présentées en CODIR. Ces analyses font l'objet d'informations et de sensibilisations auprès des professionnels. Des actions d'amélioration sont mises en place, et intégrées dans un plan d'action avec un suivi, un référent et un échéancier.

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

Deux guides sont formalisés pour les dossiers patients, papier et informatique. Les procédures intitulées « Procédure d'utilisation EPIONNE » et « Guide pratique du dossier du patient » intègrent les rôles et responsabilités des professionnels, les règles de confidentialité, de composition, d'utilisation, de communication, d'évaluation et d'archivage. Les règles de tenue du dossier sont accessibles aux professionnels concernés sur intranet (logiciel de gestion documentaire).

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 œuvre un processus d'information des professionnels et des intervenants extérieurs. Il existe une procédure de gestion du dossier patient intitulée « Guide pratique du dossier du patient » qui précise les règles d'accès au dossier pour les professionnels. Selon des critères d'habilitation sur la partie informatisée « Guide du dossier patient informatisé », les modalités d'accès sont définies et formalisées. La procédure est accessible à tous les professionnels concernés.

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 de 97 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [96 %–98 %] pour la campagne de recueil 2011.
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	Les règles de communication du dossier entre les professionnels de l'établissement, ainsi qu'en direction des correspondants externes, sont précisées dans la procédure « Guide pratique du dossier du patient ». L'établissement travaille avec l'outil « trajectoire ». Pour les patients transférés en SRR sur le site de Clamart, l'outil informatique permet le partage de toutes les informations. Pour les autres patients, les documents sont adressés aux correspondants externes sous plis ou en messagerie cryptée.
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 œuvre d'autres modalités d'évaluation : audits mensuels reprenant les thèmes des IPAQSS, des quicks audits (présence d'IMC, administration des médicaments, résultats transmissions ciblées, recueil des données) réalisés par la responsable de l'informatisation.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Les évaluations suite aux IPAQSS sont analysées en CQGDR et présentées en CODIR. Ces analyses font l'objet d'informations et de sensibilisations auprès des professionnels. Des actions d'amélioration sont mises en place et intégrées dans un plan d'action avec un suivi, un référent et un échéancier.

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'accès du patient à son dossier est organisé.

Oui

L'établissement organise l'accès du patient à son dossier conformément à la réglementation. Les modalités d'accès au dossier sont définies dans la procédure « Guide pratique du dossier patient » qui décline les modalités d'accès du patient ou de ses ayants droit au dossier. Cette procédure est validée et connue des professionnels (mise en ligne sur le logiciel de gestion documentaire).

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement met en œuvre un processus d'information du patient sur les droits d'accès à son dossier déployé par un système d'information sur écran dans les halls des deux structures. 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, ainsi que sur le site intranet de l'établissement, où le patient peut télécharger le formulaire de demande de dossier. Une rencontre avec le médiateur est proposée au patient si besoin.

L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	Oui	Les assistantes de direction de Meudon et de Clamart sont garantes du respect des délais d'accès du patient à son dossier. Les délais d'accès et/ou de communication du dossier du patient sont conformes aux règles en vigueur (compte-rendu CRU). Un tableau de bord permet de suivre le respect de la réglementation. Des indicateurs de suivi sont mis en place par la CRU.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients est étudiée à chaque réunion CRU. Les délais d'accès et/ou de communication du dossier du patient sont conformes aux règles en vigueur. L'analyse du tableau de bord permet si besoin de mettre en place des actions d'amélioration.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	La CRU est informée annuellement du nombre de demandes ainsi que les délais de transmission des dossiers. Les dossiers sont analysés selon le type de demande. Ces informations figurent dans les bilans présentés à la CRU, et sont envoyées en fin d'année à l'ARS Île-de-France.

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 « Guide pratique du dossier patient » qui décline les modalités d'accès du patient ou de ses ayants droit au dossier. Cette procédure est validée et connue des professionnels (mise en ligne sur le logiciel de gestion documentaire).

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement met en œuvre un processus d'information du patient sur les droits d'accès à son dossier déployé par un système d'information sur écran dans les halls des deux structures. 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, ainsi que sur le site intranet de l'établissement, où le patient peut télécharger le formulaire de demande de dossier. Une rencontre avec le médiateur est proposée au patient si besoin.

L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	Oui	Les assistantes de direction de Meudon et de Clamart sont garantes du respect des délais d'accès du patient à son dossier. Les délais d'accès et/ou de communication du dossier du patient sont conformes aux règles en vigueur (compte-rendu CRU). Un tableau de bord permet de suivre le respect de la réglementation. Des indicateurs de suivi sont mis en place par la CRU.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients est étudiée à chaque réunion CRU. Les délais d'accès et/ou de communication du dossier du patient sont conformes aux règles en vigueur. L'analyse du tableau de bord permet si besoin de mettre en place des actions d'amélioration.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	La CRU est informée annuellement du nombre de demandes ainsi que des délais de transmission des dossiers. Les dossiers sont analysés selon le type de demande. Ces informations figurent dans les bilans présentés à la CRU, et sont envoyées en fin d'année à l'ARS Île-de-France.

Référence 15: l'identification du patient

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



Cotation		
B		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
<p>Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient, à toutes les étapes de sa prise en charge, sont définis.</p>	Oui	<p>Une cellule d'identitovigilance existe depuis juillet 2011. La responsable de l'identitovigilance est la directrice des soins (responsable qualité/gestion des risques). Le groupe de travail a élaboré un règlement intérieur, de nombreuses procédures sont en place : règles de vérification d'identité au préadmission et à l'admission, règles d'écriture, gestion des doublons, fusionnement des dossiers, identification lors des soins. La photo du patient est insérée dans le dossier informatisé. Le règlement intègre la mise en place de formation. L'établissement a décidé depuis de nombreuses années de poser un bracelet à tous les patients. Le directeur et l'attaché de direction responsable informatique définissent les droits d'accès au dossier informatisé (procédure).</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
<p>Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.</p>	En grande partie	<p>Les personnels de l'accueil administratif et les professionnels de santé ont été informés et sensibilisés, lors de nombreuses réunions d'information (compte-rendu) organisées par la référente identitovigilance et l'attaché de</p>

	En grande partie	<p>direction, à la surveillance et la prévention des erreurs d'identification. Les informations sur l'identitovigilance sont parues dans le journal interne, et mises en ligne sur l'intranet de la clinique.</p> <p>Toutefois, la mise en place de la cellule est récente, les brancardiers ont été formés en 2012 ; les formations des autres professionnels sont inscrites dans le programme pour fin 2012 et 2013.</p>
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	<p>Lors de l'enregistrement d'un patient, circuit urgences, circuit préadmission, admissions programmées, les photocopies des cartes vitales, mutuelles sont réalisées, une pièce d'identité est demandée, une photographie est prise (avec accord du patient) et insérée dans le dossier. Les secrétaires suivent le protocole d'enregistrement du patient et le protocole de saisie de l'identité. Elle recherche ensuite une éventuelle hospitalisation antérieure pour attribuer au patient son numéro IPP initialement créé. Dans le cas d'un nouveau patient, des règles de saisie de l'identité sont définies dans le protocole « Création d'identité-règles de saisie ». En cas d'erreurs, elles suivent le protocole « Gestion des doublons ».</p>
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	Oui	<p>Une vérification de l'identité du patient est demandée avant chaque acte diagnostique et thérapeutique par le personnel soignant, les praticiens (check-list bloc et endoscopie), les brancardiers, les intervenants extérieurs (laboratoire, radiologie, etc.). Cette vérification s'effectue en s'enquérant de l'identité du patient à travers une question ouverte (rappelez-moi votre nom). Tous les patients portent un bracelet.</p> <p>Les protocoles de soins précisent que chaque intervenant doit s'assurer de l'identification avant tout acte de soin.</p> <p>Chaque document du dossier papier du patient est identifié par une étiquette mentionnant le nom, le prénom, le sexe, la</p>

	Oui	date de naissance, le numéro IPP, la chambre et le service. La vérification de l'identité est tracée pour les actes diagnostiques et thérapeutiques.
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.	Partiellement	<p>L'analyse des fiches d'événements indésirables concernant l'identitovigilance a permis d'identifier des actions d'amélioration (note de service, réunions de sensibilisation, mise en place d'audits).</p> <p>Des audits sur les doublons et la check-list (2011) ont été réalisés (actions mises en place au conseil de bloc). La programmation des audits avec indicateurs de suivi est intégrée dans le programme qualité.</p> <p>Toutefois, la mise en place récente de la cellule n'a pas permis de structurer entièrement le dispositif d'évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - réalisation de tous les audits permettant l'évaluation de l'identification du patient à toutes les étapes ; - coordination et suivi de la mise en œuvre des actions d'amélioration avec un référent et un échéancier, intégré au programme global de la qualité/gestion des risques.

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

Une cellule d'identitovigilance existe depuis juillet 2011. La responsable de l'identitovigilance est la directrice des soins (responsable qualité/gestion des risques). Le groupe de travail a élaboré un règlement intérieur, de nombreuses procédures sont en place : règles de vérification d'identité au préadmission et à l'admission, règles d'écriture, gestion des doublons, fusionnement des dossiers, identification lors des soins. La photo du patient est insérée dans le dossier informatisé. Le règlement intègre la mise en place de formation. L'établissement a décidé depuis de nombreuses années de poser un bracelet à tous les patients. Le directeur et l'attaché de direction responsable informatique définissent les droits d'accès au dossier informatisé (procédure).

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 personnels de l'accueil administratif et les professionnels de santé ont été informés et sensibilisés, lors de nombreuses réunions d'information (compte-rendu), organisées, par la référente identitovigilance et l'attaché de

	En grande partie	<p>direction, à la surveillance et la prévention des erreurs d'identification. Les informations sur l'identitovigilance sont parues dans le journal interne, et mises en ligne sur l'intranet de la clinique.</p> <p>Toutefois, la mise en place de la cellule est récente, les brancardiers ont été formés en 2012, les prochaines formations sont inscrites dans le programme pour fin 2012 et 2013.</p>
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	<p>Lors de l'enregistrement d'un patient, circuit urgences, circuit préadmission, admissions programmées, les photocopies des cartes vitales, mutuelles sont réalisées, une pièce d'identité est demandée, une photographie est prise (avec accord du patient) et insérée dans le dossier. Les secrétaires suivent le protocole d'enregistrement du patient et le protocole de saisie de l'identité. Elle recherche ensuite une éventuelle hospitalisation antérieure pour attribuer au patient son numéro IPP initialement créé. Dans le cas d'un nouveau patient, des règles de saisie de l'identité sont définies dans le protocole « Création d'identité-règles de saisie ». En cas d'erreurs, elles suivent le protocole « Gestion des doublons ».</p>
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	Oui	<p>Une vérification de l'identité du patient est demandée avant chaque acte diagnostique et thérapeutique par le personnel soignant, les praticiens (check-list bloc et endoscopie), les brancardiers, les intervenants extérieurs (laboratoire, radiologie, etc.). Cette vérification s'effectue en s'enquérant de l'identité du patient à travers une question ouverte (rappelez-moi votre nom). Tous les patients portent un bracelet.</p> <p>Les protocoles de soins précisent que chaque intervenant doit s'assurer de l'identification avant tout acte de soin.</p> <p>Chaque document du dossier papier du patient est identifié par une étiquette mentionnant le nom, le prénom, le sexe, la</p>

	Oui	date de naissance, le numéro IPP, la chambre et le service. La vérification de l'identité est tracée pour les actes diagnostiques et thérapeutiques.
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.	Partiellement	<p>L'analyse des fiches d'événements indésirables concernant l'identitovigilance a permis d'identifier des actions d'amélioration (note de service, réunions de sensibilisation, mise en place d'audits).</p> <p>Des audits sur les doublons et la check-list (2011) ont été réalisés (actions mises en place au conseil de bloc). La programmation des audits avec indicateurs de suivi est intégrée dans le programme qualité.</p> <p>Toutefois la mise en place récente de la cellule n'a pas permis de structurer entièrement le dispositif d'évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - réalisation de tous les audits permettant l'évaluation de l'identification du patient à toutes les étapes ; - coordination et suivi de la mise en œuvre des actions d'amélioration avec un référent et un échéancier, intégré au programme global de la qualité/gestion des risques.

PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

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

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

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

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

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

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

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

Critère 17.a - Court Séjour

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

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

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

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

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

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

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

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

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

Critère 18.a - Court Séjour

Continuité et coordination de la prise en charge des patients

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

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

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

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et d'astreintes sont définis, afin d'assurer la permanence des soins 24 h/24.	Oui	
Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes associées aux différents modes de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, temps plein) et avec les partenaires extérieurs.	Oui	
Des modalités de transmission d'information, entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs, sont définies.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les secteurs d'activité collaborent 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.	Partiellement	Les événements indésirables concernant la continuité et la coordination de la prise en charge sont traités, mais il n'y a pas d'évaluation globale ou périodique du dispositif.

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

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

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

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		
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 oeuvre.	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 - 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.	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		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 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.	Oui	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes démunies

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	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 - Court Séjour Troubles de l'état nutritionnel



Cotation		
	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les patients, ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique, sont identifiés.	Oui	
L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge, en lien avec le CLAN ou son équivalent.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.	Oui	
Les éléments, permettant le dépistage des troubles nutritionnels, sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » et de sa valeur de 96 % avec un intervalle de confiance [92 %–100 %] pour la campagne 2011.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur « Tenue du dossier patient ». Il a mis en œuvre une autre modalité d'évaluation, qui est une évaluation trimestrielle, par le comité gestion des risques de la prise en charge nutritionnelle.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

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



Cotation		
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 99 % avec un intervalle de confiance [96 %–100 %] pour la campagne 2011.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur « Tenue du dossier patient ». Il a mis en œuvre une autre modalité d'évaluation, qui est une évaluation trimestrielle, par le comité gestion des risques, de la prise en charge nutritionnelle.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.c - Court Séjour Risque suicidaire

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les patients présentant un risque suicidaire sont identifiés.	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.	En grande partie	
Tout suicide ou tentative de suicide, intervenant dans le temps de la prise en charge, fait l'objet d'une analyse pluriprofessionnelle, en particulier psychiatrique, et formalisée.	Oui	
Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient.	En grande partie	

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.	Non	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.d Hospitalisation sans consentement

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

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

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

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient est formalisée, et intégrée à la politique qualité et gestion des risques de l'établissement. Une responsable a été identifiée. La politique d'amélioration comporte des objectifs précis en matière de sécurisation, et des indicateurs de suivi (formation des professionnels, événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse, pourcentage de lits bénéficiant d'une délivrance nominative, taux de consommation, etc.). La politique tient compte des engagements pris dans le CBUM, des décisions de la certification, de la prévention des risques (les médicaments et patients à risque sont identifiés). La formation des nouveaux arrivants (médecins et infirmiers) au logiciel de prescription est prévue dans les procédures de recrutement (les nouveaux professionnels bénéficient de la formation juste avant leur prise effective de service).

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.	Oui	Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est défini, intégré au système d'information de l'établissement, et l'informatisation a été déployée dans la totalité des services MCO hormis le service de chirurgie ambulatoire.
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	Plusieurs outils d'aide à la prescription et à l'administration validés sont à la disposition des prescripteurs et des soignants sur le site intranet : livret thérapeutique, guides d'antibiothérapie et d'antibioprophylaxie, Vidal en version papier et version informatique, procédures et protocoles, liste des génériques. Le logiciel informatique permet de faire une recherche d'interactions médicamenteuses lors de la prescription.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	Au moment de la visite, 31 % des IDE avaient été formées à la sécurisation du circuit du médicament et au risque d'erreurs médicamenteuses. Les professionnels sont sensibilisés par les pharmaciens au risque d'erreurs médicamenteuses (produits présentant une similitude, comprimés non sécables et non broyables, administration des formes injectables et étiquetage des préparations injectables, règle des 5B, vérification de l'identité, etc.). Une EPP concernant la sécurisation du circuit du médicament et la pertinence de la prescription des antibiotiques a été menée. Lors du déploiement de l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse, les praticiens et infirmiers ont bénéficié d'une formation axée sur les erreurs médicamenteuses.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est en place, et effective sur la totalité des services MCO hormis le service de chirurgie ambulatoire et d'obstétrique.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

<p>Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.</p>	<p>Oui</p>	<p>La prise en charge médicamenteuse fait l'objet d'un suivi quantitatif et qualitatif par l'intermédiaire d'indicateurs et d'audits réguliers : vérification de la conformité des prescriptions aux recommandations, protocoles validés sur les médicaments à risques, dispensation des agent stimulants de l'érythropoëise, antibiotiques, consommations des DMI hors GHS, solutions hydro-alcooliques, etc.</p>
<p>Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.</p>	<p>Oui</p>	<p>Il existe un dispositif informatisé de recueil des erreurs médicamenteuses, et les professionnels rencontrés lors de la visite le connaissent et savent l'utiliser. Ce recueil d'erreurs est analysé par la gestionnaire des risques, les pharmaciennes et les professionnels concernés.</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>Suite aux évaluations, des actions d'amélioration sont mises en œuvre, suivies et coordonnées : informatisation des prescriptions, rédaction des protocoles de prescription, système mis en place pour la réévaluation de la prescription des antibiotiques entre la 24e et la 72e heure, durée de prescription obligatoire, mise en place d'étiquettes pour les préparations injectables, courrier adressé à tous les prescripteurs pour homogénéiser les pratiques de prescription. La rétro-information des professionnels est assurée.</p>

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient est formalisée, et intégrée à la politique qualité et gestion des risques de l'établissement. Une responsable a été identifiée. La politique d'amélioration comporte des objectifs précis en matière de sécurisation, et des indicateurs de suivi (formation des professionnels, événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse, pourcentage de lits bénéficiant d'une délivrance nominative, taux de consommation, etc.). La politique tient compte des décisions de la certification, de la prévention des risques (les médicaments et patients à risque sont identifiés). La formation des nouveaux arrivants (médecins et infirmiers) au logiciel de prescription est prévue dans les procédures de recrutement (les nouveaux professionnels bénéficient de la formation juste avant leur prise effective de service).

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

Oui

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est défini, intégré au système d'information de l'établissement, et l'informatisation a été déployée dans la totalité du service SSR.

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	Plusieurs outils d'aide à la prescription et à l'administration validés sont à la disposition des prescripteurs et des soignants sur le site intranet : livret thérapeutique, guides d'antibiothérapie et d'antibioprophylaxie, Vidal en version papier et version informatique, procédures et protocoles, liste des génériques. Le logiciel informatique permet de faire une recherche d'interactions médicamenteuses lors de la prescription.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	Au moment de la visite, 31 % des IDE avaient été formées à la sécurisation du circuit du médicament et au risque d'erreurs médicamenteuses. Les professionnels sont sensibilisés par les pharmaciens au risque d'erreurs médicamenteuses (produits présentant une similitude, comprimés non sécables et non broyables, administration des formes injectables et étiquetage des préparations injectables, règle des 5B, vérification de l'identité, etc.). Une EPP concernant la sécurisation du circuit du médicament et la pertinence de la prescription des antibiotiques a été menée. Lors du déploiement de l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse, les praticiens et infirmiers ont bénéficié d'une formation axée sur les erreurs médicamenteuses.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est en place et effective sur la totalité du service SSR.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Oui	La prise en charge médicamenteuse fait l'objet d'un suivi quantitatif et qualitatif par l'intermédiaire d'indicateurs et d'audit réguliers : vérification de la conformité des prescriptions aux recommandations, protocoles validés sur les médicaments à risques, dispensation d'agent stimulant de l'érythropoïèse, antibiotiques, solutions hydro-alcooliques, etc.

<p>Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.</p>	<p>Oui</p>	<p>Il existe un dispositif informatisé de recueil des erreurs médicamenteuses, et les professionnels rencontrés lors de la visite le connaissent et savent l'utiliser. Ce recueil d'erreurs est analysé par la gestionnaire des risques, les pharmaciennes et les professionnels concernés.</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>Suite aux évaluations, des actions d'amélioration sont mises en œuvre, suivies et coordonnées : informatisation des prescriptions, rédaction des protocoles de prescription, système mis en place pour la réévaluation de la prescription des antibiotiques entre la 24e et la 72e heure, durée de prescription obligatoire, mise en place d'étiquettes pour les préparations injectables, courrier adressé à tous les prescripteurs pour homogénéiser les pratiques de prescription. La rétro-information des professionnels est assurée.</p>

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.	Oui	Les règles de prescription sont formalisées, y compris pour les médicaments à risque. Le support de prescription informatique constitue un support unique de prescription et administration, et en chirurgie ambulatoire où le support de prescription reste un support papier ; il s'agit également d'un support unique prescription-administration. La liste des prescripteurs habilités est détenue à la pharmacie.
La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.	En grande partie	Dès l'admission, le patient est informé de la nécessité de transmettre son traitement personnel pour qu'il soit pris en compte et prescrit par le médecin. Le traitement personnel est récupéré à l'arrivée du patient, stocké dans une enveloppe nominative dans une armoire fermée à clé, et lui est remis au moment de sa sortie. Ce traitement personnel, ou ce qui doit en être conservé pendant l'hospitalisation, est prescrit dans le dossier informatique du patient par le médecin. Une vérification de la prise du traitement par le patient lui-même est faite par les infirmiers. Une prescription de sortie est donnée au patient, et le double est

	En grande partie	mis dans le dossier. La capacité du patient à gérer son traitement personnel (contraceptif oral par exemple) est évaluée par le médecin, et notée dans le dossier dans les services de médecine et chirurgie. Toutefois, cette évaluation n'est pas retrouvée dans le service d'obstétrique. L'indicateur IPAQSS « Tenue du dossier » est de 76 % pour la rédaction du traitement de sortie.
Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont définies.	Oui	L'établissement a formalisé l'organisation de l'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient qui est partielle en MCO. La délivrance reste en dotation globale pour la chirurgie et l'obstétrique, et nominative pour la moitié du secteur médecine. Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont définies dans le manuel qualité de la pharmacie. Des procédures définissant l'organisation sont en place : liste des personnes habilitées à prescrire, dotation pour besoins urgents, acheminement vers les unités de soins, conditionnement unitaire des médicaments le nécessitant. Il existe un manuel spécifique pour la chimiothérapie.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	Les règles d'administration des médicaments sont formalisées. Il existe des protocoles d'administration des médicaments à risques. Ces documents sont accessibles aux professionnels. Les médicaments à risques sont identifiés par un logo très visible dans les armoires à pharmacie.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	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 93 % pour la campagne 2011.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	L'analyse pharmaceutique et la délivrance nominative sont engagées sur l'ensemble de l'établissement. Elles sont effectives dans une partie du secteur médecine, mais pas sur le secteur chirurgie et obstétrique. La délivrance nominative est en place au niveau de la moitié des lits de médecine et en totalité en chimiothérapie.

Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	Oui	Le personnel de la pharmacie responsable de la préparation des anticancéreux a suivi une formation aux bonnes pratiques. Il existe une nouvelle unité centralisée de reconstitution des produits cytotoxiques, en conformité avec la réglementation. La préparation des produits anticancéreux est faite avec une double vérification.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Oui	Au cours de l'hospitalisation et avant la sortie, les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage de certains médicaments et dans les situations le nécessitant : chimiothérapie, insulinothérapie, produits morphiniques, anticoagulants, antalgiques, anti-inflammatoires. Il existe des plaquettes d'information à disposition des patients.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	Tous les services sont équipés d'ordinateurs portables qui permettent aux professionnels de tracer l'administration en temps réel dans le dossier patient informatisé. En chirurgie ambulatoire, le dossier n'est pas informatisé mais les prises sont tracées. La non-administration est tracée et justifiée. Toutefois, en service d'obstétrique, les experts-visiteurs ont constaté que les professionnels laissent le pilulier comprenant les trois prises quotidiennes dans la chambre des patientes, alors que leur aptitude à gérer seules leur traitement n'a pas été évaluée médicalement ni tracée dans leur dossier.
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	Des audits annuels ont été réalisés par les pharmaciens et l'encadrement soignant sur tout ou partie du circuit du médicament, notamment depuis le début du déploiement de l'informatisation. Ces audits ont également concerné la tenue des armoires à pharmacie et les chariots d'urgence. Des audits ponctuels sont faits par l'encadrement soignant sur la validation de l'administration en temps réel.

<p>Des actions, visant le bon usage des médicaments, sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).</p>	<p>Oui</p>	<p>Les rapports annuels du COMEDIMS font état de la diffusion, auprès des professionnels concernés, des actions à entreprendre concernant le bon usage des médicaments et la pertinence des prescriptions. Une enquête de prévalence et une EPP sur la pertinence de la prescription antibiotique, une EPP sur la pertinence de la prescription de la nutrition entérale ont été menées et permis d'améliorer les pratiques.</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

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les règles de prescription sont formalisées, y compris pour les médicaments à risque. Le support de prescription informatique constitue un support unique de prescription et administration sur l'ensemble du service SSR. La liste des prescripteurs habilités est détenue à la pharmacie.

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

Oui

Dès l'admission, le patient est informé de la nécessité de transmettre son traitement personnel pour qu'il soit pris en compte et prescrit par le médecin. Le traitement personnel est récupéré à l'arrivée du patient, stocké dans une enveloppe nominative dans une armoire fermée à clé, et lui est remis au moment de sa sortie. Ce traitement personnel, ou ce qui doit en être conservé pendant l'hospitalisation, est prescrit dans le dossier informatique du patient par le médecin. La capacité du patient à gérer son traitement personnel est évaluée par le médecin et notée dans le dossier. Une vérification de la prise du traitement par le patient lui-même est faite par les infirmiers. Une

	Oui	prescription de sortie est donnée au patient, et le double est mis dans le dossier. L'indicateur IPAQSS « Tenue du dossier » pour la rédaction du traitement de sortie est de 100 % en SSR.
Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont définies.	Oui	L'établissement a formalisé l'organisation de l'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient qui est totale en SSR. La délivrance est nominative dans le service SSR. Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont définies dans le manuel qualité de la pharmacie. Des procédures définissant l'organisation sont en place : liste des personnes habilitées à prescrire, dotation pour besoins urgents, acheminement vers les unités de soins, conditionnement unitaire des médicaments le nécessitant. Il existe un manuel spécifique pour la chimiothérapie.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	Les règles d'administration des médicaments sont formalisées. Il existe des protocoles d'administration des médicaments à risques. Ces documents sont accessibles aux professionnels. Les médicaments à risques sont identifiés par un logo très visible dans les armoires à pharmacie.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	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 2011.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	L'analyse pharmaceutique et la délivrance nominative sont effectives sur le secteur SSR.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	Oui	Le personnel de la pharmacie responsable de la préparation des anticancéreux a suivi une formation aux bonnes pratiques. Il existe une nouvelle unité centralisée de reconstitution des produits cytotoxiques, en conformité avec la réglementation. La préparation des produits

	Oui	anticancéreux est faite avec une double vérification.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Oui	Au cours de l'hospitalisation et avant la sortie, les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage de certains médicaments et dans les situations le nécessitant : insulinothérapie, produits morphiniques, anticoagulants, antalgiques, anti-inflammatoires. Il existe des plaquettes d'information à disposition des patients.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Le service est équipé d'ordinateurs portables qui permettent aux professionnels de tracer l'administration en temps réel dans le dossier patient informatisé. La non-administration est tracée et justifiée.
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	Des audits annuels ont été réalisés par les pharmaciens et l'encadrement soignant sur tout ou partie du circuit du médicament, notamment depuis le début du déploiement de l'informatisation. Ces audits ont également concerné la tenue des armoires à pharmacie et les chariots d'urgence. Des audits ponctuels sont faits par l'encadrement soignant sur la validation de l'administration en temps réel.
Des actions, visant le bon usage des médicaments, sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Les rapports annuels du COMEDIMS font état de la diffusion auprès des professionnels concernés des actions à entreprendre concernant le bon usage des médicaments et la pertinence des prescriptions. Une enquête de prévalence et une EPP sur la pertinence de la prescription antibiotique, une EPP sur la pertinence de la prescription de la nutrition entérale ont été menées et permis d'améliorer les pratiques.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

Cotation		A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA		Constats
L'établissement dispose d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, en vue notamment de réduire la morbi-mortalité évitable.	Oui		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA		Constats
Des données de référence, permettant une prescription conforme, sont mises à 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 oeuvre.	En grande partie	

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

Cotation		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 oeuvre.	En grande partie	

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

Critère 21.a - Court Séjour

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

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

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

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

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

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

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	
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		
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 - Court Séjour

Demande d'examen et transmission des résultats

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles de fonctionnement sont définies, en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les secteurs d'imagerie (y compris externalisés).	Oui	
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen d'imagerie médicale.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à 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 oeuvre.	Oui	
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité, avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.	Oui	

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

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

Cotation		
	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles de fonctionnement sont définies, en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les secteurs d'imagerie (y compris externalisés).	Oui	
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen d'imagerie médicale.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à 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 oeuvre.	Oui	
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité, avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.	Oui	

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

Critère 22.b Démarche qualité en service d'imagerie

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

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

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

Critère 23.a - Court Séjour Education thérapeutique du patient

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

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

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

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

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

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

Référence 24: La sortie du patient

Critère 24.a - Court Séjour
Sortie du patient



Cotation

B

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.	Partiellement	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » et de sa valeur de 60 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [49 %–71 %] pour la campagne 2011.
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 œuvre d'autres modalités d'évaluation (questionnaires aux correspondants externes en 2012, quicks audits de dossiers patients).
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

Référence 24: La sortie du patient

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » et de sa valeur de 96 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [92 %–100 %] pour la campagne 2011.
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 œuvre d'autres modalités d'évaluation (questionnaires aux correspondants externes en 2012).
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Oui	
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		B
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.	En grande partie	L'organisation du service des urgences est décrite, et figure dans le projet d'établissement. Les admissions des patients, les modalités d'accueil spécifiques (pédiatrie, psychiatrie, gérontologie) figurent dans le document d'organisation. Les modalités d'accueil des personnes vulnérables (handicapés, étrangers, démunis) ont été actualisées lors de la visite. La clinique fait partie du réseau des urgences du département des Hauts-de-Seine. Une convention constitutive (mars 2010) scelle ce partenariat. D'autres conventions avec certains établissements permettent la continuité de certaines prises en charge spécifiques (AVC, infarctus, pédiatrie). Il existe des réunions du service des urgences avec l'encadrement, mais la commission des urgences n'est pas réellement structurée.
Le recours aux avis spécialisés, permettant de répondre aux besoins des patients, est organisé et formalisé.	En grande partie	Le recours aux avis spécialisés (chirurgicaux essentiellement) est organisé (consultations d'urgence). Les plannings des gardes des spécialistes sont établis mensuellement et diffusés. Les modalités de transfert des patients vers les autres structures et vers les plateaux

	En grande partie	techniques sont formalisées. La réactualisation s'est effectuée pendant la visite. Les modalités de fonctionnement entre les services de spécialités (consultation) et les urgences ne sont pas rédigées.
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.).	En grande partie	Les circuits de prise en charge sont définis en fonction de la typologie des patients arrivants : valides, non valides, du degré d'urgence, et en fonction de certain type de populations spécifiques : enfant, personnes âgées, psychiatrie, et de certaines pathologies : AVC, infarctus. Les filières de prise en charge sont à formaliser. L'accueil des patients en fonction du degré d'urgence (identification par système de couleur de gommettes) est réalisé. Cependant, sa formalisation a été faite lors de la visite.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La disponibilité des lits d'hospitalisation est analysée en temps réel.	Oui	La gestion des lits d'hospitalisation en temps réel est réalisée trois fois par jour par un cadre soignant ; l'information est diffusée au service des urgences et dans les secteurs. Dans le service de chirurgie, trois lits sont réservés en permanence aux patients des urgences.
Les professionnels sont formés à l'accueil et à l'orientation des patients.	En grande partie	Une infirmière des urgences (3 ETP) a suivi la formation et l'orientation des patients en 2004. Toutefois, les plans de formation 2012-2013 ne prévoient pas de formation sur ce thème.
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).	Oui	Pour l'ensemble des spécialités chirurgicales de l'établissement (chirurgies viscérale, urologie, orthopédie ORL, oncologie, etc.), des consultations sont disponibles pour les patients urgents. Quotidiennement, trois lits réservés en service de chirurgie permettent l'accueil des patients urgents.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

<p>Le suivi des temps d'attente et de passage, selon le degré d'urgence, est en place.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les heures d'arrivée, d'attente et de sortie des patients, sont tracées en temps réel dans le dossier informatisé. L'établissement a réalisé, en 2009, une étude du délai d'attente des patients aux urgences (45 mn). En moyenne, trente patients sont admis par jour aux urgences. Le suivi des temps de passage se fait au fil de l'eau via le logiciel informatique par les professionnels. Toutefois, une révision périodique des délais d'attente et des temps de passage n'est pas organisée de façon systématique.</p>
<p>Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements sont réalisés.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le recueil des dysfonctionnements survenus aux urgences se fait depuis peu sur la fiche d'événements indésirables informatisée. L'analyse de ces dysfonctionnements est faite par la responsable des risques de l'établissement en relation avec les professionnels. L'infirmière référente a été sensibilisée lors d'une réunion au recueil des dysfonctionnements.</p>
<p>Les actions d'amélioration sont définies avec les professionnels ainsi que les représentants des usagers, et sont mises en oeuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les actions d'amélioration sont définies à partir de l'analyse des dysfonctionnements, par exemple après trois dysfonctionnements recensés (bornes d'appel des urgences nocturnes déficientes), mise en place d'une nouvelle signalisation pour les appels nocturnes. Les actions d'amélioration sont mises en place avec les professionnels concernés. La coordination et le suivi de la mise en œuvre des actions d'amélioration sont assurés par la gestionnaire des risques et le cadre supérieur de santé. Les plans d'action, mis en place aux urgences à la suite des dysfonctionnements, sont retrouvés dans le tableau de bord institutionnel de signalement et suivi des événements indésirables.</p>

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.a Organisation du bloc opératoire



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

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
<p>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.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les modalités de prise en charge du patient ont été identifiées dans le règlement intérieur de fonctionnement du bloc opératoire décrit dans la charte. Elle précise la prise en charge du patient opéré pour la chirurgie programmée, ambulatoire, l'urgence immédiate (césarienne) ou différée en fin de programme. Toutes les étapes de la prise en charge au bloc opératoire y sont décrites (établissement, déroulement du programme, surveillance postopératoire). La cartographie des risques a priori est élaborée, diffusée, et des plans d'actions ont été mis en place. Les risques du bloc opératoire et de la salle de naissance sont recensés et hiérarchisés. Ils prennent en compte tous les aspects, en particulier les risques liés aux ressources humaines et matérielles, disponibles en temps utile.</p>
<p>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).</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La direction est engagée dans une démarche qualité. Un système documentaire entretenu est en place, avec la description du fonctionnement du bloc dans des procédures validées et réactualisées par la commission de bloc. L'établissement assure la surveillance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de l'environnement du bloc opératoire (bionettoyage

En grande partie		<p>d'ouverture de salle et entre deux interventions, analyse à périodicité définie de la qualité de l'air, de l'eau et des surfaces, respect des normes sur les fluides ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - de la sécurité électrique ; - des dispositifs médicaux (suivi et contrôle des différents équipements (maintenances préventive et curative) par les prestataires et le responsable d'entretien). <p>Le contrôle des équipements est réalisé au moment de l'ouverture de salle par l'IDE de bloc et par l'équipe d'anesthésie.</p> <p>Les responsabilités sont explicitées dans les fiches de poste du personnel. La répartition du personnel dans les salles est réalisée par la chef de bloc, en fonction de la disponibilité du personnel et de leur formation. La gestion des événements indésirables est assurée. Suite à ces événements, des actions d'amélioration sont en place (réparation et changement de matériel).</p> <p>Il existe un système documentaire, avec des documents de référence pour la préparation des interventions et accessibles aux professionnels. Cependant, elles ne sont pas toujours réactualisées.</p>
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.	Oui	La charte de fonctionnement du bloc est définie, et validée par le conseil de bloc. Elle précise les modalités d'organisation du bloc pour réduire les risques des patients en ambulatoire, des urgences. Elle détaille notamment le travail des professionnels médicaux et paramédicaux (établissement du programme opératoire, horaires du bloc). Elle clarifie la responsabilité et le rôle de chacun (celui du conseil de bloc, de la chef de bloc, de la secrétaire, etc.).
L'échange d'informations, nécessaires à la prise en charge du patient, est organisé entre le bloc opératoire, les secteurs d'activité clinique, médico-technique, technique et logistique.	Oui	Une organisation est en place pour assurer l'échange d'informations entre les différents secteurs et les professionnels du bloc opératoire. Cette coordination se fait par des logiciels informatiques et par une fiche de liaison papier. En effet, le logiciel du bloc est intégré au système

	Oui	<p>d'information de l'établissement. Les professionnels peuvent ainsi visualiser, à partir de tous les postes informatiques, le programme opératoire, l'ordre de passage des patients, la durée de l'intervention ainsi que les informations administratives et médicales de son dossier. De plus, une liaison spécifique est en place, afin que les résultats des bilans et des examens soient directement adjoints au dossier.</p> <p>Les brancardiers sont joignables par téléphone, afin de faciliter le transport des patients.</p> <p>La valeur de l'indicateur<<Tenue du dossier d'anesthésie>> est de 93 % avec un intervalle de [90 %-95 %] pour la campagne de recueil de 2011.</p>
Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.	Oui	Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier. Il assure aussi la traçabilité des dispositifs médicaux, et permet par exemple de faire des statistiques sur le nombre d'interventions et l'occupation des salles.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un responsable régule les activités du bloc opératoire, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	Oui	Pour garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient, un médecin anesthésiste et la chef de bloc régulent l'activité du bloc et s'assurent du respect du programme. Ils en assurent le suivi, identifient les dysfonctionnements, traités en conseil de bloc (réajustement des horaires d'ouverture du bloc, attribution des salles, application de la check-list).
La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en oeuvre pour toute intervention de l'équipe opératoire.	Oui	La check-list de sécurité du patient est mise en place et utilisée. Le personnel de salle est le coordonnateur de la vérification. Tous les items sont considérés et vérifiés par les différents intervenants de manière partagée au sein de l'équipe. Lors d'un compte-rendu du conseil de bloc, une sensibilisation au remplissage de la check-list par tous les professionnels a été décidée suite à une évaluation de la chef de bloc qui n'a pas été retrouvée comme éléments de preuve. Dans le plan d'action de sécurité au bloc opératoire,

	Oui	les professionnels ont envisagé de réaliser un audit des dossiers pour évaluer la bonne utilisation de la check-list.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes, incluant les vérifications effectuées, est assurée.	Oui	La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, qui est sous la responsabilité du pharmacien, est assurée au bloc sur le logiciel informatique et sur papier par la secrétaire. La traçabilité des dispositifs médicaux se fait sur un support spécifique du dossier du patient et, celle des dispositifs implantables utilisés pendant l'intervention, est saisie sur la fiche patient.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	Oui	Les professionnels du bloc opératoire s'appuient sur des procédures formalisées, conformes aux bonnes pratiques et aux recommandations actuelles. La gestion documentaire est accessible sur intranet. Ces documents de référence sont régulièrement actualisés et validés.
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 oeuvre.	Oui	Les indicateurs quantitatifs sont des indicateurs des données d'activité et de gestion des ressources humaines. Ils sont saisis sur le logiciel du bloc. Ils sont analysés lors des réunions du conseil de bloc, du comité de direction, et du comité de la gestion des risques. Des indicateurs qualitatifs sont en place (évaluations du dossier d'anesthésie, analyse des EI, survivo), et analysés lors des réunions des instances. Des actions correctives sont mises en oeuvre au cas par cas ; un plan d'action est défini dans le programme qualité.

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

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

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

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



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

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

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

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



Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
<p>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.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le secteur d'endoscopie est sur deux sites, un sur Meudon (deux salles) et l'autre sur Clamart (deux salles). Les processus à risque sont identifiés sur les deux sites. Les formalisations de la prise en charge des patients hospitalisés, en ambulatoire et en urgences sont décrites dans la charte du bloc. Un programme d'actions préventives en préopératoire, liste les points critiques de cette prise en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pour vérifier la pertinence de l'acte, son indication et le rapport bénéfice-risque, les professionnels tracent ces éléments dans les dossiers informatisés des patients ; - pour assurer l'identification du patient, son information, sa préparation l'équipe contrôle le bracelet, les données sur le dossier et sur la fiche de liaison bloc service ; - pour prévenir les risques d'anesthésie si le patient est atteint de pathologies avancées ou s'il est sous traitement anticoagulant, le dossier est consulté. <p>En peropératoire le programme d'actions intègre la check-list, la vérification croisée des points critiques de la prise en charge est faite au sein de l'équipe. En salle de réveil le</p>

	Oui	<p>personnel gère et contrôle le chariot d'urgence et sont formés aux gestes d'urgence. En post op le suivi des patients en ambulatoire et dans les services d'hospitalisation est assuré par les anesthésistes et les chirurgiens.</p> <p>Si des prélèvements sont réalisés, une procédure actualisée et validée indique aux professionnels du bloc la conduite à tenir. Pour prévenir le risque infectieux, l'ensemble du personnel a été sensibilisé aux risques associés à l'exposition au sang et aux liquides biologiques (affichette en salle de décontamination). Cette prévention du risque infectieux est aussi fondée sur le respect des règles de désinfection des endoscopes, la précaution standard et particulière en hygiène. Le personnel est formé (en 2012 : formation sur la gestion des risques et l'hygiène en endoscopie). L'hygiène des locaux et la gestion des déchets sont effectués par le personnel d'entretien.</p>
<p>Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.</p>	En grande partie	<p>Pour sécuriser la prise en charge du patient, la direction est engagée dans une démarche de qualité incluant la maîtrise des risques et des événements indésirables. Le secteur est organisé, les responsabilités de chacun sont définies dans les fiches de poste, le planning du personnel est affiché, et en cohérence avec la programmation des activités réglées. L'organisation des urgences éventuelles et la gestion des modifications du programme opératoire sont transmises à la chef du bloc qui, en collaboration avec l'anesthésiste, réajuste l'organisation du personnel et du matériel. Le personnel est formé à la gestion des installations dans les salles, à la manutention et la décontamination des endoscopes, au contrôle et à l'utilisation du chariot d'urgence. À leur arrivée, les nouveaux sont encadrés par les plus anciens et suivent des formations régulières. L'ensemble du personnel est aussi formé à la gestion des risques infectieux (respect des circuits contrôles bactériologiques, questionnaire ATNC) et à la prise en charge du patient (identitovigilance). Lorsque des nouvelles</p>

	En grande partie	techniques sont mises en place, la formation du personnel est assurée. Un système documentaire est en place, les documents sont validés par le conseil de bloc et accessibles par l'ensemble du personnel. Toutefois, ils ne sont pas tous réactualisés.
L'échange d'information, nécessaire à la prise en charge du patient, est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.	Oui	Des modalités d'échanges avec les différents intervenants dans la prise en charge du patient sont en place. Les informations sur le programme opératoire sont consultables à partir de tous les postes informatiques. Les données administratives et les prescriptions médicales du patient sont dans son dossier informatisé et partagé. Un logiciel permet de transmettre directement les résultats des bilans biologiques et radiologiques dans le dossier du patient. L'échange d'information avec la stérilisation à Meudon se fait directement, car elle est attenante aux salles d'endoscopie. Clamart sous-traite ses activités de stérilisation à Meudon, la convention du 27 juillet 2009 décrit les modalités de décontamination et de transport entre les deux établissements. Une fiche de liaison entre le bloc et les services d'hospitalisation permet l'identification et la traçabilité du matériel.
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	Oui	Le système d'information du service d'endoscopie est le même que celui du bloc opératoire, il est intégré au système d'information de l'établissement. Il permet de gérer le programme opératoire, la traçabilité des implants et les statistiques sur le nombre d'interventions, et l'occupation des salles. Il facilite aussi la gestion des prises de rendez-vous.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Un responsable identifié régule les activités, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	Oui	La chef de bloc et l'infirmière référente de l'endoscopie régulent les activités du bloc. Le coordonnateur valide le programme, ils sont garants du respect de l'organisation et de la charte de bloc. Les indicateurs de suivi de l'activité se retrouvent dans le logiciel du bloc. Les indicateurs sécurité et qualité sont suivis au travers des éléments indésirables.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	Oui	Les professionnels appliquent des procédures issues des textes réglementaires, de recommandations des sociétés savantes. Elles sont actualisées et validées et accessibles sur intranet. La dernière version HAS de la check-list est en place.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	Oui	La traçabilité des dispositifs médicaux implantables est assurée par la référente en endoscopie, sous la responsabilité de la chef de bloc ayant la délégation du pharmacien. Tout dispositif implantable est saisi informatiquement sur la fiche patient. Les actes sont vérifiés par la référente en endoscopie et tracés dans le dossier patient
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un recueil et une analyse des événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	Oui	Il existe un dispositif de recueil des événements indésirables dans le secteur d'endoscopie comme pour l'ensemble de l'établissement. Ils sont répertoriés. Pour conduire une analyse de ces événements, les médecins sont engagés dans le dispositif d'accréditation puisqu'ils réalisent un bilan des déclarations en lien avec le CODIR, le conseil de bloc et la commission des gestions des risques afin de définir des actions d'amélioration. Le retour d'expérience aux professionnels est organisé et opérationnel.
La réalisation d'audits, le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	Oui	Le délai de brancardage a été amélioré grâce au suivi d'indicateurs quantitatifs d'activité, et le suivi d'indicateurs qualitatifs a permis d'améliorer la feuille de salle, son intégration dans le système informatique et de simplifier la feuille d'intervention.

Oui	Un plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins a été rédigé.
-----	--

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

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

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

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

PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.a

Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles



Cotation		
A		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique ou médico-technique organisent la mise en oeuvre des démarches d'EPP.	Oui	
Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.	Oui	
Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées, dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire » et de sa valeur de 97 % avec un intervalle de confiance [92 %-100 %] pour la campagne de recueil 2011.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mettent en oeuvre 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 oeuvre.	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 oeuvre d'actions d'amélioration.	Oui	
Des guides de bon usage des soins sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

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



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

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

6.INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Les indicateurs généralisés actuellement recueillis

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

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

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

Éléments de lecture du tableau

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

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

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

Remarque :

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

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

Etablissement : CLINIQUE DE MEUDON LA FORET (920300597)

Résultats des indicateurs de qualité Dossier du Patient - Champ MCO

Référence Nationale

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

Etablissement : CLINIQUE DE MEUDON LA FORET (920300597)

Libellé indicateur	Année 2009				Année 2010				Année 2011				Année 2012			
	Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire :			
	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.
Tenue du dossier patient (score sur 100)	70 [68 - 73]	●	(-)	↗	57 [54 - 59]	●	(-)	NA	92 [89 - 94]	●	(+)	↗				
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (%)	21 [12 - 30]	●	(-)	→	9 [3 - 15]	●	(-)	→	60 [49 - 71]	●	(-)	↗				
Traçabilité de l'évaluation la douleur (%)	56 [45 - 67]	●	(-)	→	68 [57 - 78]	●	(-)	→	94 [88 - 99]	●	(+)	↗				
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 (%)	99 [96 - 100]	●	(+)	→	98 [94 - 100]	●	(+)	→	96 [92 - 100]	●	(+)	→				

7.BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE

