



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION V2010

USLD - CENTRE DEPARTEMENTAL DE REPOS ET DE SOINS

40 rue du Stauffen BP 70468 - 68020 - Colmar

JUIN 2012

SOMMAIRE

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

5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	28
CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	30
PARTIE 1. Management stratégique	31
PARTIE 2. Management des ressources	55
PARTIE 3. Management de la qualité et de la sécurité des soins	96
CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT	123
PARTIE 1. Droits et place des patients	124
PARTIE 2. Gestion des données du patient	169
PARTIE 3. Parcours du patient	187
PARTIE 4. Prises en charge spécifiques	262
PARTIE 5. Evaluation des pratiques professionnelles	276
6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	283
7. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE	285

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

USLD - CENTRE DEPARTEMENTAL DE REPOS ET DE SOINS

Adresse : 40 rue du Stauffen BP 70468
68020 Colmar HAUT-RHIN

Statut : Public

Type d'établissement : Centre Hospitalier

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Soins de suite et/ou de réadaptation	8	0	0
Soins de longue durée	80	0	0

Nombre de sites.:	Le CDRS est composé de 6 pavillons de soins, tous regroupés sur un même site, rue du Stauffen.
Activités principales.:	* Unité de Soins de Longue Durée : 80 lits * EHPAD : 350 lits * Adultes handicapés : 180 lits + 30 places de SSIAD-PH
Activités de soins soumises à autorisation.:	* Unité de soins de longue durée : 80 lits * SSR : unité EVC : Autorisation administrative de 8 lits détenue par les Hôpitaux Civils de Colmar qui délèguent par convention la mise en oeuvre de l'activité au Centre Départemental de Repos et de Soins.
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	/

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	- Fédération Médicale Inter-hospitalière avec le service de SSR de la Résidence Hospitalière de la Weiss à Kayersberg. - Conventions avec les Hôpitaux Civils de Colmar : Equipe mobile de soins palliatifs, Canicule, Stérilisation, EVC, Protection des Majeurs, Examens biologiques, Dialyse péritonéale, - Convention avec le CHS de Rouffach : admissions de résidents du CDRS en milieu psychiatrique, - Association Gériat'Image : activités de télé-médecine entre CDRS et EHPAD adhérents à l'association.
Regroupement/Fusion.:	Convention de direction commune avec l'EHPAD de Turckheim.
Arrêt et fermeture d'activité.:	/

Réorganisation de l'offre de soins

Création d'activités nouvelles ou reconversions.:

Transformation de 40 d'USLD en EHPAD au 1er janvier 2010 suite à la redéfinition des USLD.

2.DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1.Niveau de certification

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

Décisions

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Compte tenu des informations issues des contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement inscrites dans le volet Sécurité Sanitaire de la fiche interface HAS/ARS, la Haute Autorité de Santé demande à l'établissement de finaliser sa mise en conformité sur: la prévention des risques d'inhalation de poussières d'amiante. Ceci bien que l'avis soit favorable sur le sujet, l'établissement n'a pas finalisé les actions à mettre en oeuvre pour lever l'ensemble des recommandations prononcées lors du dernier contre externe.

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

L'établissement n'est pas assujetti au recueil des indicateurs de la Haute Autorité de Santé.

4. Critères investigués lors de la visite de certification

La visite de certification s'est déroulée du 06/03/2012 au 09/03/2012.

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, 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

11.b Soins de longue durée, 12.a Soins de longue durée, 12.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 13.a Soins de longue durée, 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 Soins de longue durée, 14.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 14.b Soins de longue durée, 15.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 15.a Soins de longue durée

PARCOURS DU PATIENT

16.a Soins de longue durée, 17.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 17.a Soins de longue durée, 18.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 18.a Soins de longue durée, 19.a Personnes atteintes d'un handicap, 19.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 19.b Soins de longue durée, 19.c Soins de longue durée, 20.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 20.a Soins de longue durée, 20.a bis Soins de suite et/ou de réadaptation, 20.a bis Soins de longue durée, 23.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 23.a Soins de longue durée, 24.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 24.a Soins de longue durée

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

28.a, 28.b, 28.c

5.Suvi de la décision

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

3.PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS

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

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

Ensemble des thématiques du manuel

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

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

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

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

Pratiques exigibles prioritaires

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

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

Ces pratiques exigibles prioritaires concernent les critères suivants :

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

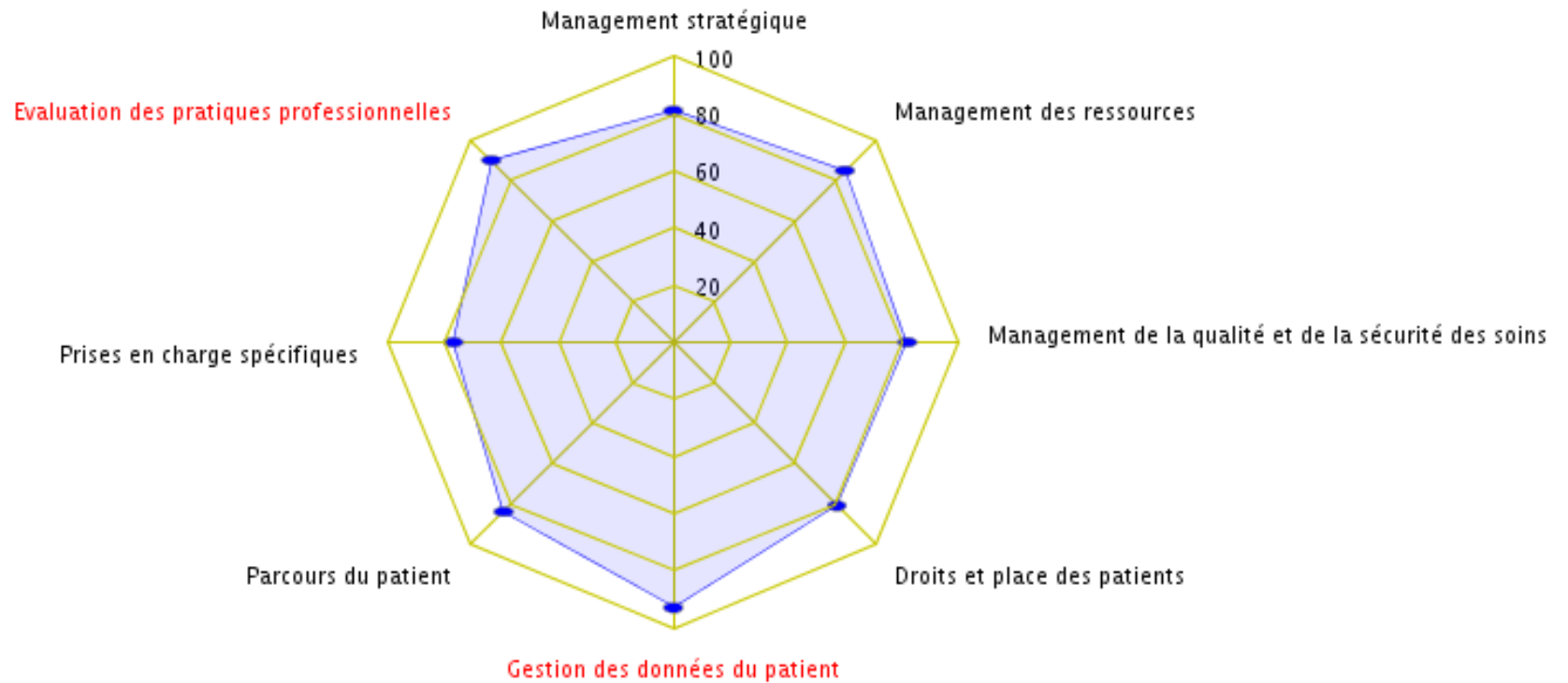
Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement.

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

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

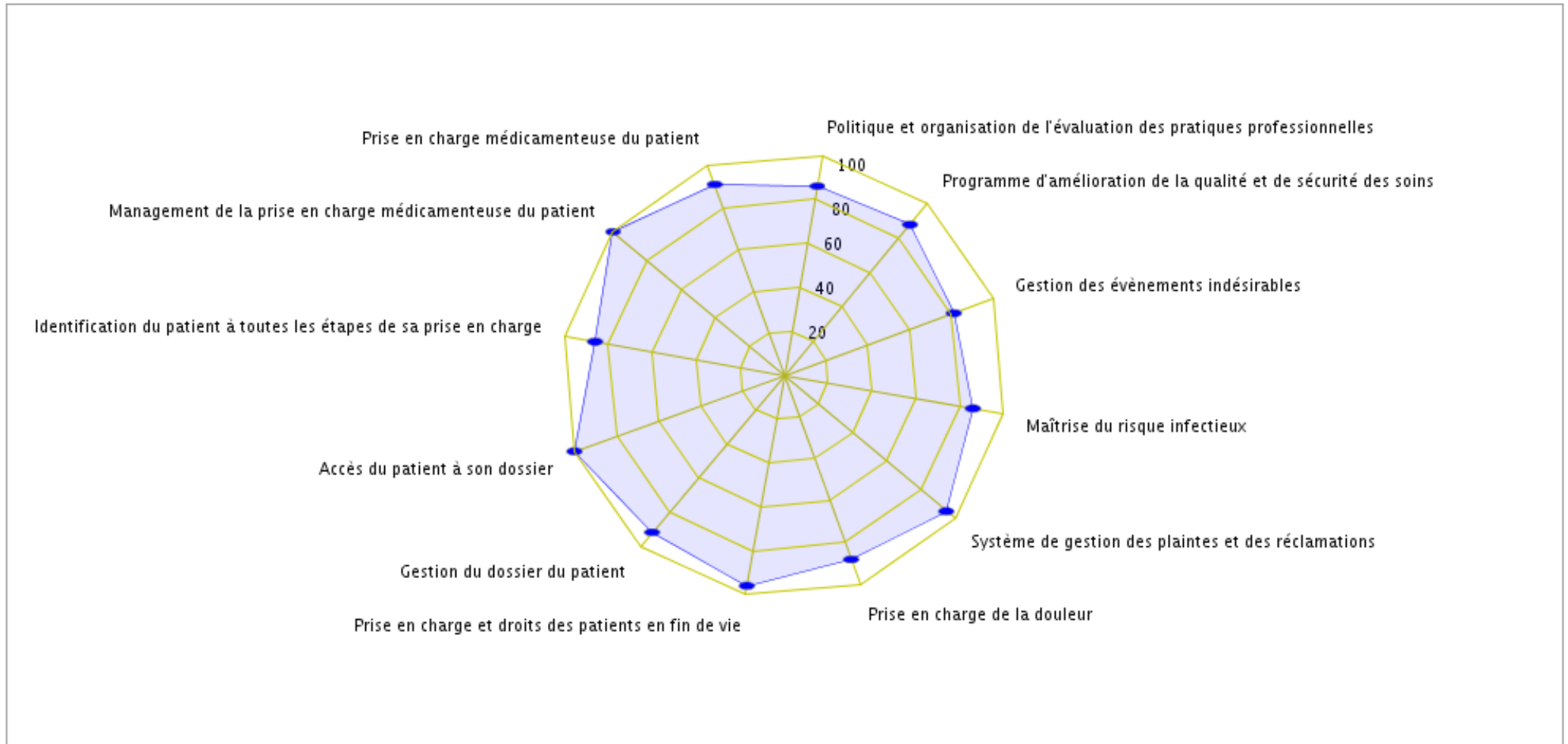
- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (10a),
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b),
- Respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c),
- Accueil et accompagnement de l'entourage (10d),
- Information du patient sur son état de santé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

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

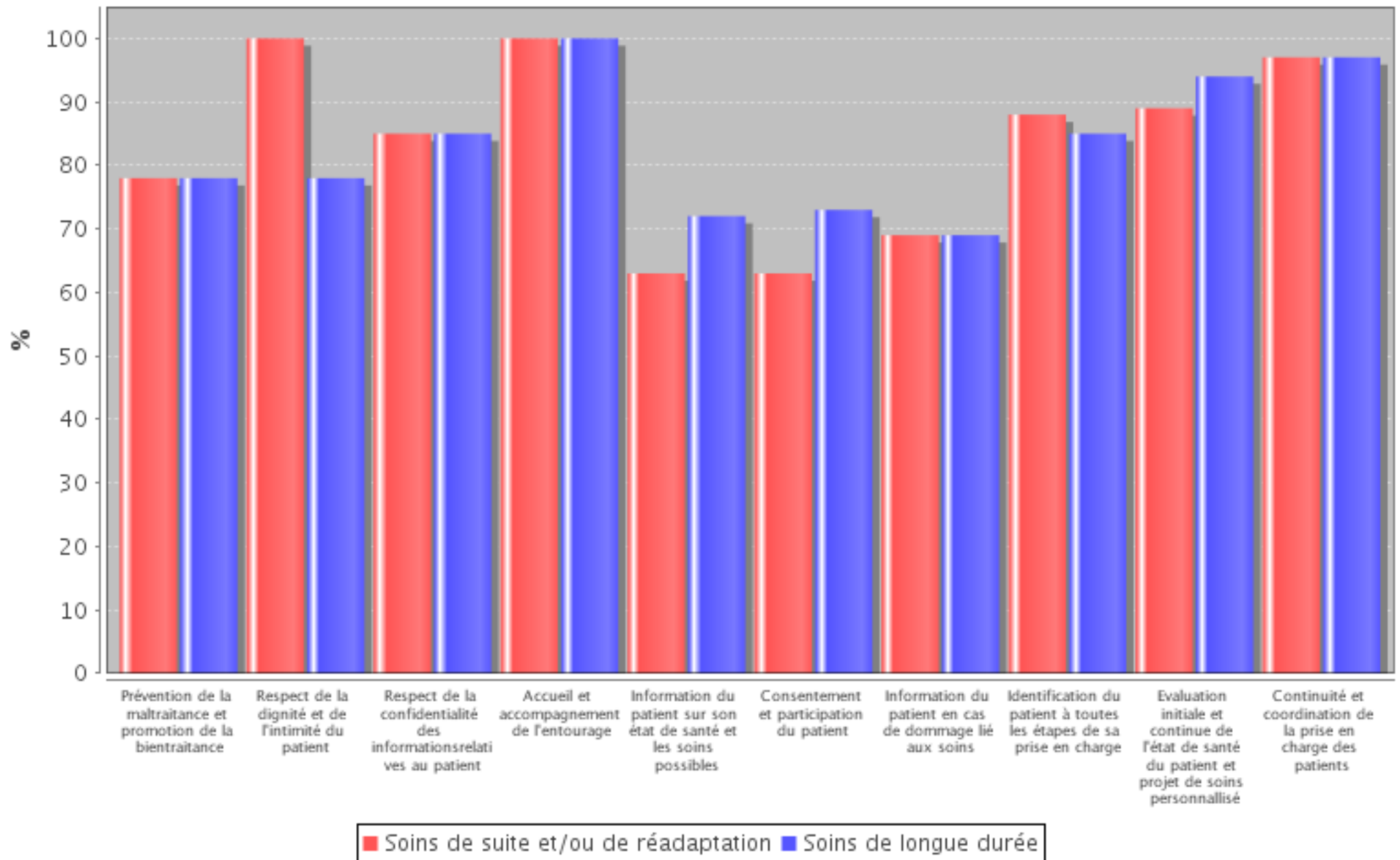


Les libellés des points fort (> 90%) sont en rouge.

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



3. Regard patient



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

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

5.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les orientations stratégiques sont élaborées, en concertation avec les parties prenantes en interne et en externe.	En grande partie	Le nouveau projet d'établissement 2012-2016 a été élaboré en s'appuyant sur des groupes de travail associant systématiquement les personnels. Il a également été présenté pour validation aux instances de l'établissement. Cependant, son élaboration n'a pas donné lieu à une concertation formalisée avec les partenaires extérieurs de l'établissement.
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.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La mise en œuvre des orientations stratégiques fait l'objet d'un suivi et d'une révision périodique.	Partiellement	
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.

En grande partie

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.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le programme pluriannuel fait l'objet d'un suivi et de réajustements réguliers.	Non	

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.c Démarche éthique

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement**Critère 1.d
Politique des droits des patients****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

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

Oui

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

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

Oui

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

Partiellement

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

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.e

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

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

En grande partie

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La stratégie de développement des EPP est inscrite dans la politique qualité, sécurité et développement durable du projet médical 2012-2017, comme elle était inscrite dans le projet médical et le CPOM 2007-2012. Elle est sous la responsabilité de la CME qui a mis en place une sous-commission EPP. Celle-ci n'est pas réservée aux seuls médecins mais les soignants par l'intermédiaire des cadres et de la direction des soins y sont associés. Elle s'inscrit dans la cadre de la gestion des risques et de la qualité.

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

Oui

Le COPIL qualité se réunit régulièrement, il comprend des représentants de la direction et des soignants, et l'ensemble des médecins. Le suivi des EPP y est assuré.

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

L'organigramme de l'organisation des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles définit les étapes : définition de la politique, proposition, validation des thèmes et de la méthodologie, suivi du tableau de bord et communication. A chaque étape, les critères et les responsables sont définis.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en œuvre de l'EPP.	Oui	Le service qualité assure le suivi et l'aide méthodologique. Toutes les EPP sont accompagnées avec un niveau d'aide variable suivant l'EPP choisie et les acteurs responsables.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	En grande partie	L'établissement suit l'avancement des EPP lors de chaque COPIL. L'impact des démarches est programmé lors de la deuxième évaluation prévue au départ dans la méthodologie, mais cette mesure d'impact n'est pas formalisée. Toutefois, des EPP ont été arrêtées lorsque la première évaluation montrait qu'il n'y avait pas de marge d'amélioration possible.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	En grande partie	La communication est faite au niveau de la CME, du COPIL et des réunions hebdomadaires des cadres. Certaines EPP ont fait l'objet d'une communication interne sous forme de posters affichés dans tous les services. Des notes d'information ont été transmises lorsqu'une EPP débouchait sur une modification des pratiques, par exemple la modification des fiches d'événements indésirables concernant les chutes. La communication n'est pas structurée en amont des EPP, et elle n'est pas planifiée.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	En grande partie	La communication est systématique en COPIL qualité et en CME. Suivant les EPP, certaines sous-commissions sont informées : COMEDIMS, CLIN, CLAN. Le directoire et le conseil de surveillance, ainsi que le CTE ne sont pas systématiquement tenus informés des EPP, bien qu'ils puissent avoir aisément accès à l'information.
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	Oui	La stratégie des EPP est révisée en fonction des résultats d'une part, et d'autre part, de manière régulière au moment du bilan annuel du COPIL qualité et pour la rédaction du projet d'établissement, du projet médical et du projet de soins.

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.	Partiellement	
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.	Oui	
---	-----	--

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

Critère 2.a Direction et encadrement des secteurs d'activités

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les organigrammes de l'établissement et des différents secteurs d'activité sont définis.	En grande partie	
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.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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

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

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

Critère 2.c Fonctionnement des instances

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les instances consultatives et délibérantes sont réunies à périodicité définie, et saisies sur toutes les questions qui relèvent de 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.).	Partiellement	
---	---------------	--

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

Critère 2.d Dialogue social et implication des personnels

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

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

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



Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les tableaux de bord comprennent des indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés à la conduite du projet d'établissement.	Oui	
L'établissement a défini une stratégie de communication des résultats des indicateurs, des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers.	Partiellement	
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.	En grande partie	
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).	Non	

PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.a Management des emplois et des compétences

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

En grande partie

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

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des dispositions sont mises en œuvre, afin d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient, dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents.

En grande partie

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'intégration de tout nouvel arrivant est organisée.	En grande partie	
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.	Non	Aucune évaluation n'est réalisée concernant l'efficacité des modalités d'accueil et des conditions d'intégration offertes aux nouveaux agents.

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.d Qualité de vie au travail

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

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

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.a Gestion budgétaire

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

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

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 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.	Partiellement	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement conduit des études ou des audits sur ses principaux processus de production.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les résultats des études ou des audits donnent lieu à la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	En grande partie	

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.a Système d'information

Cotation

B

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.

En grande partie

Le système d'information aide les professionnels dans leur processus de décision.

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.b Sécurité du système d'information

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

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.

En grande partie

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.c Gestion documentaire

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un dispositif de gestion documentaire est en place.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le dispositif est connu des professionnels.

En grande partie

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.	En grande partie	

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.a Sécurité des biens et des personnes

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les situations, mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes, sont identifiées.	Oui	
Les responsabilités en matière de sécurité des biens et des personnes sont définies.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les situations identifiées font l'objet de dispositifs de sécurité adaptés (installations, équipements, consignes, sensibilisation et formation).	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

Le niveau de sécurité des biens et des personnes est évalué, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	En grande partie	
---	------------------	--

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.b

Gestion des infrastructures et des équipements (hors dispositifs médicaux)

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

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le programme de maintenance est évalué et révisé à périodicité définie.	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	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Il existe une organisation permettant, dès l'admission du patient, de recueillir ses préférences alimentaires.	Oui	
Les attentes des professionnels en matière de restauration sont recueillies.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les préférences des patients sont prises en compte.	En grande partie	
Des solutions de restauration sont proposées aux accompagnants.	Oui	

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.d Gestion du linge

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

Cotation		B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
Le circuit du linge est défini.	En grande partie		
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.	Partiellement		
Les approvisionnements correspondent aux besoins des secteurs.	Oui		

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.e Fonction transport des patients

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.f Achats écoresponsables et approvisionnements

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les besoins des secteurs d'activité sont évalués sur le plan quantitatif et qualitatif, en associant les utilisateurs.	Oui	
La politique d'achat et de relation avec les fournisseurs prend en compte les principes applicables à un achat éco-responsable.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les secteurs d'activité utilisateurs sont approvisionnés à périodicité définie et en cas d'urgence.	Oui	
L'établissement initie une démarche d'achat éco-responsable pour certains produits ou services.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des outils de suivi et d'évaluation de la politique d'achat sont mis en place.	Oui	

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.g
Gestion des fonctions logistiques au domicile



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

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

Pour les équipements majeurs (susceptibles de mettre en danger la vie du patient en cas de dysfonctionnement), une maintenance 24 h/24 et 7 j/7 est organisée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Pour les patients à haut risque vital, l'HAD s'assure de leur signalement à « Électricité 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 œuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La maintenance 24 h/24 et 7 j/7 est évaluée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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

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

Critère 7.a Gestion de l'eau

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

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

Critère 7.b Gestion de l'air

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

Des dispositions sont prévues en cas de travaux.

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.

En grande partie

La traçabilité des différentes interventions est assurée.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les paramètres de la qualité de l'air font l'objet d'un suivi périodique.	Non	Les paramètres de la qualité de l'air ne sont pas mesurés, l'établissement, à dominante sociale et médico-sociale, ne comportant pas de zone à risques.
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Partiellement	

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

Critère 7.c Gestion de l'énergie

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un diagnostic énergétique est réalisé.

Oui

Une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie est définie.

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Un plan de maintenance des installations est mis en oeuvre.

En grande partie

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

En grande partie

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

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

Critère 7.d Hygiène des locaux

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

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

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

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

Critère 7.e Gestion des déchets

Cotation	B	
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.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le tri des déchets est réalisé.	En grande partie	

Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont organisées.	En grande partie	
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.	En grande partie	
Des actions d'évaluation et d'amélioration relatives à la gestion des déchets sont conduites.	Oui	
L'établissement a identifié les filières locales de valorisation possible des déchets.	Oui	

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

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

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Un programme pluriannuel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est élaboré sur trois ans par le service qualité. Ce programme est une déclinaison de la politique qualité, défini dans le projet d'établissement et la CPOM. Il décline par thématique les actions d'amélioration retenues, avec pour chacune d'elle un chef de projet et un calendrier de réalisation.

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

Oui

Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est unique pour l'établissement. Les actions d'amélioration qu'il comporte sont retenues suite à l'analyse des événements indésirables, des plaintes et réclamations, de la réglementation ou des conclusions des audits réalisés. Les dysfonctionnements graves et les risques majeurs ou récurrents sont pris en compte par le programme qualité dans le cadre de l'analyse annuelle des fiches de signalement des événements indésirables. Au début de chaque année, ce programme est actualisé concernant les actions qui n'ont pas été réalisées et il prend en compte les

	Oui	nouvelles orientations définies pour la politique qualité-sécurité ainsi que l'analyse des événements indésirables graves, des plaintes et des réclamations de l'année précédente.
Les activités, réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins, sont prises en compte.	NA	
Le programme est soumis aux instances.	En grande partie	Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est soumis à la validation du comité de pilotage qualité et gestion des risques. Il est ensuite présenté en réunion de direction puis en commission médicale d'établissement. Cependant, il n'est pas encore soumis au comité technique d'établissement.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Les actions d'amélioration inscrites dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mises en œuvre sur l'ensemble des secteurs sanitaire, social et médico-social du Centre Départemental de Repos et de Soins. Le responsable désigné pour chaque action est chargé de sa mise en œuvre, avec un délai fixé pour la réalisation. Pour les actions transversales d'envergure (type informatisation du dossier soins ou du circuit du médicament), un chef de projet est nommé par le directeur.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi des plans d'action des secteurs d'activité est assuré.	Oui	Le suivi des actions d'amélioration inscrites dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est effectué à trois niveaux : - par les responsables en charge des actions, qui remontent semestriellement au service qualité/gestion des risques leur degré de réalisation ; - par le service qualité/gestion des risques qui comptabilise le nombre d'actions réalisées, en cours ou non réalisées ; - par le comité de pilotage qualité/gestion des risques qui

	Oui	valide les ajustements proposés pour le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	Partiellement	Les actions d'amélioration faisant suite à une analyse annuelle des événements indésirables, réclamations ou dysfonctionnements graves ou à une évaluation des pratiques professionnelles ou encore suivies par un indicateur sont évaluées annuellement par le comité de pilotage qualité et gestion de risques. Cependant, le programme qualité et sécurité des soins ne synthétise pas en tant que tel l'ensemble de ces nouvelles évaluations, et l'efficacité de certaines actions ne sont pas évaluées, notamment parce qu'elles ne possèdent pas d'indicateurs.
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	Oui	Le programme qualité et sécurité des soins est réajusté en début d'année, en fonction des nouvelles orientations de la politique qualité et des analyses réalisées concernant les fiches d'événements indésirables, les réclamations ou les dysfonctionnements graves. Les actions non réalisées font également l'objet d'un examen par le comité de pilotage, pour savoir s'il faut les conserver dans le programme ou les supprimer. Enfin, le programme est actualisé au fur et à mesure des évaluations qui ont lieu en cours d'année.

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	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une veille réglementaire est organisée par un responsable identifié.	Oui	
La direction établit un plan de priorisation des actions à réaliser suite aux contrôles internes et externes. Ce plan prend en compte la parution de nouvelles exigences réglementaires.	Partiellement	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement met en oeuvre les actions consécutives aux recommandations issues des contrôles réglementaires, en fonction du plan de priorisation.	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	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement évalue les risques dans les secteurs d'activité.	Oui	
Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de prévention, d'atténuation et de récupération pour les activités de soins à risques sont mises en place.	Oui	
Les professionnels concernés sont formés à l'analyse des risques a priori.	En grande partie	

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

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.	En grande partie	
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.	Partiellement	
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.	Partiellement	
Il existe un système de retour d'expérience suite à ces exercices.	Non	

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

Critère 8.f
Gestion des évènements indésirables



Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation est en place, afin d'assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.	Oui	L'établissement a élaboré une procédure formalisée de signalement, de traitement et d'analyse des événements indésirables. Des fiches de déclaration papier sont disponibles dans tous les services. Le circuit de transmission est double : transmission de la fiche au cadre du service qui la transmet au service qualité ou transmission directe au service qualité. Chaque fiche de signalement d'un événement indésirable est cotée en fonction de la gravité de l'événement et de sa probabilité de réapparition. Le recueil, le traitement et l'analyse des fiches de signalement sont coordonnés par le service qualité.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.	En grande partie	L'ensemble du personnel de l'établissement a été formé à l'utilisation des fiches de signalement lors de la mise en place du dispositif. Les nouveaux professionnels sont formés par les personnels déjà en poste. Ils bénéficient également d'une formation interne à la gestion des risques assurée par le responsable qualité deux fois par an, formation intégrant l'utilisation des fiches de signalement

	En grande partie	d'un événement indésirable. Cependant, une nouvelle sensibilisation semble nécessaire pour l'ensemble du personnel, certains professionnels déclarant ne pas connaître l'intérêt de signaler.
Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	En grande partie	Pour l'analyse des fiches de signalement d'un événement indésirable pour lesquelles le risque est coté "moyen" ou "grave", le service qualité s'adjoit la compétence de professionnels experts (directrice de soins pour les fiches de signalement d'un événement indésirable relevant des soins, responsable des services techniques pour les fiches de signalement d'un événement indésirable technique...). Ces professionnels ont été formés par le responsable qualité à la hiérarchisation et à l'analyse des causes. Cependant, le recours à des professionnels experts et leur formation n'ont pas été formalisés.
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée, en associant les acteurs concernés.	Oui	La méthodologie retenue pour l'analyse d'un événement indésirable prévoit des entretiens avec les personnels concernés par l'événement, afin d'établir de manière objective le déroulement des faits. Le cadre du service concerné est par ailleurs systématiquement associé à la démarche. L'analyse des événements indésirables graves associe systématiquement un ou plusieurs professionnels experts formés à la démarche d'analyse des causes.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions correctives sont mises en œuvre suite aux analyses.	Oui	Suite à l'analyse des causes des événements indésirables, deux types d'actions correctives sont mises en œuvre : - des actions correctives immédiates lorsque l'événement présente un certain degré de gravité nécessitant une réponse rapide ; - des actions correctives différées pour toutes les autres fiches, les actions étant définies lors de l'analyse annuelle des fiches d'événements indésirables effectuée en fin d'année. Ces actions sont alors inscrites dans le programme qualité et sécurité des soins, leur coordination et leur suivi étant assurés par le service qualité.

<p>Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'analyse annuelle des fiches de signalement des événements indésirables permet d'identifier les événements récurrents et d'en rechercher les causes. Cette analyse est faite par le comité de pilotage qualité/gestion des risques et elle permet de définir des actions d'amélioration ciblées. Celles-ci sont inscrites dans le programme qualité et sécurité des soins et mises en oeuvre suivant un calendrier déterminé.</p>
<p>L'efficacité des actions correctives est vérifiée.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'efficacité des actions correctives est vérifiée par l'absence de nouvelle apparition de l'événement ou la diminution de sa fréquence. Cependant, l'efficacité des actions correctives engagées n'est pas systématiquement évaluée et toutes les actions correctives inscrites dans le programme qualité et sécurité des soins ne sont pas accompagnées d'indicateurs de suivi permettant leur évaluation.</p>

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.	En grande partie	

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

Critère 8.i
Vigilances et veille sanitaire

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation, pour répondre à des alertes sanitaires descendantes et ascendantes, est en place.	Oui	
Une coordination, entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et des risques de l'établissement, est organisée.	Oui	
Une coordination est organisée entre l'établissement et les structures régionales (ou interrégionales), nationales de vigilance et de veille sanitaire.	Partiellement	
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.	Non	
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.	Partiellement	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le système de gestion des équipements biomédicaux est mis en oeuvre, sous la responsabilité d'un professionnel identifié.	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.	Non	

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).

En grande partie

L'établissement a élaboré une procédure formalisée pour la gestion interne des plaintes et réclamations. Cette gestion est placée sous la responsabilité conjointe d'un praticien hospitalier pour les plaintes et réclamations relevant du domaine médical et du responsable qualité pour toutes les autres. Celles-ci sont réceptionnées par la direction si elles sont écrites ou par le service qualité si elles sont orales. Le service qualité/affaires juridiques/relations clientèle tient un registre unique des plaintes et réclamations. En cas d'absence, les plaintes et les réclamations sont gérées par le médecin ou par le directeur et transmises au service qualité pour être intégrées au registre. La Commission des Relations avec les Usagers (CRU), dont la composition et le fonctionnement sont conformes à la réglementation, se réunit deux fois par an (au lieu d'une fois par trimestre). Elle examine notamment la synthèse des plaintes et réclamations de l'année écoulée et formule si nécessaire des propositions d'actions d'amélioration, qui sont alors inscrites dans le plan d'actions qualité. Conformément à la réglementation, un dispositif d'information (livret d'accueil,

	En grande partie	charte des droits du patient hospitalisé, affiches dans les services...) a été mis en place à destination des usagers pour les informer de la possibilité et des modalités de dépôt et de traitement d'une plainte ou d'une réclamation. Les missions de la CRU sont rappelées ainsi que le dispositif de médiation et les personnes à contacter.
Le système de gestion des plaintes et des réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.	Oui	Le système de gestion des plaintes et réclamations est parfaitement articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables, le responsable qualité coordonnant simultanément les deux procédures. Ainsi, les fiches de signalement d'un événement indésirable relevant de réclamations font l'objet d'un traitement comme une réclamation écrite. A l'inverse, lorsqu'une réclamation soulève un risque, elle fait l'objet d'une fiche de signalement d'un événement indésirable. La procédure de gestion des plaintes et réclamations précise le rôle des différents intervenants (directeur, responsable qualité, médiateur, CRU...).
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	La procédure mise en oeuvre prévoit que les professionnels concernés sont systématiquement associés au traitement des plaintes et réclamations touchant leurs services. La plainte ou réclamation est portée à la connaissance des professionnels concernés et la réponse faite au plaignant est rédigée après consultation de ces personnels. Les actions correctives nécessaires sont élaborées et mises en oeuvre en concertation avec les professionnels concernés.
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre.	Oui	Les plaintes et réclamations font l'objet d'une réponse écrite ou d'un entretien avec le plaignant. Dans ce dernier cas, une réponse écrite vient le plus souvent confirmer les termes de l'entretien. Lorsque des actions d'amélioration sont proposées et mises en oeuvre par les personnels concernés, elles sont expliquées au plaignant dans le courrier de réponse qui lui est adressé, en lui proposant, s'il l'estime nécessaire, de se mettre en relation avec le cadre concerné.

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	Dans le cadre du rapport annuel de la CRU, les plaintes sont analysées de manière quantitative (comparaison du nombre de plaintes ou réclamations sur les cinq dernières années et délai de réponse moyen et médian) et qualitative (nature de la réclamation). Dans ce rapport, la CRU fait des propositions d'actions d'amélioration qui sont intégrées dans le programme qualité et gestion des risques.

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

Critère 9.b Evaluation de la satisfaction des usagers

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

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

CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.a - Soins de suite et/ou de réadaptation
Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance**

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

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

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.a - Soins de longue durée Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance

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

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

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

Cotation		
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 longue durée
Respect de la dignité et de l'intimité du patient**

Cotation	B	
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.	Partiellement	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.c - Soins de suite et/ou de réadaptation
Respect de la confidentialité des informations relatives au patient**

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

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

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

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

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

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.d - Soins de longue durée
Accueil et accompagnement de l'entourage****Cotation**

A

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

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

Oui

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

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 - Soins de suite et/ou de réadaptation****Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté**

Cotation		
	B	
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.	Partiellement	
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.).	Partiellement	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.e - Soins de longue durée****Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté**

Cotation		
	B	
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.	Partiellement	
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.).	Partiellement	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

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

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

L'accès à des ressources d'information diversifiées (support écrit, espace d'information, etc.) est facilité.	En grande partie	
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.	Partiellement	

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

Critère 11.a - Soins de longue durée

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

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

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

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

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

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation est définie, permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soins.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en 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.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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

Critère 11.b - Soins de longue durée Consentement et participation du patient

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

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

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

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

La démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est évaluée et améliorée.	Partiellement	
--	---------------	--

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

Critère 11.c - Soins de longue durée Information du patient en cas de dommage lié aux soins

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

La démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est évaluée et améliorée.	Partiellement	
--	---------------	--

Référence 12: La prise en charge de la douleur

Critère 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	La prise en charge de la douleur est formalisée au niveau de tout l'établissement. Les échelles d'évaluation, leur traçabilité, les traitements non médicamenteux, les prescriptions sont formalisées d'abord au niveau du CLUD et ensuite au niveau de la CME, des cadres et de la direction des soins.
Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonnes pratiques et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.	En grande partie	Des protocoles sont préétablis pour l'utilisation des antalgiques de niveau 1. Pour les autres molécules, il existe des prescriptions médicales systématiques, adaptées à chaque patient. La totalité des prescriptions comportent des prescriptions anticipées en fonction de l'évaluation de la douleur. Tous les gestes douloureux sont accompagnés de la prescription systématique anticipée d'analgésiques.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Des formations sont mises en oeuvre dans tout l'établissement sur la douleur, son évaluation et sa prise en charge auprès des professionnels concernés.

Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	NA	Par définition, les patients en état végétatif chronique n'ont pas ou très peu d'expression physique et aucun signe relationnel. Dans ces conditions, aucune procédure d'éducation thérapeutique ne peut être mise en place.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	La traçabilité est évaluée chaque année. L'évaluation initiale est autour de 100 %, l'évaluation au fil du temps est en amélioration constante.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	A partir du moment où le patient reçoit un traitement antalgique médicamenteux ou non, les professionnels s'assurent du soulagement qui apparaît dans les cibles des transmissions, dans la mesure où aucune échelle d'hétéro-évaluation ne peut être validée pour ce type de patient. Les IDE et les médecins participent à une recherche sur les signes subjectifs associés à la douleur chez les patients en état végétatif persistant.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Ces patients en état végétatif chronique n'ont pas ou peu de capacité relationnelle, les échelles ne sont donc pas validées. Les signes indirects sont recherchés par les médecins et les IDE.
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 CLUD a eu pour objectif 2010 et 2011 la formation des professionnels de l'établissement. Les audits réalisés sur la douleur ont aussi participé à vérifier l'appropriation et l'utilisation des outils par les professionnels.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	Le recueil de la traçabilité de la douleur est évalué chaque année, le COMEDIMS suit la consommation des antalgiques. Des audits sont réalisés dans les services sur la prise en charge de la douleur.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	A la suite des audits dans les services et des audits de dossiers, des actions d'amélioration ont été mises en place : formations-actions, prise en charge non médicamenteuse, formations sur l'utilisation du dossier de soins informatique,

	Oui	cibles des transmissions.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Partiellement	La région ne dispose pas d'inter-CLUD. Les partages d'expériences concernent avant tout les problèmes éthiques et les soins palliatifs et donc indirectement la douleur.

Référence 12: La prise en charge de la douleur

Critère 12.a - Soins de longue durée
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	La prise en charge de la douleur est formalisée. C'est un objectif retrouvé dans le projet médical et dans le projet de soins. Les échelles d'évaluation, leur traçabilité, les traitements non médicamenteux, les prescriptions sont formalisées d'abord au niveau du CLUD et ensuite au niveau de la CME, des cadres et de la direction des soins.
Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonnes pratiques et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.	Oui	Des protocoles d'utilisation des antalgiques de niveau sont formalisés et diffusés. Pour les autres molécules, des prescriptions personnalisées anticipées répondant aux recommandations de bonnes pratiques, font l'objet d'une prescription systématique.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Des formations sont mises en oeuvre dans tout l'établissement sur la douleur, son évaluation et sa prise en charge.

Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	Peu de patients ont un état cognitif qui permet l'éducation thérapeutique. Toutefois, ceux qui ont un état cognitif normal ou peu altéré bénéficient de conseils pour évaluer leur douleur et pour adopter des attitudes antalgiques. Les professionnels ont été formés à la mise en place de ces informations. L'établissement n'a pas choisi de mettre à la disposition des patients des documents d'information mais de favoriser l'accompagnement oral personnalisé.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	L'établissement a mis en place plusieurs procédures qui assurent la traçabilité de la douleur : cibles des transmissions, échelles d'hétéro-évaluation et échelles visuelles analogiques. Des formations sont faites par le CLUD et la traçabilité est évaluée chaque année par un audit des dossiers. L'établissement utilise les indicateurs IPAQSS sur le secteur de d'USLD mais aussi le secteur médico-social (EHPAD, MAS...). Les données 2010 montraient une traçabilité insuffisante (moins de 50 %), un programme de formation et d'information a été mis en place par le CLUD en 2011, l'audit a montré une nette amélioration.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Chaque patient douloureux bénéficie d'une évaluation de la douleur. Ceci entraîne l'ouverture d'une cible qui reste ouverte jusqu'à disparition de la douleur. De plus, quand la douleur peut être évaluée par une échelle, les IDE et les médecins s'assurent de l'efficacité des prises en charge médicamenteuses ou non.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les échelles d'auto- et d'hétéro-évaluation sont utilisées. Chez les patients où les échelles ne peuvent être utilisées, en particulier chez les patients déments ou handicapés, les modifications du comportement sont décrites et analysées.
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 CLUD a eu pour objectif 2010 et 2011 la formation des professionnels de l'établissement. Les audits réalisés sur la douleur ont aussi participé à vérifier l'appropriation et l'utilisation des outils par les professionnels.

La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	Le recueil de la traçabilité de la douleur est évalué chaque année, le COMEDIMS suit la consommation des antalgiques. Des audits sont réalisés dans les services sur la prise en charge de la douleur.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	A la suite des audits dans les services et des audits de dossiers, des actions d'amélioration ont été mises en place : formations-actions, prise en charge non médicamenteuse, formations sur l'utilisation du dossier de soins informatique, cibles des transmissions.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Partiellement	La région ne dispose pas d'inter-CLUD. Les partages d'expériences concernent avant tout les problèmes éthiques et les soins palliatifs et donc indirectement la douleur.

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

Un groupe de travail existe depuis plusieurs années. Ce groupe avait initialement pour objectif la formation des personnels à la prise en charge des patients en fin de vie. Au fil du temps, ce groupe en accord avec la direction des soins a formalisé cette prise en charge, a mené des actions d'amélioration. Il rend compte de ses travaux aux différentes instances, CME, direction des soins, service qualité.

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

Oui

Les modalités de recueil de la volonté du patient et des directives anticipées sont établies et connues des professionnels. Toutefois, dans le domaine des états végétatifs persistants, elles ne peuvent s'appliquer que rarement. Une information sur la personne de confiance est faite par des membres du groupe "ABOUTIR", le formulaire est dans le livret d'accueil, la demande de recueil est tracée dans le dossier et évaluée annuellement. Cependant, dans le cas présent, elle ne peut être désignée par le patient, les médecins informent les proches des décisions médicales prises en réunions pluriprofessionnelles.

Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	Le livret d'accueil, ainsi que l'ensemble des professionnels participent à la diffusion de l'information sur les droits des patients et notamment la possibilité de refuser des soins. En unité d'accueil des états végétatifs persistants, les proches sont informés des objectifs de soins et leur avis est écouté.
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	Les proches des patients admis sont informés du projet thérapeutique défini au moment de la pré-admission pour le secteur des états végétatifs persistants. Les proches sont systématiquement présents au moment de cette visite initiale puisque leur accord est nécessaire pour l'admission du patient, cette visite a lieu dans le service de réanimation où est hospitalisé le patient. Au cours de l'hospitalisation, tout changement dans le projet fait l'objet d'une communication et d'une information de l'entourage, les proches sont reçus régulièrement par le médecin et le cadre, et soutenus soit à leur demande, soit quand les équipes le jugent nécessaire par une psychologue.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Les professionnels de ce secteur bénéficient comme les autres secteurs de formation à la démarche palliative. Ces formations sont internes par le groupe pluriprofessionnel "ABOUTIR", ou par des formations externes.
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Une réunion hebdomadaire, pluriprofessionnelle, est en place.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	La psychologue est présente aux réunions hebdomadaires. Elle intervient en amont des situations de crise ou à la demande des professionnels qui définissent eux-mêmes qu'ils souhaitent inviter. Un groupe de parole mensuel est en place auquel ne participe pas le cadre à la demande de la psychologue, pour faciliter l'expression. Un résumé lui est alors fait.

Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	Les professionnels sont informés des dispositifs légaux concernant la fin de vie. Cette information a été faite par le groupe "ABOUTIR". Une journée d'information sur la loi du 4 mars 2002 et la loi du 22 avril 2005 est programmée pour le 11 octobre 2012.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	En grande partie	Les associations de bénévoles, les aumônières et autres représentants de culte ont des interventions favorisées par l'établissement.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, commission de soins, etc.).	Oui	La réflexion et l'évaluation sont réalisées par le groupe "ABOUTIR". Celui-ci est un groupe multiprofessionnel, animé par un soignant et un médecin qui est en fait le groupe de réflexion éthique de l'établissement. Chaque prise en charge des patients en fin de vie est présentée en réunion de synthèse hebdomadaire. Les cas difficiles sont alors présentés au niveau du groupe "ABOUTIR". Celui-ci mène de plus une réflexion théorique sur ces prises en charge. Une EPP a été réalisée et a abouti à des améliorations dont une convention avec les pompes funèbres pour les toilettes rituelles des patients musulmans. La CRU est informée et participe si besoin à la réflexion. La taille de l'établissement fait que ce sont les mêmes personnes qui participent et animent les différentes structures.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	Le groupe "ABOUTIR" organise la réflexion générale sur la limitation des soins. Dans chaque dossier individuel, apparaît le coefficient d'indice thérapeutique de l'Université de Sherbrooke qui est décidé en réunion hebdomadaire pluriprofessionnelle. Ce coefficient permet de fixer des niveaux d'intensité de soins curatifs, et de ce fait, guider les professionnels et notamment les médecins d'astreinte.
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	Le groupe "ABOUTIR" a mis en place avec la direction des soins et la communauté médicale des actions d'amélioration.

Référence 13: La fin de vie

Critère 13.a - Soins de longue durée 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

Un groupe de travail existe depuis plusieurs années. Ce groupe avait initialement pour objectif la formation des personnels à la prise en charge des patients en fin de vie. Au fil du temps, ce groupe, en accord avec la direction des soins, a formalisé cette prise en charge et a mené des actions d'amélioration.

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

Oui

Les modalités de recueil de la volonté du patient et des directives anticipées sont établies et connues des professionnels. Une information fréquente sur la personne de confiance est faite par des membres du groupe "ABOUTIR", le formulaire est dans le livret d'accueil, la demande de recueil est tracée dans le dossier et évaluée annuellement.

Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.

Oui

Le livret d'accueil, ainsi que l'ensemble des professionnels participent à la diffusion de l'information sur les droits des patients et notamment la possibilité de refuser des soins. Quand l'état cognitif du patient le permet, le projet de vie est élaboré avec lui, dans le cas contraire, ce projet est élaboré avec l'entourage dès la visite de pré-admission. Ce

	Oui	projet est réévalué régulièrement en fonction de l'évolution du patient. Les directives anticipées sont recherchées quand cela est possible.
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	Les patients admis sont informés du projet thérapeutique défini au moment de la pré-admission. Tout changement dans le projet fait l'objet d'une communication. En cas de défaillance cognitive du patient, leurs proches sont informés, leurs souhaits notés et pris en compte dans les limites de l'éthique et de la législation. En cas de besoin ou à leur demande, les proches sont reçus par le médecin et son équipe, une aide psychologique leur est proposée, assurée par une psychologue.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Les professionnels de ce secteur bénéficient comme les autres secteurs de formation à la démarche palliative. Ces formations sont internes par le groupe pluriprofessionnel "ABOUTIR", ou externes.
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Une réunion hebdomadaire, pluriprofessionnelle, est en place.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	La psychologue est présente aux réunions hebdomadaires. Elle intervient en amont des situations de crise ou à la demande des professionnels qui définissent eux-mêmes qu'ils souhaitent inviter. Un groupe de parole mensuel est en place auquel ne participe pas le cadre à la demande de la psychologue, afin de favoriser l'expression des professionnels. Un résumé lui est alors fait.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	Les professionnels sont informés des dispositifs légaux concernant la fin de vie. Cette information a été faite par le groupe "ABOUTIR". Une journée d'information sur la loi du 4 mars 2002 et la loi du 22 avril 2005 est programmée pour le 11 octobre 2012.

L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	En grande partie	Les associations de bénévoles, les aumônières et autres représentants de culte ont des interventions favorisées par l'établissement.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, commission de soins, etc.).	Oui	La réflexion et l'évaluation sont faites par le groupe "ABOUTIR". Celui-ci est un groupe multiprofessionnel, animé par un soignant et un médecin qui est en fait le groupe de réflexion éthique de l'établissement. Chaque prise en charge des patients en fin de vie est présentée en réunion de synthèse hebdomadaire. Les cas difficiles sont alors présentés au niveau du groupe "ABOUTIR". Celui-ci mène de plus une réflexion théorique sur ces prises en charge. Une EPP a été réalisée et a abouti à des améliorations dont une convention avec les pompes funèbres pour les toilettes rituelles des patients musulmans. La CRU est informée et participe si besoin à la réflexion. La taille de l'établissement fait que ce sont les mêmes personnes qui participent et animent les différentes structures.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	Le groupe "ABOUTIR" organise la réflexion générale sur la limitation des soins. Dans chaque dossier, apparaît le coefficient d'indice thérapeutique de l'Université de Sherbrooke qui est décidée en réunion hebdomadaire pluriprofessionnelle. Ce coefficient permet de fixer l'intensité des soins curatifs et de ce fait, de formuler la démarche palliative.
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	Le groupe "ABOUTIR" a mis en place avec la direction des soins et la communauté médicale des actions d'amélioration.

PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.	En grande partie	L'établissement a informatisé son dossier patient (comprenant le dossier médical, le dossier soins et prochainement le dossier rééducation) et vient d'achever son déploiement sur l'ensemble des services du Centre. Un réseau Wifi a été installé au sein de l'unité Etats végétatifs chroniques pour permettre un accès nomade au dossier patient informatisé pour tous les professionnels autorisés. Un dossier papier subsiste au sein du service afin de conserver pour chaque patient les prescriptions non informatisées et la copie du plan de prescriptions, du plan de soins et des transmissions ciblées. Un guide d'utilisation du dossier patient a été élaboré définissant tous les aspects relatifs à la tenue du dossier patient informatisé. Ce guide est diffusé et actualisé par le service qualité. Il est accessible aujourd'hui en version papier dans toutes les unités de soins pour les professionnels concernés. L'établissement prévoit l'installation d'un intranet en 2013 pour rendre son accès possible à distance et simplifier sa mise à jour. Les personnels médicaux et soignants ont été formés à l'utilisation du dossier patient informatisé. L'information des

	En grande partie	nouveaux professionnels est réalisée lors de sessions de formation régulièrement organisées et lors des réunions avec les référents des services de soins. Des réunions du groupe de pilotage "Dossier patient" et des notes de service ou d'information viennent compléter les formations organisées pour la tenue du dossier patient. Une procédure dégradée a été définie pour la tenue du dossier patient en cas de panne du logiciel mais cette procédure n'a pas été formalisée.
Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et diffusées.	Oui	Les règles d'accès au dossier patient sont formalisées dans le guide d'utilisation du dossier patient, accessible en version papier dans toutes les unités de soins. Le dossier papier est accessible dans chaque unité de soins pour les professionnels habilités. Le dossier informatisé est accessible pour les professionnels en fonction de leur qualification, le logiciel gérant les différents accès par profil utilisateur et un profil ayant été constitué pour chaque catégorie professionnelle. Les mots de passe sont changés automatiquement tous les six mois pour sécuriser les accès au dossier patient informatisé. Les personnels médicaux et soignants ont été formés à l'utilisation du dossier informatisé.
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	Dès son admission, le patient se voit attribuer un dossier complet : dossier administratif, dossier médical et dossier de soins. Le dossier administratif est créé dans une application informatique par le personnel des admissions. Cette création engendre automatiquement la création dans une autre application d'un dossier informatisé pour la prise en charge du patient par les professionnels : circuit du médicament, dossier médical et dossier de soins. Le dossier de soins comprend les paramètres vitaux, la planification des soins et des activités, les transmissions ciblées et le recueil des données. Le dossier de réadaptation est en cours d'incorporation dans le dossier patient informatisé. Chaque équipe trace les soins effectués en temps réel, de manière à

	Oui	assurer la continuité des soins, le dossier étant utilisé quotidiennement de manière pluriprofessionnelle. L'installation d'un réseau Wifi au sein du service permet un accès et une traçabilité au plus près des actes effectués.
La communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes est assurée en temps utile.	Oui	Les règles de transmission du dossier patient aux intervenants internes sont définies, formalisées et opérationnelles. Une procédure formalise les règles de communication du dossier avec les correspondants externes, le transfert de patients en état végétatif chronique vers un établissement extérieur étant tout à fait exceptionnel dans ce service (une seule sortie depuis l'ouverture du centre à la demande d'une famille). Ce guide et cette procédure sont respectés. Pour les examens ou les actes réalisés à l'extérieur, le patient est accompagné d'un soignant ou d'une équipe SMUR qui assurent la transmission du dossier qui est de toute façon résumé dans la demande.
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'évaluation de la gestion du dossier patient est réalisée en mettant en oeuvre une procédure d'audit formalisée par le service qualité, reprenant les indicateurs IPAQSS définis par la HAS. Des audits du dossier patient ont ainsi été réalisés en 2006 et 2010 sur la composition et la tenue du dossier patient. Cependant, l'établissement a différé la réalisation d'un nouvel audit en 2011, dans l'attente de l'achèvement du déploiement complet du dossier patient informatisé.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Les audits réalisés depuis 2006 pour évaluer la tenue du dossier patient ont conduit à des actions d'amélioration, notamment la création d'un groupe de travail pour redéfinir la composition du dossier de soins et mettre en place les transmissions ciblées informatisées. Des actions d'amélioration sont inscrites dans le programme qualité et sécurité des soins 2012 concernant le développement des interfaces entre le logiciel de gestion administrative et le logiciel de gestion du dossier patient ainsi que la mise en

Oui	place d'un intranet pour faciliter l'accessibilité et la mise à jour du guide d'utilisation du dossier patient.
-----	---

Référence 14: Le dossier du patient

Critère 14.a - Soins de longue durée
Gestion du dossier du patient



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

En grande partie

L'établissement a informatisé son dossier patient (comprenant le dossier médical, le dossier soins et prochainement le dossier rééducation) et vient d'achever son déploiement sur l'ensemble des services du Centre. Une réseau Wifi a été installé au sein de l'USLD pour permettre un accès nomade au dossier patient informatisé pour tous les professionnels autorisés. Un dossier papier subsiste au sein du service afin de conserver pour chaque patient les prescriptions non informatisées (examens d'imagerie et biologiques...) et la copie du plan de prescriptions, du plan de soins et des transmissions ciblées. Un guide d'utilisation du dossier patient a été élaboré définissant tous les aspects relatifs à la tenue du dossier patient informatisé. Ce guide est diffusé et actualisé par le service qualité. Il est accessible aujourd'hui en version papier dans toutes les unités de soins pour les professionnels concernés. L'établissement prévoit l'installation d'un intranet en 2013 pour rendre son accès possible à distance et simplifier sa mise à jour. Les personnels médicaux et soignants ont été formés à l'utilisation du dossier patient informatisé.
L'information des

	En grande partie	nouveaux professionnels est réalisée lors de sessions de formation régulièrement organisées et lors des réunions avec les référents des services de soins. Des réunions du groupe de pilotage "Dossier patient" et des notes de service ou d'information viennent compléter les formations organisées pour la tenue du dossier patient. Une procédure dégradée a été définie pour la tenue du dossier patient en cas de panne du logiciel mais cette procédure n'a pas été formalisée.
Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et diffusées.	Oui	Les règles d'accès au dossier patient sont formalisées dans le guide d'utilisation du dossier patient, accessible en version papier dans toutes les unités de soins. Le dossier papier est accessible dans chaque unité de soins pour les professionnels habilités. Le dossier informatisé est accessible pour les professionnels en fonction de leur qualification, le logiciel gérant les différents accès par profil utilisateur et un profil ayant été constitué pour chaque catégorie professionnelle. Les mots de passe sont changés automatiquement tous les six mois pour sécuriser les accès au dossier patient informatisé. Les personnels médicaux et soignants ont été formés à l'utilisation du dossier informatisé.
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	Dès son admission, le patient se voit attribuer un dossier complet : dossier administratif, dossier médical et dossier de soins. Le dossier administratif est créé dans une application informatique par le personnel des admissions. Cette création engendre automatiquement la création dans une autre application d'un dossier informatisé pour la prise en charge du patient par les professionnels : circuit du médicament, dossier médical et dossier de soins. Le dossier de soins comprend les paramètres vitaux, la planification des soins et des activités, les transmissions ciblées et le recueil des données. Le dossier de réadaptation (kinésithérapie, ergothérapie et psychomotricité) est en cours d'incorporation dans le dossier patient informatisé.

	Oui	Chaque équipe trace les soins effectués en temps réel, de manière à assurer la continuité des soins, le dossier étant utilisé quotidiennement de manière pluriprofessionnelle. L'installation d'un réseau Wifi au sein du service permet un accès et une traçabilité au plus près des actes effectués.
La communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes est assurée en temps utile.	Oui	Les règles de transmission du dossier patient aux différents intervenants internes (kinésithérapie, ergothérapie, consultations dentaires et ophtalmologiques...) sont définies et formalisées dans le guide d'utilisation du dossier patient. Lorsque le patient est transféré temporairement dans un établissement extérieur, le médecin rédige un courrier (feuille de liaison) qui accompagne le patient afin d'assurer le suivi de la prise en charge. Le patient est accompagné d'un soignant pour les consultations extérieures. Une procédure formalise les règles de communication du dossier avec les correspondants externes. Les professionnels libéraux n'ont pas accès sous forme numérique au dossier patient informatisé, mais celui-ci est imprimé régulièrement permettant l'accès aux professionnels extérieurs suivant des modalités définies.
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'évaluation de la gestion du dossier patient est réalisée en mettant en oeuvre une procédure d'audit formalisée par le service qualité, reprenant les indicateurs IPAQSS définis par la HAS. Des audits du dossier patient ont ainsi été réalisés en 2006 et 2010 sur la composition et la tenue du dossier patient. Cependant, l'établissement a différé la réalisation d'un nouvel audit en 2011, dans l'attente de l'achèvement du déploiement complet du dossier patient informatisé.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Les audits réalisés depuis 2006 pour évaluer la tenue du dossier patient ont conduit à des actions d'amélioration, notamment la création d'un groupe de travail pour redéfinir la composition du dossier de soins et mettre en place les transmissions ciblées informatisées. Des actions d'amélioration sont inscrites dans le programme qualité et sécurité des soins 2012 concernant le développement des

Oui	interfaces entre le logiciel de gestion administrative et le logiciel de gestion du dossier patient ainsi que la mise en place d'un intranet pour faciliter l'accessibilité et la mise à jour du guide d'utilisation du dossier patient.
-----	--

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 a élaboré une procédure organisant, dans le respect de la réglementation, l'accès de la famille ou des ayants droit du patient à son dossier et précisant les rôles et missions des différents intervenants. La gestion des demandes de dossiers est effectuée conjointement par le service qualité/affaires juridiques et par le service médical.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La famille ou les ayants droit du patient sont informés de la possibilité et des modalités d'accès au dossier patient lors de l'admission ainsi que par le livret d'accueil et par la charte de la personne hospitalisée affichée dans le service. En cas de réclamation, cette possibilité d'accès est rappelée à la famille du patient ou à ses ayants droit.

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

Oui

Pour le service d'états végétatifs chroniques, les demandes d'accès au dossier sont extrêmement rares et ne peuvent être formulées que par les familles ou les ayants droit. C'est le praticien chef de service qui est chargé de contrôler le respect des délais d'accès de la famille au dossier de son parent hospitalisé.

	Oui	Les délais réglementaires sont respectés.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	Les délais réglementaires ayant à chaque fois été respectés, aucune action d'amélioration n'a été nécessaire. Cependant, pour chaque dossier demandé, la CRU est informée du délai dans lequel le dossier a été transmis et l'établissement respecte les délais prévus dans la réglementation.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.	Oui	La CRU est informée du nombre de demandes de dossiers patients ainsi que des délais de transmission et des raisons d'accès au dossier. Les délais réglementaires ayant à chaque fois été respectés, aucune action d'amélioration n'a été nécessaire. Le rapport de la CRU mentionne le nombre de demandes de dossiers patients ainsi que les délais de transmission.

Référence 14: Le dossier du patient

Critère 14.b - Soins de longue durée
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 a élaboré une procédure organisant, dans le respect de la réglementation, l'accès du patient ou de sa famille à son dossier et précisant les rôles et missions des différents intervenants. La gestion des demandes de dossiers est effectuée conjointement par le service qualité/affaires juridiques et par le service médical.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Le patient ou sa famille sont informés de la possibilité et des modalités d'accès au dossier patient lors de la visite de pré-admission ainsi que par le livret d'accueil et par la charte de la personne hospitalisée affichée dans le service. En cas de réclamation, cette possibilité d'accès est rappelée au patient ou à sa famille.

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

Oui

Pour le service d'USLD, les demandes d'accès au dossier sont essentiellement formulées par les familles ou les ayants droit et sont extrêmement rares (deux demandes depuis 2005). Ainsi, une seule demande de dossier a été formulée en 2010. Cette demande n'étant pas conforme, un courrier expliquant les pièces à fournir ainsi que les modalités

	Oui	d'accès prévues par la réglementation a été envoyé dans les cinq jours. Cette demande a été réitérée en 2011, de manière conforme, et le dossier a été transmis dans les délais prévus par la réglementation. C'est le praticien chef de service qui est chargé de contrôler le respect des délais d'accès de la famille au dossier de son parent hospitalisé.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	Les délais réglementaires ayant à chaque fois été respectés, aucune action d'amélioration n'a été nécessaire. Cependant, pour chaque dossier demandé (deux depuis 2005), la CRU est informée du délai dans lequel le dossier a été transmis et l'établissement s'attache à respecter les délais prévus par la réglementation.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.	Oui	La CRU est informée du nombre de demandes de dossiers patients ainsi que des délais de transmission. Les délais réglementaires ayant à chaque fois été respectés, aucune action d'amélioration n'a été nécessaire. Le rapport de la CRU mentionne le nombre de demandes de dossiers patients ainsi que les délais de transmission.

Référence 15: l'identification du patient

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



Cotation		B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
<p>Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient, à toutes les étapes de sa prise en charge, sont définis.</p>	Oui	<p>La procédure de pré-admission formalisée se fait très en amont de l'admission elle-même. Les données administratives demandées sont identiques à celles de l'USLD et comportent un extrait d'acte de naissance nécessaire à la prise en charge médico-sociale financée par le Conseil général, ainsi que les justificatifs de domicile et la carte vitale pour la partie financée par l'assurance maladie. La procédure d'admission comporte une visite médicale et un entretien avec l'entourage pour établir le projet de soins, et l'équipe soignante qui a pris en charge le patient et qui fait la demande de transfert (essentiellement les services de neurologie, neurochirurgie et de réanimation). Au cours de cette visite, le médecin remplit une fiche médicale qui complète la fiche administrative et sociale. Au cours de l'hospitalisation, des procédures ont été mises en place pour s'assurer de l'identification correcte du patient, pour les examens biologiques réalisés dans le centre et pour les examens ou les actes réalisés à l'extérieur.</p>	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	

<p>Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les personnels de l'accueil administratif sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification. Au cours de la pré-admission administrative, les professionnels de l'accueil vérifient l'identité du patient, ils ont rarement un contact direct avec les patients au moment de l'admission réelle. Les professionnels de santé sont également formés.</p>
<p>Le personnel de l'accueil administratif met en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le personnel de l'accueil et l'administration mettent en œuvre des procédures de vérification de l'identité du patient et, notamment, un extrait d'acte de naissance est demandé ainsi que des justificatifs de domicile. Les délais de quatre à huit semaines entre la pré-admission et l'admission réelle permettent la vérification des identités. Le logiciel administratif permet l'attribution d'un numéro d'identification unique, il gère le problème des doublons et des collisions d'identité.</p>
<p>Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les professionnels de santé vérifient la concordance de l'identité au moment de la réalisation des actes prescrits. Toutefois, tous les patients présentent un état végétatif persistant ou un état pauci-relationnel qui rendent impossible l'interrogatoire du patient sur son identité. Il faut remarquer toutefois que la durée de séjour de plus de trois ans limite le risque d'erreur d'identification dans la mesure où les patients sont connus des professionnels. Pour les actes réalisés à l'extérieur (consultation spécialisée, imagerie), le patient est transporté par une ambulance du SAMU la plupart du temps, si bien que le processus d'identification est contrôlé par le médecin qui dispose de la lettre de demande d'examen ou de consultation. L'établissement a décidé de ne pas mettre en place de bracelets d'identification chez ces patients.</p>
<p>E3 Evaluer et améliorer</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>

<p>La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit), et les erreurs sont analysées et corrigées.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La fiabilité de l'identité est évaluée systématiquement de manière routinière par le logiciel de gestion administrative. Au cours de la prise en charge, l'évaluation se fait par l'intermédiaire des fiches de signalement d'événements indésirables et aussi par les audits du circuit du médicament. Ces évaluations ne sont pas régulières.</p>
--	-------------------------	--

Référence 15: l'identification du patient

Critère 15.a - Soins de longue durée
Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

La procédure de pré-admission formalisée se fait très en amont de l'admission elle-même. Les données administratives demandées comportent un extrait d'acte de naissance nécessaire à la prise en charge médico-sociale financée par le Conseil général, ainsi que les justificatifs de domicile et la carte vitale pour la partie financée par l'assurance maladie. La procédure d'admission comporte une visite médicale avec le patient quand cela est possible mais toujours avec l'entourage pour établir le projet de soins ou le projet de vie pour les résidents. Au cours de cette visite, le médecin remplit une fiche médicale qui complète la fiche administrative et sociale. Au cours de son hospitalisation, des procédures de vérification de l'identité ont été mises en place, mais la reconnaissance de l'identité est surtout dépendante de la connaissance qu'ont les professionnels des patients qui sont systématiquement appelés par leur nom.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	En grande partie	Les personnels de l'accueil administratif sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification. Au cours de la pré-admission administrative, les professionnels de l'accueil vérifient l'identité du patient. Cependant, ils ont rarement un contact direct avec les patients au moment de l'admission réelle. Les professionnels de santé sont également formés.
Le personnel de l'accueil administratif met en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Le personnel de l'accueil et l'administration mettent en œuvre des procédures de vérification de l'identité du patient et, notamment, un extrait d'acte de naissance est demandé ainsi que des justificatifs de domicile. Les délais de quatre à six semaines entre la pré-admission et l'admission réelle permettent la vérification des identités. Le logiciel administratif permet l'attribution d'un numéro d'identification unique, il gère le problème des doublons et des collisions d'identité.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	Oui	Les professionnels vérifient auprès du patient la concordance de son identité quand cela est possible, c'est-à-dire quand ils ne présentent pas des troubles cognitifs trop importants. La durée de séjour très longue minimise le risque dans la mesure où les professionnels connaissent. En USLD, l'étiquetage des tubes de prélèvements se fait au lit du patient. L'établissement a fait le choix de ne pas généraliser les bracelets d'identification qui sont réservés aux patients déments déambulants.
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	La fiabilité de l'identité est évaluée systématiquement de manière routinière par le logiciel de gestion administrative. Au cours de la prise en charge, l'évaluation se fait par l'intermédiaire des fiches de signalement d'événements indésirables et aussi par les audits du circuit du médicament. Ces évaluations ne sont pas régulières.

PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

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

Cotation		
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.	Partiellement	

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

Référence 16: l'accueil du patient**Critère 16.a - Soins de longue durée
Dispositif d'accueil du patient**

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

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

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

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

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

Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé, et prend en compte l'ensemble de ses besoins.	Oui	
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, ce critère 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 personnalisé.	En grande partie	
Le projet de soins personnalisé est réajusté en fonction d'évaluations périodiques de l'état de santé du patient, en impliquant le patient et, s'il y a lieu, l'entourage.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'évaluation sont conduites pour s'assurer de la traçabilité des informations.	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en place en fonction des résultats des évaluations.	En grande partie	

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

Critère 17.a - Soins de longue durée

Évaluation 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, ce critère 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 personnalisé est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).	Oui	

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

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

Critère 17.b Prise en charge somatique des patients



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

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

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

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

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

Cotation		
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.	En grande partie	

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

Critère 18.a - Soins de longue durée 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.	En grande partie	

Référence 18: La continuité et la coordination des soins**Critère 18.b - Soins de suite et/ou de réadaptation****Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement**

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

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

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

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

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Enfants et adolescents

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

Cotation	B	
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.	Partiellement	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.	En grande partie	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

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

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	En grande partie	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.	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		B	
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.	En grande partie		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	
La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.	En grande partie		
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	En grande partie		
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats	

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

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 - 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.	NA	
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.	En grande partie	Certaines actions d'amélioration ont été définies et mises en place. Cependant, tous les axes ne sont pas définis par le groupe de travail si bien qu'il n'existe pas de plan définitif ni de calendrier de réalisation.

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.b - Soins de longue durée
Troubles de l'état nutritionnel



Cotation		
B		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les patients, ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique, sont identifiés.	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.	En grande partie	
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.	En grande partie	<p>Certaines actions d'amélioration ont été définies et mises en place. Par exemple, Les régimes alimentaires font systématiquement l'objet d'une prescription médicale qui est transmise à l'unité de production, actuellement sous forme papier, par la référente alimentation de chaque service, avec en projet, une transmission informatique avant la fin de l'année. Le groupe de travail réfléchit sur la durée du jeûne et sur l'étalement de la distribution des plateaux en fragmentant leur contenu, d'abord les hors d'oeuvre et ensuite distribution des plats chauds de manière à ce qu'ils n'aient pas le temps de refroidir, les audits ayant montré que les patients déments ont une durée des repas qui doit être rallongée en raison de leur lenteur dans les gestes. Cependant, tous les axes ne sont pas définis par le groupe de travail si bien qu'il n'existe pas de plan ni de calendrier définitif.</p>

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

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

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

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	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.	En grande partie	
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 longue durée 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.	En grande partie	Les patients présentant un risque suicidaire sont identifiés au moment de la visite initiale et tout au long de leur séjour. Toutefois, les patients handicapés ou déments peuvent présenter des passages à l'acte soudains qui ne sont pas toujours identifiables.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement assure la coordination des différents professionnels autour de la prise en charge de ces patients.	Oui	
Les professionnels sont formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.d Hospitalisation sans consentement

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

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

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

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse au sein du COMEDIMS et de la CME. Cette organisation a été acceptée par la direction qui a donné les moyens nécessaires, humains et matériels à cette organisation (postes de pharmaciens et de préparateurs, réalisation d'une nouvelle pharmacie).

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

Oui

L'établissement dispose d'un logiciel de dossier informatique, incluant la prescription, l'administration et sa traçabilité, disponible à la pharmacie pour validation et pour la commande. Ce dossier comporte une passerelle interfacée avec le système de gestion hospitalière puisque l'ouverture d'un numéro d'hospitalisation dans une unité permet l'ouverture du dossier médical. Ce dossier est totalement opérationnel sur l'ensemble de l'établissement.

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 logiciel comporte des routines automatiques d'aide à la prescription, le livret des médicaments est intégré au logiciel. Le livret thérapeutique comporte des outils d'aide à la prescription et à l'administration avec des alertes

	Oui	automatiques pour la prescription.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	Un audit sur le circuit du médicament a permis la sensibilisation des personnels au risque d'erreurs médicamenteuses. Des actions d'information ont été mises en place à la suite de cet audit.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est déployée sur l'ensemble de l'établissement, y compris dans le secteur médico-social.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Oui	L'établissement suit en routine ses consommations pharmaceutiques qui sont étudiées en COMEDIMS. Il suit notamment en liaison avec le CLIN les consommations de tous les antibiotiques. Chaque prescription d'antibiotique génère une fiche d'infection qui doit être remplie par le médecin, ce qui permet d'assurer une veille clinique et pharmaceutique de ces classes thérapeutiques.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Le logiciel détecte en routine la majorité des erreurs de prescriptions. Ceci annule la prescription qui doit être corrigée et refaite par le médecin. Les erreurs sur l'administration, la dispensation, les commandes suivent le circuit des événements indésirables. Ils sont analysés par le service qualité qui fait appel dans un deuxième temps aux professionnels concernés.
Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	Oui	L'audit "Flash médicaments" a permis la mise en place de mesures correctives, l'information et la sensibilisation des professionnels. Le programme prévoit la mise en fonctionnement au cours du 1er semestre 2012 d'un robot destiné au conditionnement des médicaments qui est

Oui	actuellement effectué dans les services. Le poste de préparateur est budgété et le matériel commandé.
-----	---

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a - Soins de longue durée
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse au sein du COMEDIMS et de la CME. Cette organisation a été acceptée par la direction qui a donné les moyens nécessaires, humains et matériels à cette organisation (postes de pharmaciens et de préparateurs, réalisation d'une nouvelle pharmacie).

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

Oui

L'établissement dispose d'un logiciel de dossier informatique, incluant la prescription, l'administration et sa traçabilité, et disponible à la pharmacie pour validation et commande. Ce dossier comporte une passerelle interfacée avec le système de gestion hospitalière puisque l'ouverture d'un numéro d'hospitalisation dans une unité permet l'ouverture du dossier médical. Ce dossier est totalement opérationnel sur l'ensemble de l'établissement.

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 logiciel comporte des routines automatiques d'aide à la prescription, le livret des médicaments est intégré au logiciel. Le livret thérapeutique comporte des outils d'aide à la prescription et à l'administration avec des alertes

	Oui	automatiques pour la prescription.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	Un audit sur le circuit du médicament a permis la sensibilisation des personnels au risque d'erreurs médicamenteuses. Des actions d'information ont été mises en place à la suite de cet audit.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est déployée sur l'ensemble de l'établissement.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Oui	L'établissement suit en routine ses consommations pharmaceutiques qui sont étudiées en COMEDIMS. Il suit notamment en liaison avec le CLIN les consommations de tous les antibiotiques. Chaque prescription d'antibiotique génère une fiche d'infection qui doit être remplie par le médecin, ce qui permet d'assurer une veille clinique et pharmaceutique des ces classes thérapeutiques.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Le logiciel détecte en routine la majorité des erreurs de prescriptions. Ceci annule la prescription qui doit être corrigée et refaite par le médecin. Les erreurs sur l'administration, la dispensation, les commandes suivent le circuit des événements indésirables. Ils sont analysés par le service qualité qui fait appel dans un deuxième temps aux professionnels concernés.
Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	Oui	L'audit "Flash médicaments" a permis la mise en place de mesures correctives, l'information et la sensibilisation des professionnels. Le programme prévoit la mise en fonctionnement au cours du 1er semestre 2012 d'un robot destiné au conditionnement des médicaments qui est

Oui	actuellement effectué dans les services. Le poste de préparateur est budgété et le matériel commandé.
-----	---

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

L'ensemble de l'établissement, y compris les secteurs médico-sociaux, disposent d'un logiciel informatique incluant l'ensemble du circuit du médicament (prescription médicale, contrôle du pharmacien, saisie informatique de l'administration avec traçabilité, identification obligatoire des prescripteurs et des IDE, système d'alerte en cas d'erreur de prescription). Ces règles de prescription définies en COMEDIMS sont validées par la CME et la réunion hebdomadaire des médecins.

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

Oui

Lors de la pré-admission et au moment de l'admission, le traitement personnel ou antérieur du patient est systématiquement réapprécié par le médecin qui fait une prescription des médicaments ou de leurs équivalents qu'il souhaite garder. Tous les médicaments sont rendus à ses proches, aucun médicaments n'accompagne le patient. Le logiciel permet une prescription qui n'excède pas sept jours, la poursuite des traitements nécessitant une ressaisie par le médecin. En cas de transfert pour examen, le traitement est donné aux médecins qui accompagnent le patient en transport médicalisé. A priori, aucun patient ne sort de cette

	Oui	unité qui les accueille jusqu'au décès.
Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont définies.	Oui	Le logiciel informatique et les protocoles mis en place assurent la sécurisation de la dispensation du médicament.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	L'administration est saisie par l'IDE en temps réel en regard de la prescription. Les règles d'administration sont définies dans le livret du médicament et connues des professionnels. Toute modification fait l'objet d'une nouvelle prescription.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	Les règles de prescription définies en COMEDIMS et validées par la CME et la réunion hebdomadaire des médecins sont mises en oeuvre et intégrées au livret du médicament qui lui-même constitue la base de données du logiciel.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	En grande partie	L'analyse pharmaceutique est déjà réalisée, la délivrance nominative avec reconditionnement est programmée pour cette année, le poste supplémentaire de préparateur est budgété, le matériel commandé, les locaux construits.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	Oui	Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées. L'établissement dans son secteur sanitaire et aussi dans le secteur médico-social ne prend pas en charge des traitements anticancéreux, pédiatriques ou radiopharmaceutiques. L'établissement ne prépare que des solutions de fluorescéine à visée dermatologique.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	NA	Les patients de l'unité Etats végétatifs chroniques ne peuvent par définition recevoir d'information sur le bon usage du médicament.

La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'administration est renseignée au lit du patient par le logiciel patient qui suit l'IDE au cours de sa tournée de distribution, par l'intermédiaire d'un ordinateur portable avec connexion Wifi.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Un audit "Flash médicaments" a été réalisé en décembre 2011 dans toutes les unités de l'établissement. Cet audit a repris la même grille que l'audit précédent. Par ailleurs, une EPP sur la prise en charge médicamenteuse a été conduite depuis 2006, arrêtée en 2011, l'établissement n'arrivant plus à dégager de marges d'amélioration car tous les objectifs étaient atteints. Le dernier audit a permis de dégager des axes et des actions d'amélioration qui sont en place.
Des actions, visant le bon usage des médicaments, sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Des EPP sont mises en place sur la pertinence des prescriptions chez les patients âgés et handicapés (spécificité de l'établissement). Ces EPP s'appliquent aussi au secteur de SSR qui n'accueille que des patients en état végétatif persistant. Une surveillance est renforcée avec évaluation continue sur les nouveaux anticoagulants et sur les antibiotiques.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a bis - Soins de longue durée
Prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'ensemble de l'établissement, y compris les secteurs médico-sociaux, disposent d'un logiciel informatique incluant l'ensemble du circuit du médicament (prescription médicale, contrôle du pharmacien, saisie informatique de l'administration avec traçabilité, identification obligatoire des prescripteurs et des IDE, système d'alerte en cas d'erreur de prescription). Ces règles de prescription définies en COMEDIMS sont validées par la CME et la réunion hebdomadaire des médecins.

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

Oui

Le logiciel permet une prescription qui n'excède pas sept jours, la poursuite des traitements antérieurs nécessitant une ressaisie par le médecin. Au moment de l'admission, tous les traitements personnels sont donnés aux proches ou à la pharmacie si impossibilité de les redonner. Cette procédure se justifie en raison de la longue durée de séjour, avec un risque de dépasser les dates péremption. En cas de transfert pour examen, le traitement est donné au médecin qui accompagne le patient en transport médicalisé. En cas de sortie autre que le décès ou en cas de permission prolongée (plus de sept jours), une ordonnance est donnée

	Oui	au patient ou à son entourage pour assurer le continuité du traitement.
Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont définies.	Oui	Le logiciel informatique et les protocoles mis en place assurent la sécurisation de la dispensation du médicament.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	L'administration est saisie par l'IDE en temps réel en regard de la prescription. Les règles d'administration sont définies dans le livret du médicament et connues des professionnels. Toute modification fait l'objet d'une nouvelle prescription.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	Les règles de prescription définies en COMEDIMS et validées par la CME et la réunion des médecins qui se tient chaque semaine, sont mises en oeuvre et intégrées au livret du médicament qui lui-même constitue la base de données du logiciel.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	En grande partie	L'analyse pharmaceutique est déjà réalisée, la délivrance nominative avec reconditionnement est programmée pour cette année, le poste supplémentaire de préparateur est budgété, le matériel commandé, les locaux construits.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	Oui	Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées. L'établissement dans son secteur sanitaire et aussi dans le secteur médico-social ne prend pas en charge des traitements anticancéreux, pédiatriques ou radiopharmaceutiques. L'établissement ne prépare que des solutions de fluorescéine à visée dermatologique.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Partiellement	Les patients qui le peuvent, c'est-à-dire ceux qui n'ont pas ou peu de troubles cognitifs, sont informés des médicaments qu'ils prennent et de leurs effets. Cette population de patients est minoritaire. Un groupe a été constitué en 2011 sur l'éducation thérapeutique qui a pour

	Partiellement	objectif de formaliser et d'homogénéiser l'information pour les patients diabétiques.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'administration est renseignée au lit du patient par le logiciel patient qui suit l'IDE au cours de sa tournée de distribution, par l'intermédiaire d'un ordinateur portable avec connexion Wifi.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Un audit "Flash médicaments" a été réalisé en décembre 2011 dans toutes les unités de l'établissement. Cet audit a repris la même grille que l'audit précédent. Par ailleurs, une EPP sur la prise en charge médicamenteuse a été conduite depuis 2006, arrêtée en 2011, l'établissement n'arrivant plus à dégager de marges d'amélioration car tous les objectifs étaient atteints. Le dernier audit a permis de dégager des axes et des actions d'amélioration qui sont en place.
Des actions, visant le bon usage des médicaments, sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Des EPP sont mises en place sur la pertinence des prescriptions chez patients âgés et handicapés (spécificité de l'établissement). Une surveillance est renforcée avec évaluation continue sur les nouveaux anticoagulants et sur les antibiotiques.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

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

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

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.b - Soins de longue durée Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Critère 21.a - Soins de longue durée

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

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

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

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

Critère 21.b Démarche qualité en laboratoire de biologie médicale

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

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

Référence 22: La prise en charge des examens d'imagerie médicale**Critère 22.a - 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.	En grande partie	
Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	Oui	

L'établissement coordonne la réalisation des examens prescrits par le médecin traitant ou hospitalier.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	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 longue durée 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.	En grande partie	
Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	Oui	

L'établissement coordonne la réalisation des examens prescrits par le médecin traitant ou hospitalier.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	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.b Démarche qualité en service d'imagerie

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

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

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

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

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

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.	NA	
L'établissement définit, dans son plan, une formation à l'ETP (sensibilisation des professionnels impliqués dans la prise en charge des maladies chroniques et acquisition de compétences pour ceux qui mettent en œuvre un programme d'ETP).	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation des conditions d'accès et de mise en œuvre des programmes d'ETP (patients, professionnels de santé impliqués) donne lieu à des actions d'amélioration.	NA	

Référence 23: l'éducation thérapeutique à destination du patient et de son entourage**Critère 23.a - Soins de longue durée
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.

En grande partie

Les maladies ou situations nécessitant l'élaboration d'une démarche structurée d'éducation thérapeutique du patient (ETP), intégrée à sa prise en charge, sont identifiées.

Oui

Une coordination avec les professionnels extra-hospitaliers et les réseaux est organisée.

Oui

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

Selon la nature des besoins et des attentes des patients, des programmes d'ETP autorisés sont proposés aux patients et mis en œuvre ; si l'établissement de santé ne met pas en œuvre de programme autorisé, il lui est demandé de

Partiellement

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

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

Référence 24: La sortie du patient

Critère 24.a - Soins de longue durée 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.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	Non	
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Non	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Non	

PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

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

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



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

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

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

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.a Organisation du bloc opératoire



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

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

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

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

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



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

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

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

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



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

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

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

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



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

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

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.c

Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique

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

Cotation	NA	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement a formalisé sa participation aux activités ou à un réseau de prélèvement d'organes et de tissus.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique, et sont formés, notamment en matière d'information des familles.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Dans les établissements autorisés, les bonnes pratiques de prélèvement sont mises en oeuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

Les activités relatives au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
---	----	---

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

Cotation	B	
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.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs est assuré, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	

PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.a

Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles



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

L'engagement des professionnels est effectif.	Oui	
Des actions de communication, relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats, sont mises en œuvre.	En grande partie	
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.	Partiellement	

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.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des analyses de la pertinence des soins sont réalisées, et permettent la mise en œuvre d'actions d'amélioration.	Oui	
Des guides de bon usage des soins sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

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



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

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

6.INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Les indicateurs généralisés actuellement recueillis

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

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

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

Éléments de lecture du tableau

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

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

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

Remarque :

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

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

7.BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Imagerie et exploration fonctionnelle			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Radiothérapie			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prévention des risques liés à l'inhalation de poussière d'amiante	FA Expertise	Décembre 2005	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opérations de retrait réalisées conformément à la réglementation.