



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION V2010

HOPITAL PRIVE SAINT MARTIN

49 rue louise voisine Bp 40056 - 49601 - Beaupreau

MAI 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	10
1. Niveau de certification	11
2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	12
3. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	13
4. Critères investigués lors de la visite de certification	14
5. Suivi de la décision	15
3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS	17
1. Le positionnement de l'établissement sur l'ensemble des thématiques	20
2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires	22
3. Regard Patient	24
4. SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	24

5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	27
CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	29
PARTIE 1. Management stratégique	30
PARTIE 2. Management des ressources	54
PARTIE 3. Management de la qualité et de la sécurité des soins	95
CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT	121
PARTIE 1. Droits et place des patients	122
PARTIE 2. Gestion des données du patient	169
PARTIE 3. Parcours du patient	182
PARTIE 4. Prises en charge spécifiques	259
PARTIE 5. Evaluation des pratiques professionnelles	273
6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	280
7. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE	282

PREAMBULE

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

1. Les objectifs de la certification des établissements de santé

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

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

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

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

Elle ne note pas les professionnels de santé.

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

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

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

2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

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

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

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

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

1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

HOPITAL PRIVE SAINT MARTIN

Adresse : 49 rue Louise voisine Bp 40056
49601 Beaupreau MAINE-ET-LOIRE

Statut : Privé

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

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Court séjour	10	0	0
Soins de suite et/ou de réadaptation	20	0	0

Nombre de sites.:	Un site.
Activités principales.:	10 lits Médecine (dont 2 dédiés soins palliatifs) 20 lits de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)
Activités de soins soumises à autorisation.:	-Activité de médecine -Activité de soins de suite et réadaptation
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	/

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	Convention avec les Urgences du CH de Cholet Convention avec la clinique de l'Anjou Convention avec l'équipe (Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (EMASP) Réseau GCSMS (Postes partagés) Convention avec le Laboratoire de ville Convention avec le secteur IX Psychiatrie (UMIGP) Convention avec l'association JALMALV Convention MAD établissement de soins de suite de Montfaucon
Regroupement/Fusion.:	Mandat de gestion de la Maison de Convalescence de Montfaucon-Montigné (43 lits SSR) à partir du 1er septembre 2012.
Arrêt et fermeture d'activité.:	Transformation des 40 lits du SLD en lits EHPAD.
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)

15.a Court Séjour (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge) ;15.a Soins de suite et/ou de réadaptation (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge) .

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

- le circuit du médicament

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

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

4. Critères investigués lors de la visite de certification

La visite de certification s'est déroulée du 22/01/2013 au 25/01/2013.

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

MANAGEMENT STRATÉGIQUE

1.a, 1.f, 2.e

MANAGEMENT DES RESSOURCES

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

MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

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

DROITS ET PLACE DES PATIENTS

10.e Soins de suite et/ou de réadaptation, 11.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 11.c Soins de suite et/ou de réadaptation, 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

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

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 6 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

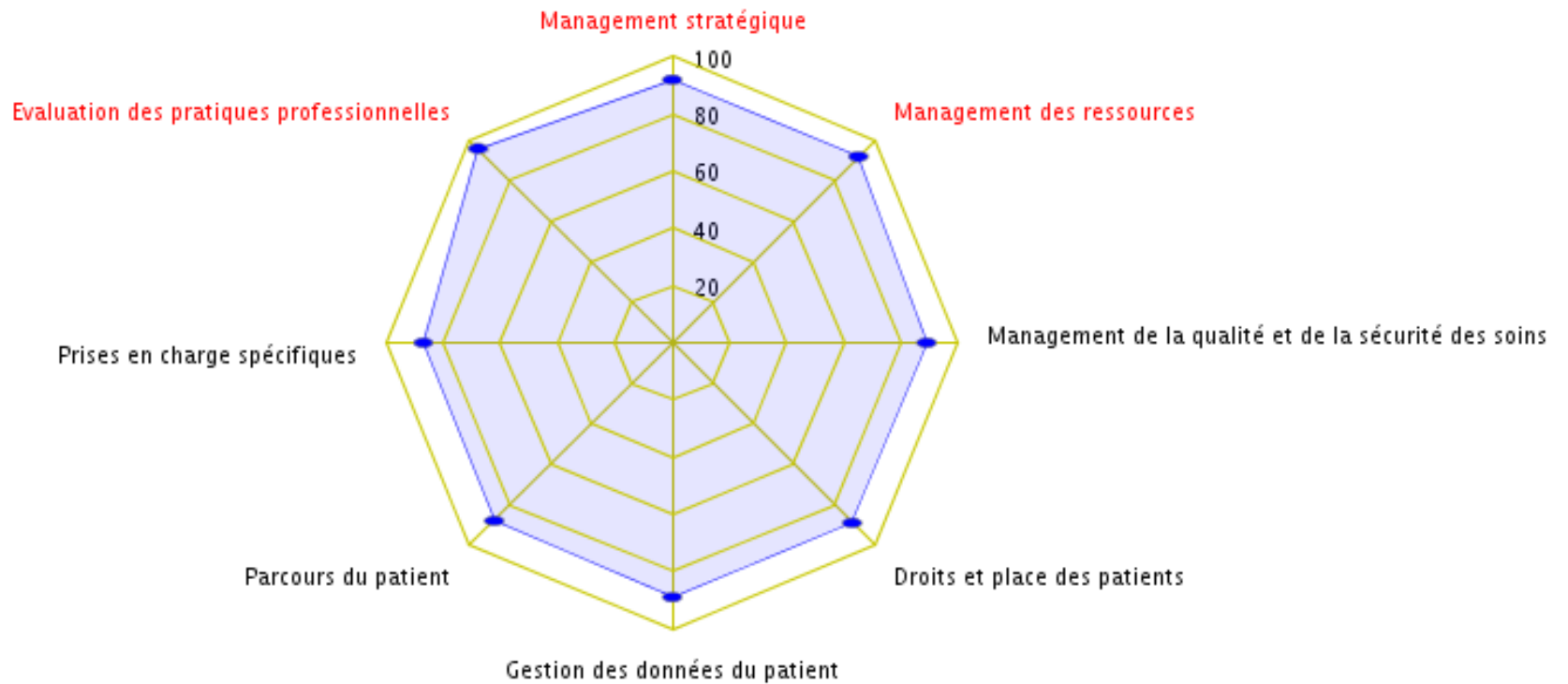
Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement.

[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 :

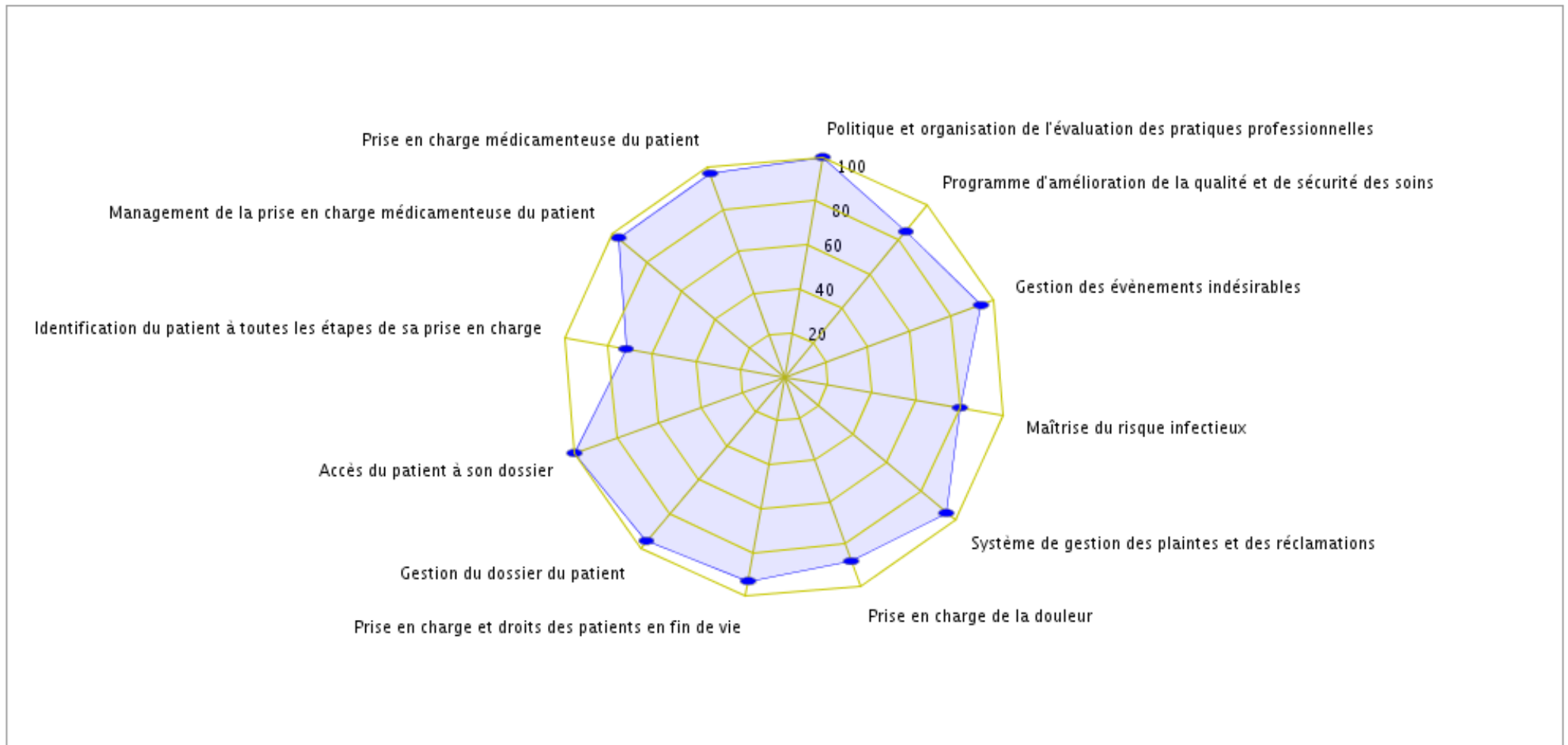
- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (10a),
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b),
- Respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c),
- Accueil et accompagnement de l'entourage (10d),
- Information du patient sur son état de santé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

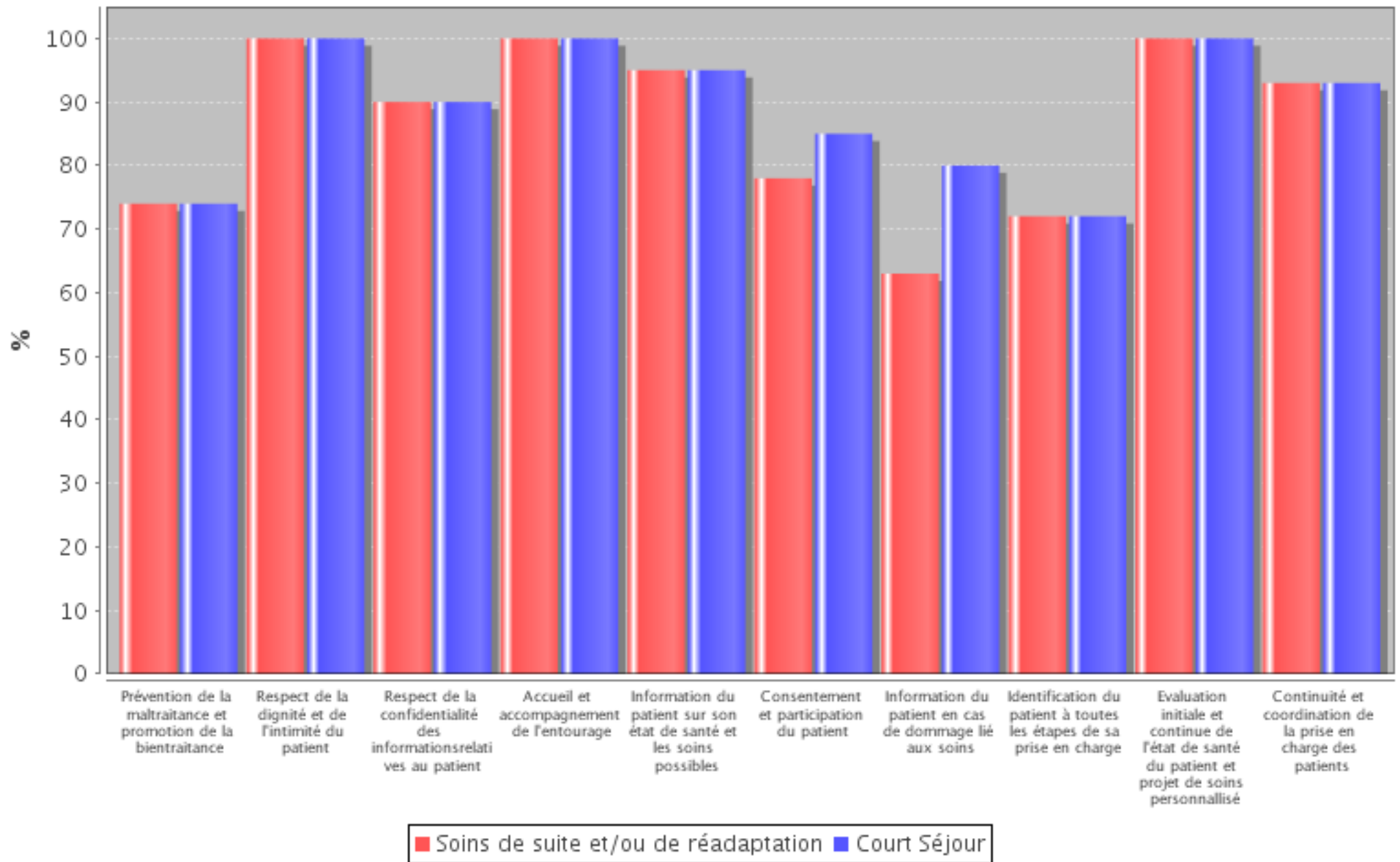


Les libellés des points fort (> 90%) sont en rouge.

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
10e (La gestion documentaire est assurée.).	Type 1	Oui	La Gestion électronique des documents (GED) est déjà effective dans l'établissement dans le cadre du Schéma Directeur du Système d'Information. Ce qui permet aux services d'accéder aux documents partagés via le serveur : Documents RH (Fiches Congés, planning, plan de formation), Documents institutionnels (projet d'établissement, politiques qualité et Risques), Qualité (Fiches, procédures et Protocoles), Comptes-rendus des réunions des instances, journal interne. Pendant la visite les experts visiteurs ont constaté une très bonne appropriation de l'outil par les professionnels.
26a MCO (La prise en charge de la douleur est assurée.) ; 26a SSR (La prise en charge de la douleur est assurée.) ; 26a SLD (La prise en charge de la douleur est assurée.).	Type 1	Oui	Depuis la certification l'établissement a revu le fonctionnement du CLUD qui se réunit régulièrement, a validé la politique et les procédures de prise en charge de la douleur et de la douleur induite par les soins. Le CLUD a validé les échelles choisies par les personnels pour l'évaluation de la douleur chez les patients communicants et non communicants. Le dossier de soins a été modifié pour permettre de tracer l'évaluation initiale de la douleur dès l'entretien d'accueil dans le dossier. Tous ces documents sont accessibles aux professionnels. La dynamique a été lancée et entretenue par la mise en œuvre d'une EPP pluriprofessionnelle sur la prise en charge de la douleur.

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

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Un volet développement durable est intégré dans les orientations stratégiques.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.c Démarche éthique

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

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.

En grande partie

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

En grande partie

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.d Politique des droits des patients

Cotation		
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		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est intégrée dans les orientations stratégiques.	Oui	
L'instance délibérante statue au moins une fois par an sur cette politique.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est diffusée dans l'établissement.	Oui	
Des objectifs et des indicateurs, validés par la direction, sont déclinés à l'échelle de l'établissement et par secteur d'activité.	Oui	

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La stratégie de développement de l'EPP est inscrite dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.	Oui	La stratégie de développement des EPP est formalisée et intégrée au sein du programme qualité et sécurité des soins et dans le projet d'établissement. La politique définit : la participation de tous les professionnels, les modalités de choix des thèmes d'EPP, les objectifs de démarches, la dynamisation et l'extension des démarches dans les services RH et logistique.
Une concertation, entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie de l'EPP, est en place.	Oui	La concertation entre professionnels du soin et les gestionnaires est effective au sein de la CME et des groupes de travail EPP qui se réunissent régulièrement. L'état d'avancement des EPP est formalisé et communiqué aux groupes et instances.
Les missions et les responsabilités sont définies, afin d'organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médico-technique.	Oui	Les missions et les responsabilités relatives à l'organisation, la coordination, l'accompagnement, le suivi des démarches sont définies. Les missions du responsable du déploiement de l'EPP sont formalisées dans une fiche de mission signée par le directeur.
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 sont accompagnés dans la mise en oeuvre de l'EPP par le responsable qualité. Les personnes impliquées dans la réalisation des EPP ont bénéficié d'une formation méthodologique dont le diaporama est accessible aux professionnels.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	Oui	Les groupes projets suivent régulièrement l'état d'avancement des actions d'amélioration mises en place dans le cadre de l'EPP et actualisent les plans d'actions.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	Oui	Les professionnels de l'établissement sont informés lors des réunions de service organisées toutes les six semaines dont les CR sont visibles dans le logiciel "OSIRIS". En mai 2012, le journal interne "Si on en parlait..." diffusé à tous les professionnels a publié l'état d'avancement des EPP et des actions d'amélioration mises en place et les résultats d'une enquête sur la perception de l'EPP auprès des professionnels de santé.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	Les résultats des évaluations, les plans d'actions et leur impact sont présentés aux commissions en cohérence avec le thème (COMEDIMS, CLUD, CRU) et en CME.
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	Oui	La stratégie de développement de l'EPP est révisée à la lumière des résultats obtenus, et un ajustement est réalisé si nécessaire par exemple la transformation de l'EPP sur le thème "circuit du médicament" dont la grille a été remplacée par la grille préconisée par l'ANAP.

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement a défini une stratégie concourant à sensibiliser et 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.).	En grande partie	
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.	En grande partie	
---	------------------	--

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

Critère 2.a

Direction et encadrement des secteurs d'activités

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

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

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

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

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

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

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

Critère 2.c Fonctionnement des instances

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

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

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

Critère 2.d Dialogue social et implication des personnels

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

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).	En grande partie	

PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.a Management des emplois et des compétences

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les besoins en compétences et effectifs sont identifiés par secteur d'activité.	Oui	
Une politique de gestion des emplois et des compétences est définie dans les différents secteurs d'activité en lien avec les orientations stratégiques.	Oui	
Les compétences spécifiques pour les activités à risques ou innovantes sont identifiées.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des dispositions sont mises en 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.	Oui	
Un plan de formation est mis en oeuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'adéquation quantitative et qualitative des ressources humaines est régulièrement évaluée, et réajustée en fonction de l'activité et de l'évolution des prises en charge.	Oui	
Le dispositif de gestion des compétences est réajusté, en fonction de l'atteinte des objectifs des secteurs et de l'évolution des activités, notamment en cas d'innovation diagnostique et thérapeutique.	Oui	

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.c Santé et sécurité au travail

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

Cotation		
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.	En grande partie	

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.d Qualité de vie au travail

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Partiellement

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.	Oui	
La satisfaction du personnel est évaluée.	Oui	

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.a Gestion budgétaire

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

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

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.b Amélioration de l'efficience

Cotation	B	
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.	En grande partie	
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.	En grande partie	
--	------------------	--

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.b Sécurité du système d'information

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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.

Partiellement

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.c Gestion documentaire

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

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

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.	Oui	
--	-----	--

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

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

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

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La maintenance curative des équipements et des infrastructures est organisée.	Oui	
L'établissement dispose d'un programme de maintenance.	En grande partie	
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.	En grande partie	
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.	En grande partie	

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.g
Gestion des fonctions logistiques au domicile



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

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

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

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

Un suivi des postes de consommation d'eau est assuré.	Partiellement	
Un suivi des différents types de rejet est assuré.	Partiellement	
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.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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.	En grande partie	
Une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie est définie.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un plan de maintenance des installations est mis en oeuvre.	Oui	
Un programme d'actions 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.	Oui	

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

Critère 7.d Hygiène des locaux

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

Cotation	B	
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.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les responsabilités sont identifiées, et les missions sont définies.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation périodiques sont menées.	Oui	

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

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.	En grande partie	
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.

En grande partie

Un programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins est formalisé dans la politique qualité gestion des risques de l'établissement, il décline les engagements, les objectifs, les plans d'actions, les responsables et les mesures prises. Le programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins est transcrit dans le projet d'établissement validé en conseil d'administration. Toutefois, le programme est constitué de plusieurs actions, les plans d'actions des instances et des services sont présents mais pas tous structurés.

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 prend en compte les objectifs du CPOM, le suivi des conformités à la réglementation, les actions suite aux recommandations de la V2007 et à la préparation de la certification, l'analyse des plaintes et réclamations, l'analyse des événements indésirables, le suivi des dysfonctionnements et des risques liés :

- à la sécurisation du circuit du médicament ;
- à la maîtrise du risque infectieux ;
- aux vigilances ;

	Oui	<ul style="list-style-type: none"> - aux soins identifiés a priori ou a posteriori ; - à la logistique, aux ressources humaines et au management ; - aux risques professionnels.
Les activités réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins sont prises en compte.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Le programme est soumis aux instances.	Oui	Le programme est présenté au COVIR, au CHSCT, en CME puis validé en conseil d'administration de l'établissement en fin d'année.
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	Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins sont mis en oeuvre dans les deux secteurs d'activité, dans chaque instance (COVIR, CLIN, CLUD, CME) et dans chaque service (direction, RH, logistique). La CRU liste ses actions, elles sont réparties dans les plans d'actions des services concernés. La majorité des plans sont structurés, seul celui des EI ne comporte pas de responsable, d'échéancier, de suivi des actions mises en place voire d'indicateur. Les plans d'actions ne sont pas tous intégrés dans un plan unique pour assurer un pilotage global de l'établissement.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	En grande partie	Le suivi des plans d'actions élaborés s'effectue tous les trimestres lors des réunions de chaque instance et de chaque service. Les actions non réalisées sont reportées pour le prochain bilan. Toutefois, les plans d'actions non structurés ne permettent pas de réaliser un suivi afin d'assurer un pilotage global.

L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	Oui	L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée lors des réunions du COVIR puis annuellement lors du conseil d'administration. Les indicateurs qualités de la HAS en SSR et les indicateurs sur la gestion du risque infectieux contribuent à l'évaluation de l'efficacité de ce programme.
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	Oui	Le COVIR et le conseil d'administration examinent, lors des réunions, l'atteinte des objectifs du programme. Il intègre les ajustements au plan d'actions et si besoin aux orientations stratégiques de l'établissement.

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	B	
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.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les conditions d'exercice de la fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins sont évaluées.	En grande partie	

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins**Critère 8.c
Obligations légales et réglementaires**

Cotation		
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.	Oui	

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

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

Critère 8.e
Gestion de crise

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les situations de crise sont identifiées.	Oui	
Une organisation destinée à faire face aux situations de crise, est mise en place, et diffusée à l'ensemble des professionnels concernés.	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.	En grande partie	
Il existe un système de retour d'expérience suite à ces exercices.	Non	

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.

En grande partie

L'établissement a rédigé une procédure « Signalement des événements indésirables ». La feuille d'événement indésirable (FEI) est unique pour tous les types d'événements (circuit du médicament compris). La déclaration est réalisée sur un support informatique puis imprimée et transmise au responsable qualité qui informe le responsable du domaine concerné. Après analyse et mise en place des actions correctives, le service qualité gestion des risques saisit la FEI dans le plan d'actions sur Excel. Les actions mises en place sont transmises au déclarant et à l'ensemble des professionnels via la messagerie du logiciel Dossier patient. Il y a coordination entre les différents systèmes de recueil. Le responsable qualité recueille les EI et les réclamations. L'ensemble est analysé en COVIR (comité vigilance/risques). Dans le tableau Excel, les notions de fréquences et gravité sont définies. Toutefois, les notions de fréquences et gravité ne sont pas précisées sur le support déclaratif.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.	Oui	Le responsable qualité a organisé des formations avec un support PowerPoint sur l'utilisation de la FEI. Ce support reprend en plus la définition des méthodes d'analyse des causes. Le directeur (note de service) et le cadre soignant (réunions d'information) ont sensibilisé les professionnels afin d'améliorer une culture déclarative.
Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	Oui	Les membres du COVIR (directeur, médecin, directeur financier, responsable qualité, pharmacien, cadre de santé, cadre technique, cadre logistique, responsable ressources humaines) sont formés à l'analyse des cause. Un PowerPoint « méthode de résolution des problèmes » a servi de support. Le médecin et la cadre de santé ont participé à une formation sur l'analyse des causes en juin 2012 avec le réseau qualité de la région.
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée, en associant les acteurs concernés.	Oui	Le processus de hiérarchisation permet d'identifier les EIG. La méthode ALARM est utilisée pour l'analyse des causes profondes. Elle est structurée et participative, menée par le COVIR, elle associe les professionnels concernés (exemples vus par les experts-visiteurs). Un compte-rendu a été rédigé et des actions d'amélioration sont proposées et validées par le COVIR.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions correctives sont mises en oeuvre suite aux analyses.	Oui	Tous les événements indésirables sont analysés et les actions d'amélioration sont listées dans un tableau de bord comprenant un responsable, un échéancier, un suivi. Une hiérarchisation des actions est proposée en fonction de la criticité de l'EI. Le suivi des actions ainsi que le bilan annuel sont réalisés par le COVIR.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	Oui	L'élaboration du tableau de bord suite aux événements indésirables permet d'identifier et d'analyser la fréquence des événements. Des actions correctives sont mises en place (suite à l'analyse des questionnaires de sortie : achat de couvercle hermétique pour maintenir au chaud les repas des

	Oui	patients).
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	En grande partie	La mesure de l'efficacité des actions correctives est vérifiée suite aux EPP pour un certain nombre d'actions (circuit du médicament, prévention des escarres). Les indicateurs de suivi, suite aux deux audits ANAP, ont permis de constater une significative amélioration des résultats. L'établissement s'assure de la mise en place ou du report des actions correctives. Toutefois, la mesure de l'efficacité des actions n'est pas réalisée sur l'ensemble du dispositif.

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

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

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	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement a défini un système de gestion des équipements biomédicaux, comprenant un plan pluriannuel de remplacement et d'investissement.	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.	En grande partie	
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.	En grande partie	
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.	En grande partie	

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

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La gestion des plaintes et réclamations est organisée. Le directeur est le responsable chargé des relations avec les usagers. Un registre des plaintes écrites et orales est en place. La procédure est rédigée et connue des professionnels. Les modalités de formulation d'une plainte ou d'une réclamation, les coordonnées des représentants des usagers, sont définies dans le livret d'accueil de l'établissement et affichées à l'accueil. Le fonctionnement de la CRU est conforme à la réglementation. Le règlement intérieur précise la composition de la CRU et le nombre de réunions. Les usagers sont très impliqués dans la structure. Un bilan annuel est transmis à l'ARS.

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

En grande partie

Le système de gestion des plaintes et réclamations est en grande partie articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables. Les événements indésirables émergeant des questionnaires de sortie sont analysés en CRU. Le responsable gestion des risques analyse les plaintes et fiches d'EI. Il intègre les actions dans les PAQ des services et instances concernés. Toutefois, les causes des plaintes sont analysées en CRU, les actions ne sont pas

	En grande partie	systematiquement liées aux événements indésirables.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	Les plaintes et réclamations sont systématiquement traitées avec le personnel concerné. Lors d'une plainte, le salarié concerné est associé à la réponse apportée à sa plainte par la direction. Il participe également à la mise en place des actions d'amélioration. La procédure précise en cas de plainte et réclamation l'association, pour la réponse, du personnel concerné.
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre.	Oui	Les plaintes et réclamations orales sont traitées dans un premier temps par le directeur (courrier d'accusé de réception). Les réponses aux plaintes écrites sont rédigées par le directeur après avis du service concerné et envoyées au quémendeur dans les huit jours (dernier rapport de la CRU).
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et des réclamations, incluant le suivi du délai de réponse au plaignant, contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.	Oui	Le suivi des plaintes et réclamations est réalisé par la CRU. Les actions sont listées lors des réunions CRU puis intégrées dans les plans d'actions correspondant aux instances ou services concernés.

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

Référence 10: La bientraitance et les droits

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

Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées.	Oui	
Un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance est réalisé en lien avec la CRU.	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.	En grande partie	
Des actions, visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance, sont mises en oeuvre.	Partiellement	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les actions, visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance, sont suivies et évaluées.	Partiellement	

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

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

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

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

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

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

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

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les mesures, permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient, sont identifiées.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'organisation et les pratiques de l'établissement permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	En grande partie	
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.	En grande partie	
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.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'accès aux secteurs d'hospitalisation est facilité (horaires de visites, etc.) pour l'entourage.	Oui	
L'entourage des patients bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien, dans les situations qui le nécessitent.	Oui	

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

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

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

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

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.e - Court Séjour

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

Cotation		A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement.	En grande partie		
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.).	Oui	
Des actions d'amélioration, portant sur la préservation des libertés individuelles et sur la gestion des mesures de restriction de liberté, sont mises en place.	Oui	

Référence 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		
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	Les indications et les prescriptions de contention sont peu nombreuses, une évaluation de l'application du protocole a été réalisée au troisième trimestre 2012. Il n'y a pas d'évaluation des bonnes pratiques à périodicité définie.
Des actions d'amélioration, portant sur la préservation des libertés individuelles et sur la gestion des mesures de restriction de liberté, sont mises en place.	Oui	

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

Critère 11.a - Court Séjour

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

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

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

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

Critère 11.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.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des modalités spécifiques d'information sont mises en oeuvre en cas de diagnostic grave et d'aggravation de l'état de santé, en tenant compte des facultés de compréhension, de discernement et du type d'hospitalisation (HDT, HO, injonction thérapeutique, etc.).	Oui	

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

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

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

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

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

Référence 11: l'information, la participation et le consentement du patient**Critère 11.b - Soins de suite et/ou de réadaptation
Consentement et participation du patient**

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation est définie, permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soins.	En grande partie	
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.	Non	Le recueil du consentement du patient est systématique mais aucune évaluation spécifique n'a été conduite sur ce thème.
---	-----	---

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

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

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

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

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

La démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est évaluée et améliorée.	Non	La démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins n'a pas été évaluée.
--	-----	---

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

Le CLUD a défini une stratégie de prise en charge de la douleur des patients. Cette politique fixe les objectifs, précise l'identification des différents types de douleurs et de leur prise en charge. Cette stratégie est déployée sur l'ensemble de l'établissement.

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

Le protocole de prise en charge de la douleur a été actualisé en juin 2012. Il inclut la prévention de la douleur induite par les soins (antalgiques palier III, patch d'anesthésique local et récemment la reprise de l'utilisation du MEOPA).

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.

Oui

Des informations concernant la douleur et des formations à l'utilisation des échelles pour évaluer le niveau ont été mises en place. Depuis 2009, l'outil de formation est régulièrement utilisé pour ces formations. La formation à la prévention de la douleur induite par les soins, appuyée sur un diaporama, a été suivie par la majorité des IDE. Une actualisation de la formation à l'utilisation du MEOPA est prévue en 2013.

Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	Les patients sont informés des modalités de prise en charge de la douleur pendant leur séjour dans le livret d'accueil qui leur est remis dès l'admission. Des documents d'information sont à leur disposition dans le service dont une fiche d'information sur les analgésiques. Les soignants expliquent les modalités d'utilisation des antalgiques. Il n'existe pas de programme éducatif à la prise en charge de la douleur.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Oui	L'évaluation de la douleur est systématiquement tracée à l'admission du patient.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Les professionnels évaluent l'efficacité des traitements antalgiques. Le traitement est ajusté en fonction des évaluations, et les modifications de traitement sont tracées dans le dossier du patient.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Des échelles d'hétéro-évaluation ont été choisies par le CLUD pour évaluer la douleur chez les patients non communicants (ECPA et Algoplus). Elles sont insérées dans le dossier patient informatisé.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	Le médecin et le cadre supervisent l'appropriation et l'utilisation des outils par les professionnels par l'évaluation du dossier, lors de réunions informatives et dans le cadre de l'EPP conduite sur la prise en charge de la douleur.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	L'établissement a mis en oeuvre une EPP sur la prise en charge de la douleur. La satisfaction du patient pour la prise en charge de la douleur est intégrée dans le questionnaire de satisfaction à la sortie du patient avec un taux de réponse au questionnaire global de 32 %.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Des actions d'amélioration ont été mises en place en cohérence avec les résultats des évaluations de dossiers et des évaluations réalisées dans le cadre de l'EPP comme la mise en place des échelles d'évaluation, la systématisation

	Oui	de l'évaluation de la douleur à l'admission, l'intégration de l'évaluation de la douleur au protocole "escarres", les formations...
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Partiellement	L'établissement participe tous les ans à la journée régionale de la douleur. Le CLUD de l'établissement est souvent représenté par deux membres, mais il n'y a pas de participation active des professionnels de l'établissement.

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		
B		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement, en concertation avec le CLUD (ou équivalent).	Oui	Le CLUD a défini une stratégie de prise en charge de la douleur des patients. Cette politique fixe les objectifs, précise l'identification des différents types de douleurs et de leur prise en charge. Cette stratégie est déployée sur l'ensemble de l'établissement.
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	Le protocole de prise en charge de la douleur a été actualisé en juin 2012. Il inclut la prévention de la douleur induite par les soins (antalgiques palier III, patch d'anesthésique local et récemment la reprise de l'utilisation du MEOPA).
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Des informations concernant la douleur et des formations à l'utilisation des échelles pour évaluer le niveau ont été mises en place. Depuis 2009, l'outil de formation est régulièrement utilisé pour ces formations. La formation à la prévention de la douleur induite par les soins, appuyée sur un diaporama, a été suivie par la majorité des IDE. Une actualisation de la formation à l'utilisation du MEOPA est prévue en 2013.

Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	Les patients sont informés des modalités de prise en charge de la douleur pendant leur séjour dans le livret d'accueil qui leur est remis dès l'admission. Des documents d'information sont à leur disposition dans le service dont une fiche d'information sur les analgésiques. Les soignants expliquent les modalités d'utilisation des antalgiques. Il n'existe pas de programme éducatif à la prise en charge de la douleur.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Partiellement	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Prise en charge de la douleur" et de sa valeur de 60 % avec un intervalle de confiance à 95 % [49 % - 71 %] pour la campagne 2011.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Les professionnels évaluent l'efficacité des traitements antalgiques. Le traitement est ajusté en fonction des évaluations, et les modifications de traitement sont tracées dans le dossier du patient.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Des échelles d'hétéro-évaluation ont été choisies par le CLUD pour évaluer la douleur chez les patients non communicants (ECPA et Algoplus). Elles sont insérées dans le dossier patient informatisé.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	Le médecin et le cadre supervisent l'appropriation et l'utilisation des outils par les professionnels par l'évaluation du dossier, lors de réunions informatives et dans le cadre de l'EPP conduite sur la prise en charge de la douleur.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Prise en charge de la douleur" et il a mis en oeuvre une EPP sur la prise en charge de la douleur. La satisfaction du patient pour la prise en charge de la douleur est intégrée dans le questionnaire de satisfaction à la sortie du patient (taux de réponse de 32 %).
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Des actions d'amélioration ont été mises en place en cohérence avec les résultats de l'indicateur IPAQSS et des évaluations réalisées dans le cadre de l'EPP, par exemple : la mise en place des échelles d'évaluation, la systématisation

	Oui	de l'évaluation de la douleur à l'admission, l'intégration de l'évaluation de la douleur au protocole "escarres", les formations...
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Partiellement	L'établissement participe tous les ans à la journée régionale de la douleur. Le CLUD de l'établissement est souvent représenté par deux membres, mais il n'y a pas de participation active des professionnels de l'établissement.

Référence 13: La fin de vie

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Le service dispose de deux lits identifiés en soins palliatifs. L'organisation de la prise en charge des patients dont l'état justifie la mise en place d'une démarche palliative est formalisée. Elle définit les objectifs, les circuits, les acteurs, les ressources et repose sur une convention avec l'EMASP de l'hôpital de Cholet. Le médecin et deux paramédicaux (kinésithérapeute, psychologue) sont titulaires d'un DU de soins palliatifs.

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

En grande partie

Le formulaire de recueil de la personne de confiance est remis au patient systématiquement à l'admission par le soignant avec des explications. La possibilité de donner des directives anticipées est signalée dans le livret d'accueil avec tous les droits des patients. Les volontés exprimées par le patient sont tracées dans le dossier de soins et/ou le dossier médical mais il n'existe pas de procédure formalisée ni de support unique pour le recueil de ces directives.

Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	Les patients et leur entourage sont informés sur leurs droits 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 dans le livret d'accueil et par voie d'affichage.
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	Un projet personnalisé de prise en charge est élaboré à l'admission en collaboration pluriprofessionnelle. Il est réévalué systématiquement par l'équipe pluriprofessionnelle lors d'un staff hebdomadaire. L'accompagnement et le soutien des proches sont organisés avec la psychologue. Si besoin, les enfants sont orientés vers le SASAD (structure départementale d'aide et d'accompagnement) qui intervient sur site ou à domicile ; si besoin, les enfants sont orientés vers les structures d'aide à domicile (SAD). Le médecin rencontre régulièrement les proches qui sont associés au projet de prise en charge. Les professionnels bénéficient de formations externes à la prise en charge palliative, ou dispensées par l'EMASP (équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs) de Cholet sur site ou à Cholet. Le dispositif de soutien associe l'intervention de l'EMASP complétée par l'organisation d'un groupe de parole avec un psychologue externe désigné.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Les formations à la prise en charge palliative sont dispensées par l'EMASP de Cholet dans le cadre d'une convention. Médecin et soignants participent à des formations régionales. Le médecin, la kinésithérapeute et une psychologue sont titulaires d'un DU de soins palliatifs.
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Les réunions hebdomadaires pluriprofessionnelles permettent la réévaluation des stratégies de soins. Les décisions collégiales sont tracées dans le dossier avec mention des participants et collaboration avec les correspondants extérieurs pour avis spécialisés.

Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	Les professionnels concernés par les situations de fin de vie fréquentes ont bénéficié de formations au repérage de l'épuisement professionnel et à la gestion du stress. Les cas complexes sont traités lors des staffs pluriprofessionnels en équipe avec la psychologue. En situation de crise, le recours est organisé auprès de l'EMASP. Un groupe de parole a été organisé avec la nomination d'un psychologue externe.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	Les professionnels ont été formés en interne aux dispositions de la loi du 22 avril 2005. Les supports de formation sont disponibles dans un classeur dédié dans le poste de soins. Les participants aux formations en externe font un retour d'information lors des réunions hebdomadaires.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	Des représentants des associations et des bénévoles interviennent dans le service. Des conventions sont formalisées avec l'aumônerie et avec JALMALV.
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.).	Partiellement	Le service recueille le questionnaire de satisfaction rempli par les patients ou leur famille et les remerciements exprimés par écrit. Un bilan annuel est réalisé pour les instances. Il n'y a pas de démarche d'évaluation de la démarche palliative.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	En grande partie	Les réflexions dans les situations d'obstination déraisonnable, en cas de décisions de limitation ou d'arrêt de traitement, sont conduites dans le cadre des réunions hebdomadaires pluriprofessionnelles qui incluent au moins un représentant de chaque profession et l'avis du spécialiste adresseur. Toutefois, le support de discussion collégiale n'est pas finalisé.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	De nombreuses actions d'amélioration ont été mises en oeuvre en cohérence avec le résultat des réflexions comme l'actualisation du protocole des soins de bouche, la prévention des escarres, l'organisation de la douche au lit, la

Oui	formalisation de la convention avec JALMALV, la réalisation d'un studio des familles à proximité des lits identifiés sur un projet accepté par la Fondation de France, l'installation de petits réfrigérateurs dans les chambres pour mise à disposition de boissons fraîches, l'utilisation d'huiles essentielles.
-----	---

Référence 13: La fin de vie

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'organisation de la prise en charge des patients dont l'état justifie la mise en place d'une démarche palliative est formalisée. Elle définit les objectifs, les circuits, les acteurs, les ressources et repose sur une convention avec l'équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs (EMASP) de l'hôpital de Cholet. Le médecin et deux paramédicaux (kinésithérapeute, psychologue) sont titulaires d'un DU de soins palliatifs.

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

En grande partie

Le formulaire de recueil de la personne de confiance est remis au patient systématiquement à l'admission par le soignant avec des explications. La possibilité de donner des directives anticipées est signalée dans le livret d'accueil avec tous les droits des patients. Les volontés exprimées par le patient sont tracées dans le dossier de soins et/ou le dossier médical mais il n'existe pas de procédure formalisée ni de support unique pour le recueil de ces directives.

Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	Les patients et leur entourage sont informés sur leurs droits 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 dans le livret d'accueil et par voie d'affichage.
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	Un projet personnalisé de prise en charge est élaboré à l'admission en collaboration pluriprofessionnelle. Il est réévalué systématiquement par l'équipe pluriprofessionnelle lors d'un staff hebdomadaire. L'accompagnement et le soutien des proches sont organisés avec la psychologue. Si besoin, les enfants sont orientés vers le SASAD qui intervient sur site ou à domicile. Le médecin rencontre régulièrement les proches qui sont associés au projet de prise en charge. Les professionnels bénéficient de formations externes à la prise en charge palliative, ou dispensées par l'EMASP de Cholet sur site ou à Cholet. Le dispositif de soutien associe l'intervention de l'EMASP complétée par l'organisation d'un groupe de parole avec un psychologue externe désigné.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Les formations à la prise en charge palliative sont dispensées par l'EMASP de Cholet dans le cadre d'une convention. Médecin et soignants participent à des formations régionales. Le médecin, la kinésithérapeute et une psychologue sont titulaires d'un DU de soins palliatifs.
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Les réunions hebdomadaires pluriprofessionnelles permettent la réévaluation des stratégies de soins. Les décisions collégiales sont tracées dans le dossier avec mention des participants et collaboration avec les correspondants extérieurs pour avis spécialisés.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	Les professionnels concernés par les situations de fin de vie fréquentes ont bénéficié de formations au repérage de l'épuisement professionnel et à la gestion du stress. Les cas complexes sont traités lors des staffs pluriprofessionnels en équipe avec la psychologue. En situation de crise, le recours

	Oui	est organisé auprès de l'EMASP. Un groupe de parole a été organisé avec la nomination d'un psychologue externe.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	Les professionnels ont été formés en interne aux dispositions de la loi du 22 avril 2005. Les supports de formation sont disponibles dans un classeur dédié dans le poste de soins. Les participants aux formations en externe font un retour d'information lors des réunions hebdomadaires.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	Des représentants des associations et des bénévoles interviennent dans le service. Des conventions sont formalisées avec l'aumônerie et avec JALMALV.
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.).	Partiellement	Le service recueille le questionnaire de satisfaction rempli par les patients ou leur famille et les remerciements exprimés par écrit. Un bilan annuel est réalisé pour les instances. Il n'y a pas de démarche d'évaluation de la démarche palliative.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	En grande partie	Les réflexions dans les situations d'obstination déraisonnable, en cas de décisions de limitation ou d'arrêt de traitement, sont conduites dans le cadre des réunions hebdomadaires pluriprofessionnelles qui incluent au moins un représentant de chaque profession et l'avis du spécialiste adresseur. Toutefois, le support de discussion collégiale n'est pas finalisé.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	De nombreuses actions d'amélioration ont été mises en oeuvre en cohérence avec le résultat des réflexions comme l'actualisation du protocole des soins de bouche, la prévention des escarres, l'organisation de la douche au lit, la formalisation de la convention avec JALMALV, la réalisation d'un studio des familles à proximité des lits identifiés sur un projet accepté par la Fondation de France, l'installation de

Oui	petits réfrigérateurs dans les chambres pour mise à disposition de boissons fraîches, l'utilisation d'huiles essentielles.
-----	--

PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation		
A		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.	Oui	La politique de gestion du dossier patient est formalisée. Les cibles sont définies et les objectifs sont fixés, la politique décrit le circuit du dossier incluant l'archivage. Le dossier patient est informatisé. Le dispositif et les règles de tenue du dossier sont accessibles pour tous les professionnels dans la documentation informatisée.
Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et diffusées.	Oui	Le dossier patient est unique et accessible avec un code personnalisé et sécurisé qui régule les droits d'accès. Les éditions papier et les traitements édités en fin de séjour sont archivés dans l'établissement dans un local organisé et sécurisé. Actuellement, l'espace est suffisant pour ne pas envisager de procédure de destruction mais un vacataire a été missionné sur une mission à durée déterminée pour évaluer les possibilités d'évolution des archives.
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	L'organisation du dossier permet à l'ensemble des intervenants de tracer tous les éléments constitutifs de l'ensemble des étapes de la prise en charge en temps réel. Le dossier médical est renseigné quotidiennement.
La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.	Oui	La communication du dossier est assurée entre tous les intervenants au moyen du dossier unique informatisé. Les règles d'accès sont sécurisées par les codes informatiques. Pour les correspondants externes, en cas de transfert, ils reçoivent une fiche de liaison de soins et un compte-rendu médical et les examens complémentaires. En cas de poursuite des soins à domicile, le patient sort avec une fiche de liaison.
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.	En grande partie	L'établissement recueille les éléments d'appréciation de l'indicateur "Tenue du dossier du patient" dans le secteur MCO pour un volume insuffisant pour le calcul de l'IPAQSS. Il n'a pas mis en oeuvre d'autre modalité d'évaluation du dossier patient.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Des actions d'amélioration ont été mises en place en cohérence avec les résultats des indicateurs nationaux comme compléter les items enregistrés lors de l'entretien d'accueil avec la trace de la remise du formulaire papier pour le recueil de la personne de confiance, évaluation initiale de la douleur à l'admission. La coordination et le suivi de la mise en oeuvre sont assurés.

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation		
A		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.	Oui	La politique de gestion du dossier patient est formalisée. Les cibles sont définies et les objectifs sont fixés, la politique décrit le circuit du dossier incluant l'archivage. Le dossier patient est informatisé. Le dispositif et les règles de tenue du dossier sont accessibles pour tous les professionnels dans la documentation informatisée.
Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et diffusées.	Oui	Le dossier patient est unique et accessible avec un code personnalisé et sécurisé qui régule les droits d'accès. Les éditions papier et les traitements édités en fin de séjour sont archivés dans l'établissement dans un local organisé et sécurisé. Actuellement, l'espace est suffisant pour ne pas envisager de procédure de destruction mais un vacataire a été missionné sur une mission à durée déterminée pour évaluer les possibilités d'évolution des archives.
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 96 % avec un intervalle de confiance à 95 % [92-94] pour la campagne 2011.

<p>La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.</p>	<p>Oui</p>	<p>La communication du dossier est assurée entre tous les intervenants au moyen du dossier unique informatisé. Les règles d'accès sont sécurisées par les codes informatiques. Pour les correspondants externes, en cas de transfert, ils reçoivent une fiche de liaison de soins et un compte-rendu médical et les examens complémentaires. En cas de poursuite des soins à domicile, le patient sort avec une fiche de liaison.</p>
<p>E3 Evaluer et améliorer</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'établissement recueille les éléments d'appréciation de l'indicateur "Tenue du dossier du patient". Il n'a pas mis en oeuvre d'autre modalité d'évaluation du dossier patient.</p>
<p>Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions d'amélioration ont été mises en place en cohérence avec les résultats des indicateurs nationaux comme compléter les items enregistrés lors de l'entretien d'accueil avec la trace de la remise du formulaire papier pour le recueil de la personne de confiance, évaluation initiale de la douleur à l'admission. La coordination et le suivi de la mise en oeuvre sont assurés.</p>

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'accès du patient à son dossier est organisé.

Oui

L'établissement organise l'accès du patient à son dossier conformément à la réglementation. Les modalités d'accès au dossier sont définies dans la procédure "accès aux informations 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.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement met en oeuvre un processus d'information du patient sur les droits d'accès à son dossier déployé par un système d'affichage dans le service de médecine et de SSR. 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. 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

Le directeur est garant 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 : moins de huit jours pour les dossiers de moins de cinq ans, moins de

	Oui	60 jours pour les dossiers de plus de cinq ans (compte-rendu CRU). Des indicateurs de suivi sont mis en place par la CRU et intégrés dans le bilan annuel transmis à l'ARS.
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 en réunion CRU lors de la préparation du bilan annuel. Il y a eu une seule demande, la procédure décrit les obligations concernant les délais de réponse.
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.

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 "accès aux informations 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.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement met en oeuvre un processus d'information du patient sur les droits d'accès à son dossier déployé par un système d'affichage dans le service de médecine et de SSR. 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. 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

Le directeur est garant 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 : moins de huit jours pour les dossiers de moins de cinq ans, moins de

	Oui	60 jours pour les dossiers de plus de cinq ans (compte-rendu CRU). Des indicateurs de suivi sont mis en place par la CRU et intégrés dans le bilan annuel transmis à l'ARS.
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 en réunion CRU lors de la préparation du bilan annuel. Il y a eu une seule demande, la procédure décrit les obligations concernant les délais de réponse.
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.

Référence 15: l'identification du patient

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



Cotation		C
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	La politique et les procédures relatives à l'identitovigilance ont été validées par la CME en septembre 2012. Elle définit les objectifs et les processus incluant la gestion des situations particulières (enregistrement au secret). Un référent est identifié. Une cellule d'identitovigilance est en place depuis fin 2012. Le suivi des doublons est assuré. Les points critiques ont été identifiés et sont tracés dans la cartographie des risques a priori.
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.	Partiellement	Le personnel d'accueil a été formé par le prestataire du logiciel administratif à l'identitovigilance lors de la saisie d'identité et à la gestion des doublons. Un support est disponible pour la gestion des doublons. Tout le personnel soignant a été sensibilisé à l'identitovigilance dans le cadre d'une formation globale à la gestion des risques. Il n'y a pas de programme ni de support de formation spécifique à l'identitovigilance.

Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	La procédure de vérification d'identité est connue et mise en oeuvre par les personnels de l'accueil. Elle est actualisée et disponible au format informatique.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	En grande partie	Une procédure de vérification de l'identité avant réalisation d'actes diagnostiques ou thérapeutiques est actualisée et mise en oeuvre. La traçabilité de la vérification n'est pas organisée.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit), et les erreurs sont analysées et corrigées.	En grande partie	Des actions d'amélioration, suite à l'analyse des événements indésirables, ont été mises en oeuvre pour fiabiliser l'identification du patient : port systématique du bracelet d'identification pour tous les patients, modification des piluliers, affichage de l'IPP sur les étiquettes et aux archives mais il n'y a pas d'évaluation organisée de la fiabilité de l'identification.

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		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
C		
Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient, à toutes les étapes de sa prise en charge, sont définis.	Oui	La politique et les procédures relatives à l'identitovigilance ont été validées par la CME en septembre 2012. Elle définit les objectifs et les processus incluant la gestion des situations particulières (enregistrement au secret). Un référent est identifié. Une cellule d'identitovigilance est en place depuis fin 2012. Le suivi des doublons est assuré. Les points critiques ont été identifiés et sont tracés dans la cartographie des risques a priori.
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.	Partiellement	Le personnel d'accueil a été formé par le prestataire du logiciel administratif à l'identitovigilance lors de la saisie d'identité et à la gestion des doublons. Un support est disponible pour la gestion des doublons. Tout le personnel soignant a été sensibilisé à l'identitovigilance dans le cadre d'une formation globale à la gestion des risques. Il n'y a pas de programme ni de support de formation spécifique à l'identitovigilance.

Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	La procédure de vérification d'identité est connue et mise en oeuvre par les personnels de l'accueil. Elle est actualisée et disponible au format informatique.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	En grande partie	Une procédure de vérification de l'identité avant réalisation d'actes diagnostiques ou thérapeutiques est actualisée et mise en oeuvre. La traçabilité de la vérification n'est pas organisée.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit), et les erreurs sont analysées et corrigées.	En grande partie	Des actions d'amélioration, suite à l'analyse des événements indésirables, ont été mises en oeuvre pour fiabiliser l'identification du patient : port systématique du bracelet d'identification pour tous les patients, modification des piluliers, affichage de l'IPP sur les étiquettes et aux archives mais il n'y a pas d'évaluation organisée de la fiabilité de l'identification.

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

Référence 17: l'évaluation de l'état de santé du patient**Critère 17.a - Court Séjour****Evaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisé**

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

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

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

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

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

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

Critère 17.b
Prise en charge somatique des patients



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

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'organisation de la prise en charge somatique est évaluée, et des actions d'amélioration sont mises en 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'informations entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs, sont définies.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les secteurs d'activité collaborent pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	Oui	

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

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

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

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

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
	A	
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.	En grande partie	
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.	Oui	

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

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

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

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
	A	
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.	En grande partie	
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.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes âgées

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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



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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.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.	En grande partie	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Dépistage des troubles nutritionnels" et de sa valeur de 88 % avec un intervalle de confiance à 95 % à [80 % - 95 %] 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 « Dépistage des troubles nutritionnels ». Il a mis en oeuvre une autre évaluation (suivi de la satisfaction des patients avec un taux de réponse au questionnaire satisfaisant).
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.	Non	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.d Hospitalisation sans consentement

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

Cotation		
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.

En grande partie

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, reprenant, entre grande partie, la circulaire du 6 avril 2011, la politique gestion des risques du circuit du médicament, est formalisée dans le règlement intérieur du COMEDIMS. Les objectifs concernant le circuit, le suivi du CBU, l'informatisation sont inscrits dans la politique qualité et dans le projet d'établissement. Toutefois, les experts-visiteurs n'ont pas retrouvé la formalisation des formations des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses ni de la mise en place des plans d'actions liés aux erreurs médicamenteuses. La politique, les missions et les objectifs ne sont pas regroupés dans la politique qualité de l'établissement.

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

Oui

L'informatisation du circuit du médicament est totalement aboutie, en place depuis 2005. Elle est intégrée au coeur du schéma directeur du système d'information. Le circuit du médicament est totalement informatisé (logiciel pour la prescription/dispensation/analyse pharmaceutique et administration, logiciel pour la gestion des stocks). Les mises à jour sont définies dans le contrat avec le prestataire.

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	Le livret thérapeutique validé par le COMEDIMS et actualisé est disponible pour tous les professionnels. Des outils validés d'aide à la prescription sont accessibles aux professionnels. Le logiciel de prescription/administration permet l'accès à la base de données Claude Bernard (BCB). Les protocoles et recommandations élaborés et validés avec le COMEDIMS concernant la prescription et l'administration sont à disposition dans des classeurs et sur le réseau. Les informations et recommandations de la HAS (outils de sécurisation de l'administration) sont disponibles. Les prescripteurs sont abonnés à la revue Prescrire et à la revue de Gériatrie. Le pharmacien informe les prescripteurs des modifications éventuelles des conditions d'utilisation des médicaments, et dispense un conseil pharmaceutique. Le COMEDIMS diffuse régulièrement des recommandations sur le bon usage des médicaments.
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	La formation à l'utilisation de la feuille de déclaration des événements indésirables a permis une sensibilisation au risque d'erreurs médicamenteuses. Des flyers sur le bon usage des médicaments ont été mis à disposition des professionnels. Le pharmacien a reçu une formation par l'OMEDIT sur « le risque d'erreurs médicamenteuses induites par l'informatisation du circuit du médicament ». Il l'a présentée aux membres du COMEDIMS. La cadre de santé a diffusé l'information aux professionnels lors des réunions de service (compte-rendu). Une sensibilisation régulière a lieu lors des réunions sur l'identitovigilance (intérêt de la pose du bracelet).
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation du circuit du médicament est totalement aboutie, en place depuis 2005. Le circuit du médicament est totalement informatisé (logiciel OSIRIS, pour la prescription/dispensation/analyse pharmaceutique et administration, logiciel pour la gestion des stocks). Les mises à jour sont définies dans le contrat avec le prestataire.
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>L'hôpital participe au recueil des indicateurs IPAQSS "Prescription" et "Traitement de sortie » et a développé des indicateurs suite aux deux audits ANAP sur la sécurisation du circuit du médicament. Les indicateurs du CBU, les médicaments hors GHS, les DMS, le matériel, les stupéfiants sont suivis et analysés en COMEDIMS.</p>
<p>Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le support de signalement des événements indésirables permet le signalement des erreurs médicamenteuses. Les erreurs déclarées sont, dans un premier temps, traitées par le responsable qualité et le pharmacien en lien avec les professionnels concernés. Leur hiérarchisation permet d'identifier des événements indésirables graves. Ils sont analysés en COMEDIMS et COVIR.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions d'amélioration ont été mises en oeuvre suite à l'analyse d'erreurs médicamenteuses ainsi qu'aux deux audits « ANAP », le plan d'actions qualité de la prise en charge médicamenteuse en témoigne. Les résultats des indicateurs et des différentes évaluations sur la sécurité du circuit du médicament sont analysés en COMEDIMS (actions mises en place suite au premier audit ANAP). Tout EI déclaré est pris en compte par le gestionnaire des risques qui reçoit la déclaration, et une action corrective est déclenchée. Le rédacteur d'une déclaration d'EI reçoit une information sur les actions correctives immédiates mises en place (messagerie du logiciel Dossier patient).</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.

En grande partie

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, reprenant, entre grande partie, la circulaire du 6 avril 2011, la politique gestion des risques du circuit du médicament, est formalisée dans le règlement intérieur du COMEDIMS. Les objectifs concernant le circuit, l'informatisation sont inscrits dans la politique qualité et dans le projet d'établissement. Toutefois, les experts-visiteurs n'ont pas retrouvé la formalisation des formations des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses ni la mise en place des plans d'actions liés aux erreurs médicamenteuses. La politique, les missions et les objectifs ne sont pas regroupés dans la politique qualité de l'établissement.

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

Oui

L'informatisation du circuit du médicament est totalement aboutie, en place depuis 2005. Elle est intégrée au coeur du schéma directeur du système d'information. Le circuit du médicament est totalement informatisé (logiciel pour la prescription/dispensation/analyse pharmaceutique et administration, logiciel pour la gestion des stocks). Les mises à jour sont définies dans le contrat avec le prestataire.

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	Le livret thérapeutique validé par le COMEDIMS et actualisé est disponible pour tous les professionnels. Des outils validés d'aide à la prescription sont accessibles aux professionnels. Le logiciel de prescription/administration permet l'accès à la base de données Claude Bernard (BCB). Les protocoles et recommandations élaborés et validés avec le COMEDIMS concernant la prescription et l'administration sont à disposition dans des classeurs et sur le réseau. Les informations et recommandations de la HAS (outils de sécurisation de l'administration) sont disponibles. Les prescripteurs sont abonnés à la revue Prescrire et à la revue de Gériatrie. Le pharmacien informe les prescripteurs des modifications éventuelles des conditions d'utilisation des médicaments, et dispense un conseil pharmaceutique. Le COMEDIMS diffuse régulièrement des recommandations sur le bon usage des médicaments.
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	La formation à l'utilisation de la feuille de déclaration des événements indésirables a permis une sensibilisation au risque d'erreurs médicamenteuses. Des flyers sur le bon usage des médicaments ont été mis à disposition des professionnels. Le pharmacien a reçu une formation par l'OMEDIT sur « le risque d'erreurs médicamenteuses induites par l'informatisation du circuit du médicament ». Il l'a présentée aux membres du COMEDIMS. La cadre de santé a diffusé l'information aux professionnels lors des réunions de service (compte-rendu). Une sensibilisation régulière a lieu lors des réunions sur l'identitovigilance (intérêt de la pose du bracelet).
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation du circuit du médicament est totalement aboutie, en place depuis 2005. Le circuit du médicament est totalement informatisé (logiciel pour la prescription/dispensation/analyse pharmaceutique et administration, logiciel pour la gestion des stocks). Les mises à jour sont définies dans le contrat avec le prestataire.
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>L'hôpital participe au recueil des indicateurs IPAQSS "Prescription" et "Traitement de sortie » et a développé des indicateurs suite aux deux audits ANAP sur la sécurisation du circuit du médicament. Les médicaments hors GHS, les DMS, le matériel, les stupéfiants sont suivis et analysés en COMEDIMS.</p>
<p>Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le support de signalement des événements indésirables permet le signalement des erreurs médicamenteuses. Les erreurs déclarées sont, dans un premier temps, traitées par le responsable qualité et le pharmacien en lien avec les professionnels concernés. Leur hiérarchisation permet d'identifier des événements indésirables graves. Ils sont analysés en COMEDIMS et COVIR.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions d'amélioration ont été mises en oeuvre suite à l'analyse d'erreurs médicamenteuses ainsi qu'aux deux audits « ANAP », le plan d'actions qualité de la prise en charge médicamenteuse en témoigne. Les résultats des indicateurs et des différentes évaluations sur la sécurité du circuit du médicament sont analysés en COMEDIMS (actions mises en place suite au premier audit ANAP). Tout EI déclaré est pris en compte par le gestionnaire des risques qui reçoit la déclaration, et une action corrective est déclenchée. Le rédacteur d'une déclaration d'EI reçoit une information sur les actions correctives immédiates mises en place (messagerie du logiciel Dossier patient).</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 supports de prescription sont informatisés et les règles définies dans le processus "circuit du médicament" et dans le guide d'utilisation du logiciel de prescription/dispensation/administration. Elles sont validées par le COMEDIMS et mises en place. La liste des prescripteurs est disponible à la pharmacie et actualisée.

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

Oui

L'établissement s'est organisé pour assurer la continuité du traitement médicamenteux du patient de l'admission jusqu'à la sortie. Avant l'admission, le patient ou le médecin adresseur est informé de la nécessité de communiquer tous les traitements. Le recueil et la réévaluation des traitements personnels du patient sont systématiquement réalisés à l'admission, et la prescription d'entrée tient compte du traitement personnel du patient. Une procédure de gestion du traitement personnel du patient a été élaborée et est appliquée par les professionnels concernés. Pendant le séjour, les médicaments apportés par les patients sont soit rendus à la famille, soit conservés dans le poste infirmier, placard fermé à clé.

	Oui	Lors de transferts, un courrier mentionnant les traitements du patient est joint et, lors de la sortie, le médecin rédige une ordonnance de sortie (IPAQSS en SSR présence du traitement à la sortie : 99 %).
Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont définies.	En grande partie	<p>L'établissement a mis en place une organisation pour sécuriser la dispensation. Cette organisation est décrite dans plusieurs procédures :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sécurisation des transports ; - délivrance des médicaments ou produits de santé en urgence ; - dotation de l'armoire à pharmacie pour MCO/SSR ; - achats en pharmacie en MCO/SSR. <p>Les prescriptions sont validées par le pharmacien. L'analyse pharmaceutique est réalisée (tableau annuel de résultats). Le transport des médicaments dans l'unité de soins se fait en caisse sécurisée. L'identification du médicament et le suivi de la péremption sont possibles à tout moment grâce à une absence de déconditionnement des blisters. Le pharmacien remplit son rôle de conseil aux prescripteurs soit directement, soit par la transmission de documents ou par l'ajout de conseil sur le support OSIRIS après l'analyse pharmaceutique.</p> <p>Toutefois, la dispensation n'est pas nominative excepté pour les stupéfiants et ASE (agent stimulant de l'érythropoïèse).</p>
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	<p>Une procédure d'administration des médicaments incluant les règles de traçabilité de l'administration (ou de la non administration) du médicament est rédigée, diffusée et actualisée. La traçabilité de l'administration est informatisée et effectuée au moment de l'administration sur le support unique de prescription/validation/administration. Les règles sont validées par le COMEDIMS. La non administration est tracée. Toute administration d'un traitement se fait en regard de la prescription. La procédure et les protocoles thérapeutiques validés et</p>

	Oui	actualisés sont accessibles en permanence (gestion documentaire informatique). L'administration des médicaments injectables utilise du matériel adapté et standardisé. Le rangement des traitements dans l'armoire est réalisé par les infirmières et évalué par le pharmacien. Les péremptions des médicaments sont réalisées et tracées par l'infirmière de nuit.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	Les prescriptions y compris celles des injectables sont conformes à la réglementation et au processus « circuit du médicament ». Des audits et indicateurs IPAQSS (non obligatoires pour le service de MCO : 10 lits) sont mis en place.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	L'établissement a développé l'analyse pharmaceutique en regard de la totalité du traitement, avec accès : aux données biologiques, aux constantes, aux antécédents, aux pathologies du patient. Le logiciel Dossier patient génère des alertes en cas de iatrogénie ou de contre-indication. Une évaluation est réalisée, tracée et analysée en COMEDIMS.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Oui	Les situations nécessitant une information des patients sont identifiées. Le médecin, lors de l'admission, précise les bénéfices-risques au patient (refus si demande de psychotrope en cas de risque de chutes). L'information est notée dans le dossier patient. Des flyers sont à la disposition des patients et des familles. Les infirmières suite aux conseils du pharmacien sensibilisent les patients.

La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Le processus « circuit du médicament » et les modalités d'utilisation du logiciel intègrent les règles de traçabilité de l'administration. La traçabilité de l'administration est assurée directement dans le dossier patient informatisé. Les professionnels ont des ordinateurs sur chariot pour réaliser une traçabilité en temps réel.
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	L'établissement a réalisé deux audits « ANAP » sur la sécurisation du circuit du médicament. Les résultats des audits et les actions d'amélioration sont intégrés dans le plan d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse du patient. L'armoire à pharmacie est approvisionnée par le pharmacien. Il en effectue également un contrôle régulier. Le chariot d'urgence et le sac d'urgence sont sécurisés et contrôlés à périodicité mensuelle avec une traçabilité de cette maintenance.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Les actions d'amélioration sont mises en place suite aux deux audits de l'ANAP sur la sécurisation du circuit du médicament et à l'EPP : rédaction de procédure sur la sécurisation du circuit, pose du bracelet d'identification du patient, mise en place d'un système d'étiquetage (homonymie, conditionnement, homophonie...), réorganisation de l'armoire, sensibilisation de toutes les IDE du service aux erreurs médicamenteuses, identification des « médicaments à risques » dans l'unité de soins... Ce plan est suivi par le pharmacien et présenté au COMEDIMS et au COVIR.

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 supports de prescription sont informatisés et les règles définies dans le processus "circuit du médicament" et dans le guide d'utilisation du logiciel de prescription/dispensation/administration (OSIRIS). Elles sont validées par le COMEDIMS et mises en place. La liste des prescripteurs est disponible à la pharmacie et actualisée.

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

Oui

L'établissement s'est organisé pour assurer la continuité du traitement médicamenteux du patient de l'admission jusqu'à la sortie. Avant l'admission, le patient ou le médecin adresseur est informé de la nécessité de communiquer tous les traitements. Le recueil et la réévaluation des traitements personnels du patient sont systématiquement réalisés à l'admission, et la prescription d'entrée tient compte du traitement personnel du patient. Une procédure de gestion du traitement personnel du patient a été élaborée et est appliquée par les professionnels concernés. Pendant le séjour, les médicaments apportés par les patients sont soit rendus à la famille, soit conservés dans le poste infirmier, placard fermé à clé.

	Oui	Lors de transferts, un courrier mentionnant les traitements du patient est joint et, lors de la sortie, le médecin rédige une ordonnance de sortie (IPAQSS en SSR présence du traitement à la sortie : 99 %).
Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont définies.	En grande partie	<p>L'établissement a mis en place une organisation pour sécuriser la dispensation. Cette organisation est décrite dans plusieurs procédures :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sécurisation des transports ; - délivrance des médicaments ou produits de santé en urgence ; - dotation de l'armoire à pharmacie pour MCO/SSR ; - achats en pharmacie en MCO/SSR. <p>Les prescriptions sont validées par le pharmacien. L'analyse pharmaceutique est réalisée (tableau annuel de résultats). Le transport des médicaments dans l'unité de soins se fait en caisse sécurisée. L'identification du médicament et le suivi de la péremption sont possibles à tout moment grâce à une absence de déconditionnement des blisters. Le pharmacien remplit son rôle de conseil aux prescripteurs soit directement, soit par la transmission de documents ou par l'ajout de conseil sur le support OSIRIS après l'analyse pharmaceutique.</p> <p>Toutefois, la dispensation n'est pas nominative sauf pour les stupéfiants et ASE (agent stimulant de l'érythropoïèse).</p>
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	<p>Une procédure d'administration des médicaments incluant les règles de traçabilité de l'administration (ou de la non administration) du médicament est rédigée, diffusée et actualisée. La traçabilité de l'administration est informatisée et effectuée au moment de l'administration sur le support unique de prescription/validation/administration. Les règles sont validées par le COMEDIMS. La non administration est tracée. Toute administration d'un traitement se fait en regard de la prescription. La procédure et les protocoles thérapeutiques validés et</p>

	Oui	actualisés sont accessibles en permanence (gestion documentaire informatique). L'administration des médicaments injectables utilise du matériel adapté et standardisé. Le rangement des traitements dans l'armoire est réalisé par les infirmières et évalué par le pharmacien. Les péremptions des médicaments sont réalisées et tracées par l'infirmière de nuit.
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'établissement a développé l'analyse pharmaceutique en regard de la totalité du traitement, avec accès : aux données biologiques, aux constantes, aux antécédents, aux pathologies du patient. Le logiciel OSIRIS génère des alertes en cas de iatrogénie ou de contre-indication. Une évaluation est réalisée, tracée et analysée en COMEDIMS.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Oui	Les situations nécessitant une information des patients sont identifiées. Le médecin, lors de l'admission, précise les bénéfices-risques au patient (refus si demande de psychotrope en cas de risque de chutes). L'information est notée dans le dossier patient. Des flyers sont à la disposition des patients et des familles. Les infirmières suite aux conseils du pharmacien sensibilisent les patients.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Le processus « circuit du médicament » et les modalités d'utilisation du logiciel OSIRIS intègrent les règles de traçabilité de l'administration. La traçabilité de l'administration est assurée directement dans le dossier

	Oui	patient informatisé. Les professionnels ont des ordinateurs sur chariot pour réaliser une traçabilité en temps réel.
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	L'établissement a réalisé deux audits « ANAP » sur la sécurisation du circuit du médicament. Les résultats des audits et les actions d'amélioration sont intégrés dans le plan d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse du patient. L'armoire à pharmacie est approvisionnée par le pharmacien. Il en effectue également un contrôle régulier. Le chariot d'urgence et le sac d'urgence sont sécurisés et contrôlés à périodicité mensuelle avec une traçabilité de cette maintenance.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Les actions d'amélioration sont mises en place suite aux deux audits de l'ANAP sur la sécurisation du circuit du médicament et à l'EPP : rédaction de procédure sur la sécurisation du circuit, pose du bracelet d'identification du patient, mise en place d'un système d'étiquetage (homonymie, conditionnement, homophonie...), réorganisation de l'armoire, sensibilisation de toutes les IDE du service aux erreurs médicamenteuses, identification des « médicaments à risques » dans l'unité de soins... Ce plan est suivi par le pharmacien et présenté au COMEDIMS et au COVIR.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

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

La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.	Oui	
Des actions d'amélioration et leurs suivis sont mis en oeuvre.	Partiellement	

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

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

La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.	Oui	
Des actions d'amélioration et leurs suivis sont mis en oeuvre.	Partiellement	

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

Critère 21.a - Court Séjour

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Critère 21.b Démarche qualité en laboratoire de biologie médicale

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

Cotation	NA	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le laboratoire de biologie médicale développe une politique institutionnelle de management de la qualité, en tenant compte de l'évolution de la réglementation qui conduit à l'accréditation.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La démarche qualité est mise en 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).	Partiellement	
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.	Partiellement	
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		
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).	Partiellement	
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.	Non	
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité, avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.	Oui	

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

Critère 22.b Démarche qualité en service d'imagerie

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

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

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

**Critère 23.a - Court Séjour
Education thérapeutique du patient**

Cotation	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.	Non	
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.	Partiellement	

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.	Non	
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.	Partiellement	

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	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	En grande partie	
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Partiellement	

Référence 24: La sortie du patient

Critère 24.a - Soins de suite et/ou de réadaptation
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 57 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [47 % - 68 %] 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.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation ». Il n'a pas mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Non	L'établissement n'a pas mis en place de dispositif permettant d'évaluer la pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert des patients.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Partiellement	Suite aux résultats IPAQSS, le médecin a réduit le temps de transmission du courrier de sortie. Toutefois, l'absence d'évaluation de la pertinence des orientations à la sortie ne permet pas de mettre en place des actions d'amélioration.

PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

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

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



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

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

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

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.a Organisation du bloc opératoire



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

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

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

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

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



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

Un responsable identifié régule les activités, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un recueil et une analyse des événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en 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'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.	NA	
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Un responsable identifié régule les activités, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un recueil et une analyse des événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en 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		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.	NA	
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.	NA	
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.	NA	
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Un responsable identifié régule les activités, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un recueil et une analyse des événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en 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: 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.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique, et sont formés, notamment en matière d'information des familles.	Oui	
Dans les établissements autorisés, les bonnes pratiques de prélèvement sont mises en oeuvre.	NA	L'établissement ne réalise pas de prélèvement.
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		
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.	NA	
Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées, dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mettent en 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.	En grande partie	
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 révise régulièrement la liste des indicateurs analysés.	Oui	
---	-----	--

6.INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Les indicateurs généralisés actuellement recueillis

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

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

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_493937/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 : HOPITAL PRIVE BEAUPREAU (490004256)

Résultats des indicateurs de qualité

Dossier du Patient - Champ SSR

Référence Nationale

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

Etablissement : HOPITAL PRIVE BEAUPREAU (490004256)

Libellé indicateur	Année 2010				Année 2011				Année 2012				Année 2013			
	Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire :				Recueil obligatoire :			
	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.
Tenue du dossier patient (score sur 100)	93 [92 - 94]		(+)	NA	96 [94 - 97]		(+)	→								
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (%)	89 [82% - 96%]		(+)	NA	58 [47% - 68%]		(-)	↘								
Traçabilité de l'évaluation la douleur (%)	0 [0% - 0%]		(-)	NA	60 [49% - 71%]		(-)	↗								
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 (%)	30 [20% - 41%]		(-)	NA	88 [80% - 95%]		(=)	↗								

7.BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE

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

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMAN - DATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Circuit du médicament	DRASS (ARS)	11.07.07	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plan d'actions en cours
Stérilisation des dispositifs médicaux	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Désinfection des dispositifs médicaux	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Laboratoires d'analyses de biologie médicale	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infrastructures	COMMISSION DE SECURITE (Pompiers)	10.06.2010	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input type="checkbox"/>	COMMISSION DE SECURITE (Pompiers)	10.06.2010	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité électrique	COMMISSION DE SECURITE (Pompiers)	10.06.2010	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hygiène alimentaire et eau d'alimentation	DSV	23.07.2008	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eaux à usage médical	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eaux à usage technique	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eaux chaudes sanitaires			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déchets à risques infectieux et pièces anatomiques.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déchets à risques radioactifs	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déchets à risques chimiques et toxiques, effluents liquides			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

