



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## **RAPPORT DE CERTIFICATION V2010**

### **CLINIQUE SARRUS TEINTURIERS**

49 allées charles de fitte - 31076 - Toulouse

MARS 2012

# SOMMAIRE

<b>PREAMBULE</b>	<b>4</b>
1. Les objectifs de la certification des établissements de santé	5
2. Les niveaux de certification	6
<b>1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>8</b>
<b>2. DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	<b>11</b>
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
<b>3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS</b>	<b>18</b>
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
<b>4. SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	<b>25</b>

<b>5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES</b>	<b>28</b>
<b>CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	<b>30</b>
PARTIE 1. Management stratégique	31
PARTIE 2. Management des ressources	56
PARTIE 3. Management de la qualité et de la sécurité des soins	97
<b>CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT</b>	<b>124</b>
PARTIE 1. Droits et place des patients	125
PARTIE 2. Gestion des données du patient	151
PARTIE 3. Parcours du patient	159
PARTIE 4. Prises en charge spécifiques	209
PARTIE 5. Evaluation des pratiques professionnelles	226
<b>6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	<b>233</b>
<b>7. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE</b>	<b>235</b>

# 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.

<b>Certification</b>	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.
<b>Certification avec recommandation(s)</b>	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.
<b>Certification avec réserve(s)</b>	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.
<b>Décision de surseoir à la Certification = Réserve(s) majeure(s)</b>	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.
<b>Non certification</b>	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

# CLINIQUE SARRUS TEINTURIERS

**Adresse :** 49 allees charles de fitte Toulouse  
31076 HAUTE-GARONNE

**Statut :** Privé

**Type d'établissement :** Etablissement privé à but lucratif

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Court séjour	164	0	0

Nombre de sites.:	1
Activités principales:	Chirurgie programmée ; Obstétrique ; Médecine.
Activités de soins soumises à autorisation.:	Médecine ; Chirurgie ; Chirurgie esthétique ; Gynécologie-obstétrique, néonatalogie ; Activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire, en cardiologie ; Traitement du cancer par chirurgie.
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	aucun

## Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	<p>- Réseau MATERMIP regroupant toutes les maternités de la région Midi-Pyrénées (depuis 2001) La clinique Sarrus-Teinturiers a adhéré au réseau régional MATERMIP dès sa constitution et en est un membre moteur.</p> <p>- Réseau ONCOMIP (Réseau de cancérologie de Midi-Pyrénées, depuis 2001) La clinique Sarrus-Teinturiers adhère depuis 2001 au réseau. La clinique accueille sur son site, en partenariat avec le réseau, une réunion de concertation pluridisciplinaire bimensuelle. L'établissement a adhéré au groupement de coopération sanitaire de cancérologie privée de Midi-Pyrénées. Ce groupement fera partie intégrante du cancéropôle.</p> <p>- Réseau Hépatite C (depuis le 12 octobre 2000)</p> <p>- Réseau DIAMIP (Réseau diabète Midi-Pyrénées, depuis 1er juillet 2004) La coopération entre le réseau MATERMIP et le réseau DIAMIP a permis la mise en place au sein de la clinique d'un atelier d'</p>
--	--

éducation thérapeutique dans le cadre du diabète gestationnel. Le Dr CHAUVEAU et le Dr SOULIE, médecins endocrinologues, exercent leur activité au sein de notre clinique.

- Réseau RELIENCE (douleurs chroniques, accompagnement soins palliatifs, depuis 2003)

- GCS RTR (depuis 2000)

La clinique Sarrus-Teinturiers fait partie des 31 établissements de la région Midi-Pyrénées, fondateurs du GCS de télémédecine, et est joignable sur le réseau de télémédecine, en particulier au niveau du réseau des maternités.

- Coopération avec le CHU de Paule-de-Viguier dans le cadre de l'activité d'assistance médicale à la procréation.

Travail avec le service de génétique médicale du CHU de Toulouse. Depuis de nombreuses années, les praticiens de la clinique travaillent en étroite collaboration avec ce service. A l'avenir et en collaboration étroite avec le CHU, la clinique envisage de renforcer cette activité en demandant une autorisation d'activité.

- Scanner

Les radiologues de la clinique Sarrus-Teinturiers font partie du GIE Scanner Toulouse - Saint-Cyprien. Le scanner a été installé sur le site de l'hôpital Joseph-Ducuing en 2003. La participation active des radiologues de la clinique Sarrus-Teinturiers garantit un accès rapide pour les examens de ce type.

- IRM

La clinique Sarrus-Teinturiers participe au GIE IRM Toulouse - Saint-Cyprien avec les radiologues de la SCP radiologie rive gauche, l'hôpital Joseph-Ducuing, les radiologues du centre Compans Caffarelli et la Mutualité de la Haute-Garonne. La clinique a obtenu en 2006 l'autorisation d'installation d'un IRM dans ses locaux.

- Urgences

La clinique a signé une convention relais dans le cadre de la prise en charge des urgences avec l'hôpital Joseph-Ducuing qui dispose d'une autorisation d'UPATO. Cette convention concerne toutes les spécialités de la clinique.

La convention précise que la clinique peut être selon les cas un établissement relayeur ou un établissement relayé. Une convention relais a aussi été signée avec la clinique Ambroise-Paré sur les urgences.

- Dépistage de la surdité chez le nouveau-né

La clinique participe à la mise en œuvre du dépistage systématique de la surdité chez le nouveau-né en coordination avec le CHU (Pr OLIVES, Pr DEGUINE). Le Dr GARDINI, ORL de la clinique, est référent régional dans ce domaine.

- Réanimation adulte :

Convention avec la polyclinique du Parc et la clinique Ambroise-Paré.

Regroupement/Fusion.:	non
Arrêt et fermeture d'activité.:	non
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	non

## 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, l'ensemble des contrôles et inspections a été réalisé; l'établissement est organisé et déploie des actions pour répondre aux recommandations et avis issus de ces contrôles et inspections.

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

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

#### 4. Critères investigués lors de la visite de certification

La visite de certification s'est déroulée du 15/11/2011 au 18/11/2011.  
L'équipe d'Experts Visiteurs a investigués les critères suivants :

##### **MANAGEMENT STRATÉGIQUE**

1.f, 2.e

##### **MANAGEMENT DES RESSOURCES**

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

##### **MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS**

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

##### **DROITS ET PLACE DES PATIENTS**

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

##### **GESTION DES DONNÉES DU PATIENT**

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

##### **PARCOURS DU PATIENT**

16.a Court Séjour, 17.a Court Séjour, 18.a Court Séjour, 18.b Court Séjour, 19.a Personnes atteintes d'un handicap, 19.a Patients porteurs de maladie chronique, 19.a Personnes âgées, 19.a Enfants et adolescents, 19.a Personnes démunies, 19.b Court Séjour, 19.c Court Séjour, 19.d, 20.a Court Séjour, 20.a bis Court Séjour, 20.b Court Séjour, 23.a Court Séjour, 24.a Court Séjour

##### **PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES**

26.a, 26.b Endoscopie, 26.c

##### **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 d'activité à risque majeur (26.b)

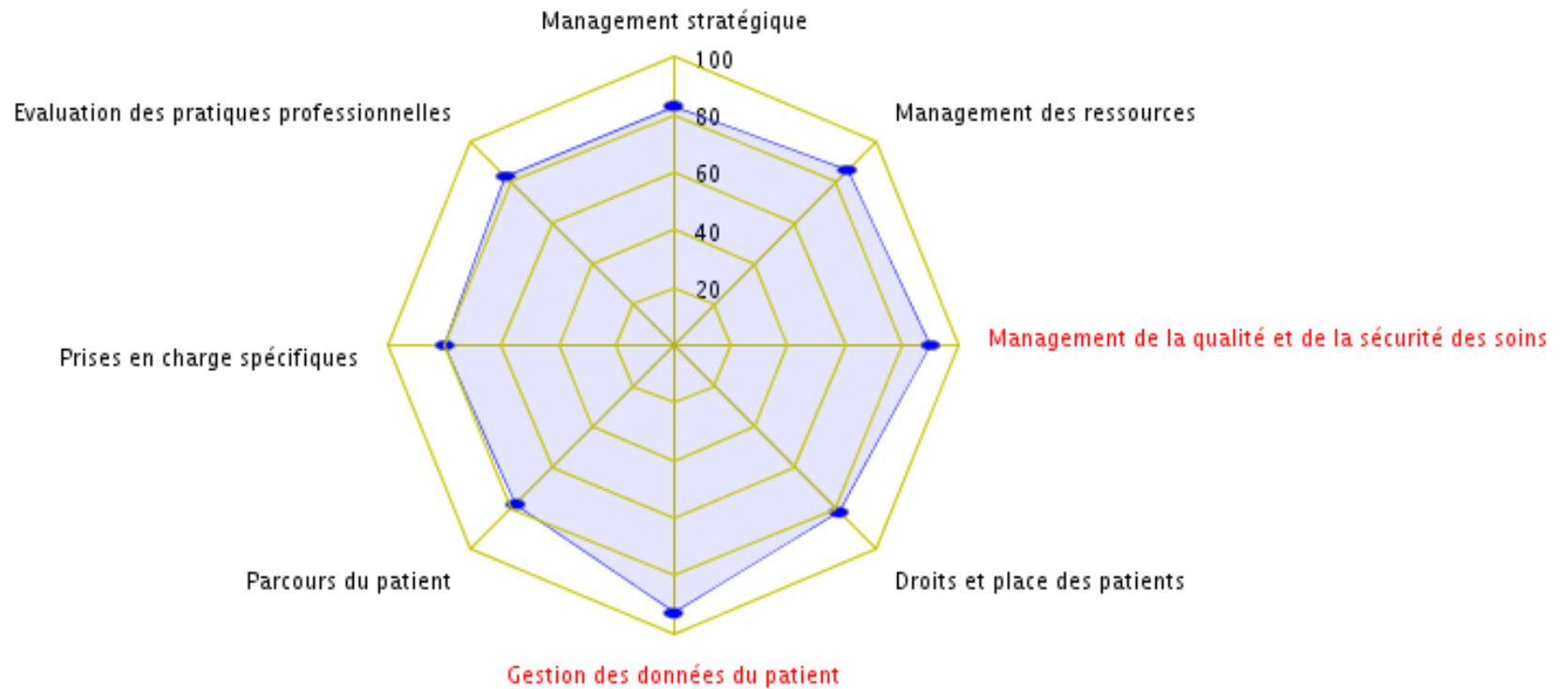
Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement.

[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 :

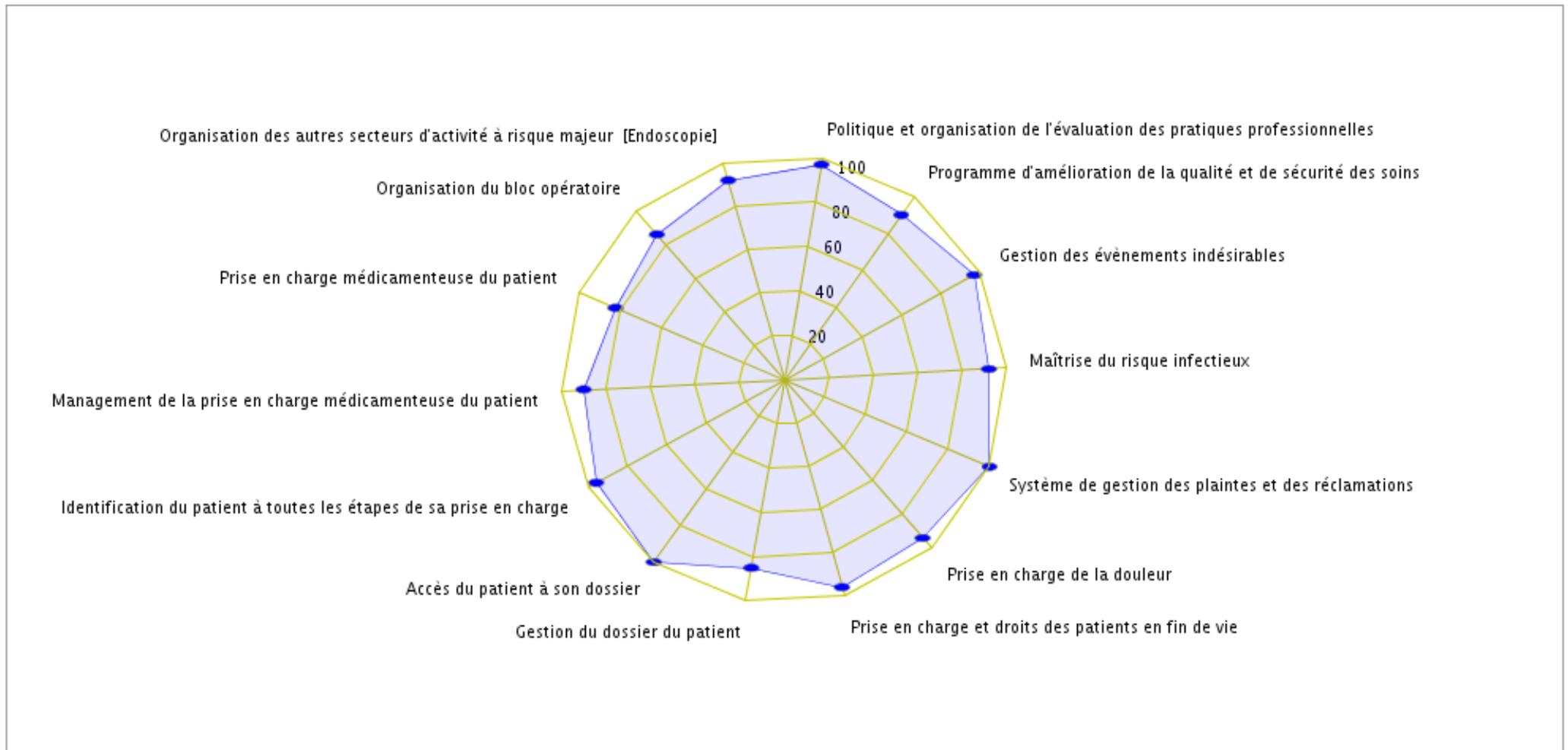
- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (10a),
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b),
- Respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c),
- Accueil et accompagnement de l'entourage (10d),
- Information du patient sur son état de santé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

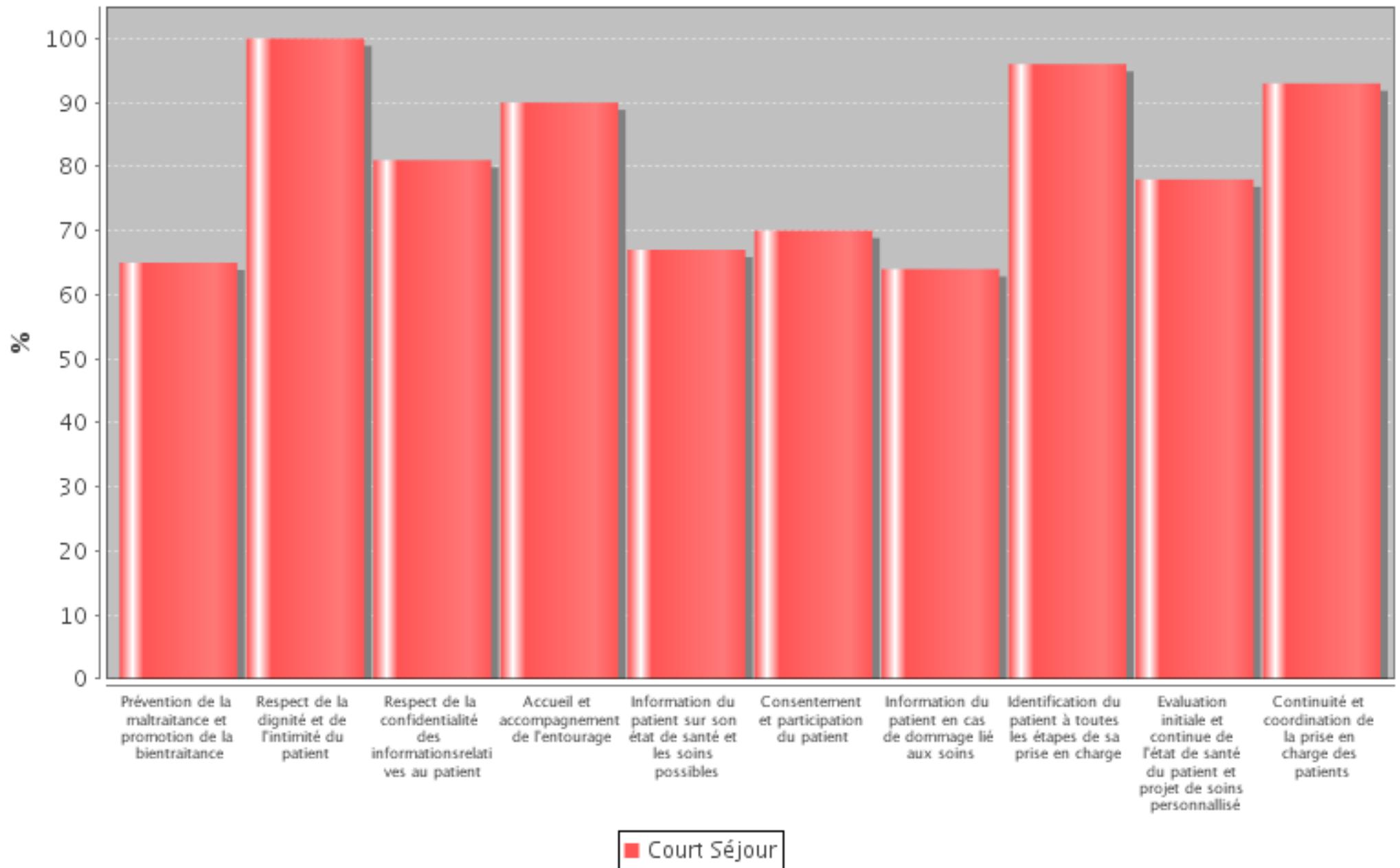


Les libellés des points fort (> 90%) sont en rouge.

## 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		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les orientations stratégiques sont élaborées en concertation avec les parties prenantes en interne et en externe.	Oui	
La stratégie de l'établissement prend en compte les besoins de la population définis dans les schémas de planification sanitaire et, le cas échéant, le projet médical de territoire.	Oui	
Les valeurs et les missions de l'établissement sont déclinées dans les orientations stratégiques.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les différentes politiques (ressources humaines, système d'information, qualité et sécurité des soins, etc.) sont déclinées, en cohérence avec les orientations stratégiques.	Oui	

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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

### Critère 1.b Engagement dans le développement durable

**Cotation**

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Un volet développement durable est intégré dans les orientations stratégiques.

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui

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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

### Critère 1.c Démarche éthique

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

En grande partie

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

En grande partie

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

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

Partiellement

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU).	Oui	
Des formations sur les droits des patients destinées aux professionnels sont organisées.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

**Cotation**

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.

Oui

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

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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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



**Cotation**

A

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

La politique de développement de l'EPP est intégrée dans le projet qualité et gestion des risques. Cette stratégie s'appuie sur des objectifs et un plan d'action décliné sous forme de programme annuel. L'engagement de l'établissement dans les démarches d'EPP a été initié dès 1999 dans le service de maternité. Le développement des EPP a accompagné le déploiement des démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

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

Oui

La concertation entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie de l'EPP est organisée au sein de la commission EPP intégrée au comité de pilotage qualité et gestion des risques. Cette concertation est réalisée à périodicité définie lors des réunions du comité de pilotage et du bilan annuel. La CME examine et valide les orientations en matière d'EPP.

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

Oui

La commission EPP est responsable de l'organisation, de la coordination, de l'accompagnement méthodologique des groupes EPP. Cette commission organise le développement de l'EPP dans tous les secteurs en s'appuyant sur les

	Oui	ressources de la cellule qualité et gestion des risques.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en oeuvre de l'EPP.	Oui	L'accompagnement des professionnels pour la mise en œuvre de l'EPP est assuré par la cellule qualité et gestion des risques. La responsable qualité et la gestionnaire des risques prennent en charge l'animation de la démarche. Elles organisent le support méthodologique des démarches ainsi que la gestion des différents groupes EPP.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	Oui	La commission EPP est chargée du suivi de l'état d'avancement et de l'impact des démarches d'EPP. La démarche s'appuie sur la définition par chaque groupe de modalités de suivi prenant en compte une définition d'indicateurs. Un bilan annuel de l'avancement des démarches est réalisé de manière globale sur la base d'un tableau de bord.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	Oui	Un dispositif d'information structuré sur les démarches d'EPP est en place. Ce dispositif est organisé par les publications spécifiques sur l'EPP intégrées dans le journal interne et par les présentations réalisées lors des réunions des différentes instances de la clinique. La CME participe également à la diffusion d'informations régulières sur le développement des EPP auprès de tous les praticiens de la structure.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	Le bilan des démarches d'EPP est examiné par la direction et la CME. Le rapport d'activité de la cellule qualité et GDR comporte un volet spécifique aux EPP. Ce bilan est réalisé annuellement devant les instances identifiées.
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	En grande partie	La stratégie de développement de l'EPP est évaluée annuellement sur la base des objectifs fixés. Cette mesure des résultats obtenus n'est pas systématiquement accompagnée d'une analyse en vue de la révision de la

En grande partie	stratégie.
------------------	------------

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

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

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

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

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les représentants d'usagers participent à l'élaboration et à la mise en oeuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, notamment dans le cadre de la CRU.	Oui	

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

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

### Critère 2.c Fonctionnement des instances

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

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

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

### Critère 2.d Dialogue social et implication des personnels

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

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

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



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

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

## PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

### Référence 3: La gestion des ressources humaines

#### Critère 3.a Management des emplois et des compétences

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

En grande partie

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 risque ou innovantes sont identifiées.

Partiellement

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

L'évaluation périodique du personnel est mise en oeuvre.	En grande partie	
Un plan de formation est mis en oeuvre.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	Partiellement	

## Référence 3: La gestion des ressources humaines

### Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants

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

## Référence 3: La gestion des ressources humaines

### Critère 3.c Santé et sécurité au travail

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

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

Des actions d'amélioration des conditions de travail sont mises en oeuvre.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	Partiellement	
Ces évaluations donnent lieu à des actions d'amélioration.	Oui	

### Référence 3: La gestion des ressources humaines

#### Critère 3.d Qualité de vie au travail

**Cotation**

B

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

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

Non

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Des actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont mises en oeuvre.

En grande partie

**E3 Evaluer et améliorer**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

## Référence 4: La gestion des ressources financières

### Critère 4.a Gestion budgétaire

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement conduit une analyse des coûts dans le cadre de ses procédures de responsabilisation budgétaire interne.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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.

En grande partie

**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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le système d'information facilite l'accès en temps utile à des informations valides.	Oui	
Le système d'information aide les professionnels dans leur processus de décision.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

## Référence 5: Le système d'information

### Critère 5.b Sécurité du système d'information

## Cotation

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

### E3 Evaluer et améliorer

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

## Référence 5: Le système d'information

### Critère 5.c Gestion documentaire

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un dispositif de gestion documentaire est en place.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	

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

## Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

### Critère 6.a Sécurité des biens et des personnes

<b>Cotation</b>	A	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les situations identifiées font l'objet de dispositifs de sécurité adaptés (installations, équipements, consignes, sensibilisation et formation).	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

Le niveau de sécurité des biens et des personnes est évalué, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	
--	-----	--

## Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

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

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La maintenance curative des équipements et des infrastructures est organisée.	Oui	
L'établissement dispose d'un programme de maintenance.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	Partiellement	L'établissement assure un suivi de son programme de maintenance. Cette démarche réalisée par le responsable technique en lien avec la direction de l'établissement relève d'une approche globale ne constituant pas une évaluation structurée sur la base d'indicateurs spécifiques, permettant à périodicité définie une révision régulière du programme de maintenance.

## 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.*

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

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

## Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

### Critère 6.d Gestion du linge

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

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

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

## Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

### Critère 6.e Fonction transport des patients

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La fonction transport des patients est organisée, y compris en cas de sous-traitance.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

## Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

### Critère 6.f Achats écoresponsables et approvisionnements

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

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des outils de suivi et d'évaluation de la politique d'achat sont mis en place.	Partiellement	

## Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

**Critère 6.g**  
**Gestion des fonctions logistiques au domicile**



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

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

Pour les équipements majeurs (susceptibles de mettre en danger la vie du patient en cas de dysfonctionnement), une maintenance 24 h/24 et 7 j/7 est organisée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Pour les patients à haut risque vital, l'HAD s'assure de leur signalement à « Electricité Réseau Distribution France ».	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les différents processus logistiques (internes ou externes) sont évalués, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La maintenance 24 h/24 et 7 j/7 est évaluée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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

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

### Critère 7.a Gestion de l'eau

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

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un plan de maintenance préventive et curative des installations, élaboré avec l'EOH ou le CLIN (ou équivalents), est mis en oeuvre.	Oui	
Des contrôles périodiques de l'eau sont menés en lien avec l'EOH ou le CLIN (ou équivalents), et tracés.	Oui	

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

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

### Critère 7.b Gestion de l'air

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	En grande partie	
Des dispositions sont prévues en cas de travaux.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un plan et des procédures de surveillance et de maintenance de la qualité de l'air, en concertation avec l'EOH ou la CME et le CHSCT, sont mis en oeuvre.	Oui	

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

## 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.*

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi périodique est réalisé.	Partiellement	
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		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les actions à mettre en oeuvre pour 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.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions de sensibilisation et de formation périodiques sont menées.	Oui	

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

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

### Critère 7.e Gestion des déchets

**Cotation**

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.

Oui

**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.	Oui	
Le patient et son entourage sont informés des risques liés aux déchets d'activités de soins à risque 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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	En grande partie	
L'établissement a identifié les filières locales de valorisation possible des déchets.	En grande partie	

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

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

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est formalisé.	Oui	L'établissement dispose d'un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Ce programme fondé sur les orientations stratégiques définies comporte des objectifs précis de déploiement. Des actions précises sont identifiées pour organiser les phases de déploiement au niveau des secteurs d'activité.
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 prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, l'analyse des événements indésirables, les dysfonctionnements et les risques majeurs sur les différents domaines ou processus de prise en charge : lutte contre les infections associées aux soins, sécurité du médicament et des dispositifs médicaux, risques associés aux soins, analyse des plaintes et des réclamations et résultats des démarches de certification. Ce programme intègre le recueil des indicateurs.

Les activités, réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins, sont prises en compte.	En grande partie	Les démarches réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins (événements porteurs de risques) sont recensées par la sous-commission EPP au titre des EPP menées par l'établissement. Ces démarches d'accréditation médicale s'appuient pour partie sur les actions de déploiement des EPP organisées par l'établissement, mais elles ne sont pas formellement intégrées dans le programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement.
Le programme est soumis aux instances.	En grande partie	Le programme d'amélioration de la qualité est présenté aux instances de l'établissement (direction, CME et instances représentatives du personnel). Cette démarche d'information n'est cependant pas réalisée à périodicité définie.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Les plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont déployés dans les secteurs d'activité en fonction des spécificités de chaque unité. Ces plans d'action sont pilotés en lien avec les responsables qualité et sécurité des soins. Les plans d'action comportent des objectifs et échéances de mise en œuvre.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	Oui	Un suivi régulier sous forme d'état d'avancement est réalisé au sein de l'établissement. Cette démarche permet une révision continue des plans d'action au regard des actions non abouties. Le bilan global est réalisé au niveau de la structure par le comité de pilotage qualité et GDR qui assure la conduite de la démarche.
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	En grande partie	La cellule qualité et gestion des risques réalise un bilan annuel des actions menées au sein de la structure. Ce rapport d'activité concerne l'ensemble des démarches dans les domaines de la qualité, de la gestion des risques et des EPP. Des indicateurs chiffrés spécifiques à l'établissement sont produits pour chaque thématique identifiée. Cette évaluation ne comporte pas de référence à des indicateurs

	En grande partie	nationaux ou régionaux.
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	Oui	Le comité de pilotage qualité et gestion des risques trace annuellement l'atteinte des objectifs du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. L'instance s'appuie sur ce bilan pour réajuster les actions du programme qui seront examinées à la prochaine échéance d'évaluation.

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**

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

**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**

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

La direction assure un suivi du traitement des non-conformités.	En grande partie	
---	------------------	--

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**

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

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

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

Critère 8.e  
Gestion de crise

<b>Cotation</b>	B	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les situations de crise sont identifiées.	Oui	
Une organisation, destinée à faire face aux situations de crise, est mise en place, et diffusée à l'ensemble des professionnels concernés.	En grande partie	
Les plans d'urgence sont établis.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une cellule de crise est opérationnelle.	Oui	

Les procédures d'alerte pour les situations de crise et les plans d'urgence sont opérationnelles.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'appropriation des procédures est évaluée suite à la réalisation d'exercices de gestion de crise ou par d'autres moyens adaptés.	En grande partie	
Il existe un système de retour d'expérience suite à ces exercices.	Partiellement	

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



<b>Cotation</b>	A	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une organisation est en place pour assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.	Oui	Une procédure organise le signalement, le traitement et l'analyse des événements indésirables. Une fiche spécifique est disponible en version papier et sur le système de gestion documentaire afin de constituer le support de déclaration des événements indésirables. La direction a validé les échelles de priorisation des risques : échelle de gravité, échelle de vraisemblance avec grille d'acceptabilité. Les risques sont identifiés a priori et a posteriori, puis analysés. Le système de recueil des événements indésirables est alimenté par le signalement des événements sentinelles, les déclarations des vigilances sanitaires, les cas présentés en RMM, les insatisfactions, les plaintes et les réclamations, les contentieux et les résultats des audits cliniques, organisationnels ou centrés sur les pratiques et les rapports de contrôle.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.	Oui	La formation des professionnels à l'utilisation de la fiche de signalement est organisée. Elle intègre l'identification des besoins ainsi que la description des objectifs et des cibles. Cette formation est dispensée aux nouveaux arrivants lors de leur procédure d'intégration à l'aide d'un support spécifique. Un guide de signalement est à disposition des équipes sur l'intranet de la clinique.
Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	Oui	La cellule de gestion de la qualité et de la sécurité des soins est chargée de la formation des professionnels. Les processus de hiérarchisation des risques sont organisés par la responsable GDR qui diffuse cette méthodologie aux autres professionnels. L'analyse des causes est également mise en œuvre afin de prolonger la démarche.
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.	Oui	Le processus de hiérarchisation des risques permet d'identifier et de traiter les événements indésirables nécessitant une analyse des causes profondes. Les événements indésirables graves bénéficient d'une analyse approfondie associant les professionnels concernés : témoins, acteurs, responsables, administratifs, gestionnaire des risques. Ces événements sont analysés lors des réunions de la cellule de gestion de crise.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions correctives sont mises en œuvre suite aux analyses.	Oui	A l'issue des analyses, des actions préventives ou correctives sont identifiées. Après validation de la direction, elles sont mises en place sous la responsabilité des responsables de secteur. La coordination et le suivi de ces actions sont réalisés par la gestionnaire des risques.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	Oui	Les événements indésirables récurrents font l'objet de traitements spécifiques au sein de groupes de travail pilotés par la gestionnaire des risques. Les résultats des travaux du groupe sont déclinés dans un programme d'actions assorti d'un calendrier de mise en œuvre. Les instances concernées sont associées et un suivi de l'état d'avancement est réalisé. Le comité GDR assure la coordination des différentes démarches et vérifie la cohérence des différents plans

	Oui	d'action.
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	En grande partie	L'efficacité des actions est mesurée par un tableau de bord intégrant des indicateurs. Les événements graves ou récurrents sont identifiés comme indicateurs sentinelles. Le rapport annuel de la cellule qualité et GDR comporte des données de suivi des actions correctives. L'ensemble de ce dispositif reste à développer par la définition d'items de mesure d'efficacité en complément des indicateurs de réalisation déjà disponibles.

## 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.*

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

Critère 8.h  
Bon usage des antibiotiques



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

A ce jour, la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heure n'est effectuée et tracée dans le dossier du patient que sur une molécule identifiée par l'ensemble des praticiens. Le plan d'action 2012 du COMEDIMS prévoit une réévaluation exhaustive sur toutes les molécules avec l'infectiologue qui participe aux travaux d'amélioration.

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**

<b>Cotation</b>	A	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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 inter-régionales), nationales de vigilance et de veille sanitaire.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles.	Oui	

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.*

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

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

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**

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement a défini un système de gestion des équipements biomédicaux, comprenant un plan pluriannuel de remplacement et d'investissement.	Oui	
Une procédure (équipement de secours, solution dégradée ou dépannage d'urgence), permettant de répondre à une panne d'un équipement biomédical critique, est formalisée et opérationnelle.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	En grande partie	

Les professionnels disposent des documents nécessaires à l'exploitation des équipements biomédicaux.	Partiellement	
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.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La gestion des équipements biomédicaux est évaluée, et donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	

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

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



**Cotation**

A

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

La gestion des plaintes est organisée : la CRU est opérationnelle. Elle fonctionne selon les modalités fixées dans son règlement intérieur élaboré en 2006, en conformité avec la réglementation (composition et fonctionnement). Les réclamations et les plaintes sont enregistrées sur un document unique. Le dispositif d'information des usagers est défini : livret d'accueil, site Internet de la clinique, affichage aux bureaux des entrées et des sorties et communication sur la télévision du hall. Des procédures ont été élaborées par les membres de la CRU :

- modalités de saisie de la CRU ;
- gestion des conciliations et des contentieux.

Ces procédures identifient les supports d'enregistrement et les responsabilités.

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

Oui

Le gestionnaire des risques et la responsable qualité siègent systématiquement aux réunions de la CRU. Le gestionnaire des risques est chargé du système de signalement des événements indésirables. Les fiches de signalement des événements indésirables peuvent alimenter les analyses des plaintes et des réclamations dans le cadre de la CRU. Les

	Oui	plaintes et les réclamations sont intégrées dans le programme global de gestion des risques.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	La direction transmet systématiquement aux acteurs concernés les plaintes et les réclamations reçues. À chaque demande, les cadres effectuent une enquête interne auprès du patient et de leurs équipes ; les professionnels sont associés aux réponses qui sont rédigées, colligées dans le registre dédié et transmises par la direction. Une copie de la réponse est adressée au praticien concerné et au service qualité et GDR. Les professionnels concernés sont associés aux actions correctives. Les insatisfactions détectées au cours des enquêtes font l'objet d'une analyse auprès du professionnel concerné par le cadre chargé du dossier. Ce dernier prend contact avec le patient afin de décrypter le motif de l'insatisfaction et d'apporter les réponses adéquates. Cette procédure est tracée sur un support spécifique et transmis à la cellule qualité et GDR pour enregistrement et traitement statistique.
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre.	Oui	Les modalités de mise en œuvre du dispositif de médiation sont décrites dans le livret d'accueil du patient et sur le site Internet de la clinique. Lors du recueil des plaintes et des réclamations, le dispositif est expliqué. La direction répond à tout courrier de réclamation ou de plainte. Ce courrier précise chaque fois que nécessaire les modalités de mise en œuvre du dispositif de médiation et les actions engagées au regard du dysfonctionnement soulevé. Un tableau de suivi des délais de réponse est en place par l'assistante de direction (délai de 6,65 jours pour les dossiers de moins de 5 ans en 2010). Il est transmis systématiquement à la CRU.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

<p>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.</p>	<p>Oui</p>	<p>La CRU est systématiquement destinataire de l'ensemble des réclamations et des plaintes adressées à l'établissement, des actions investiguées, des mesures conduites, des recommandations et des délais de réponse au patient. L'évaluation qualitative et quantitative des plaintes et des réclamations est réalisée en séance plénière de la CRU et fait l'objet d'un tableau de bord. Les recommandations de la CRU sont intégrées dans le PAQSS.</p>
--	------------	---

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

### Critère 9.b Evaluation de la satisfaction des usagers

<b>Cotation</b>	A	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une stratégie d'évaluation de la satisfaction des usagers est définie en lien avec la CRU.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

## CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

# PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS

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

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

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

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

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

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.	Non	
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 - Court Séjour  
Accueil et accompagnement de l'entourage**

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

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

## Référence 10: La bientraitance et les droits

### Critère 10.e - Court Séjour

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

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

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

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

### Critère 11.a - Court Séjour

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une organisation, relative à l'information donnée au patient, est définie.	Partiellement	
Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.).	Partiellement	

L'accès à des ressources d'information diversifiées (support écrit, espace d'information, etc.) est facilité.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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 - Court Séjour Consentement et participation du patient

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une organisation est définie permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soins.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

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

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

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est définie.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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 - Court Séjour  
Prise en charge de la douleur



### Cotation

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Le projet de lutte contre la douleur est intégré dans les orientations stratégiques, dans le projet de soins et le projet d'établissement. Il se décline en :

- politique de prise en charge de la douleur, et particulièrement celle ciblée sur la prise en charge des patients vulnérables ;
- objectifs définis en cohérence avec les plans nationaux ;
- mise en œuvre par un programme annuel.

La prise en charge des différents aspects de la douleur (physique, psychologique) est priorisée. Le CLUD, en place depuis 2004, définit annuellement son programme d'action (pour 2011 : actualisation des protocoles, formation à l'analgésie en pédiatrie, travail sur les coûts avec la pharmacie) et élabore son bilan d'activité, accessible sur l'intranet. Depuis 2002, les interventions de l'équipe de Guidance infantile contribuent à la prise en charge de la douleur psychologique des couples confrontés à une malformation ou un décès néonatal. Depuis 2006, deux psychologues interviennent en soins de supports dans le cadre du dispositif d'annonce en cancérologie ou pour tout

	Oui	autre sujet à la demande des patients ou de l'équipe. Le CLUD de l'établissement est mutualisé avec la clinique proche (Saint-Nicolas).
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	Rédigées depuis 2000, les procédures thérapeutiques et préventives font l'objet de révisions régulières (toutes réactualisées en 2010 et 2011). Elles sont rédigées avec les professionnels et validées par le CLUD ; elles s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques actualisées. Les procédures sont adaptées : - à chaque type de patient (nouveau-né, enfant, future mère, adulte, personne âgée) ; - à chaque prise en charge (accouchement, postopératoire, pédiatrie...) ; - à chaque spécialité chirurgicale ; - à la douleur induite par les soins. La douleur psychologique fait l'objet d'une attention particulière (obstétrique, prise en charge des pathologies cancéreuses). L'établissement a développé des alternatives analgésiques non médicamenteuses (acupuncture par exemple). Elles sont mises à disposition des professionnels par l'intranet et sont consultables sur tous les postes informatiques.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Les besoins de formation sont recueillis : - par l'intermédiaire d'un questionnaire adressé à chaque professionnel annuellement ; - par les éléments exprimés lors des entretiens annuels ; - sur proposition du CLUD ; - suivant l'évolution de l'activité de la clinique. Chaque année, des cycles de formation interne ou externe relatifs à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur sont planifiés. 48 professionnels ont été formés sur les procédures et les prises en charge en 2011, 12 en 2010 et 16 en 2011 pour la douleur chez l'enfant, 37

	Oui	professionnels formés à l'échelle EDIN en 2011. En 2010, une IDE puéricultrice a préparé un diplôme universitaire sur la prise en charge de la douleur, financé par la clinique. Un médecin anesthésiste est en cours d'obtention du diplôme universitaire prise en charge de la douleur. La formation annuelle du nouvel arrivant développe systématiquement la prise en charge de la douleur. Des formations internes répondent spécifiquement à des besoins exprimés par les professionnels. Elles sont animées par les praticiens internes, les membres du CLUD ou des professionnels externes à l'établissement. Les supports de formation interne sont diffusés à l'ensemble des professionnels sur intranet.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Oui	Les équipes d'anesthésie remettent aux patients des documents d'information adaptés à la prise en charge de la douleur : - livrets sparadraps pour les enfants ; - fiches d'information d'anesthésie ; - affiche PCA pour les patients. Des documents sont élaborés spécifiquement : plaquettes "Prélèvement sanguin du nouveau-né" et "Douleur induite par les soins". La préparation à l'accouchement est proposée à chaque patiente. Un cabinet de sages-femmes libérales et salariées de l'établissement mettent en œuvre ces séances de préparation. Les anesthésistes de chirurgie sont spécialisés dans la prise en charge de la douleur de l'enfant. Ils décrivent et simulent avec le matériel spécifique les méthodes de prise en charge de la douleur (masques pédiatriques parfumés). Chaque professionnel éduque le patient en fonction des analgésiques afin que la prise en charge de la douleur soit optimale.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	Compte tenu de la classe de l'indicateur "Traçabilité de l'évaluation de la douleur avec une échelle" et de sa valeur de 73 % avec un intervalle de confiance à 95 % de [63 % - 82 %] pour la campagne 2010.

Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Les professionnels médicaux et paramédicaux évaluent la douleur systématiquement. En fonction des résultats, ils adaptent le traitement. La conduite à tenir est prescrite selon les protocoles validés. Les prises en charge thérapeutiques sont procédurées et décrivent les arbres décisionnels selon la mesure de l'évaluation. Elles sont tracées dans le dossier. Les professionnels s'assurent de l'efficacité du traitement administré en réévaluant la douleur. Une sage-femme acupuntrice intervient à la demande dans les secteurs d'activité. Une évaluation spécifique du soulagement de la douleur est proposée au patient.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Le CLUD a validé en 2007 l'utilisation de l'échelle CHEOPS pour les enfants de 1 à 6 ans. Sa mise en œuvre s'est accompagnée de la rédaction d'un protocole et d'actions de formation. En 2011, il valide l'échelle ALGOPLUS pour la personne âgée. L'échelle EDIN pour le nouveau-né a été mise en place en 2011 par le CLUD.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	En grande partie	Dès son arrivée, le cadre remet au nouvel arrivant sage-femme et IDE une réglette EVA avec le livret d'accueil du nouvel arrivant. Les cadres s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils relatifs à la prise en charge de la douleur (réalisation d'audits de connaissances du personnel concernant la prise en charge de la douleur). Les résultats ont été communiqués à l'encadrement et à tous les professionnels par le journal interne. Des rappels sont effectués lors des réunions des référentes des services d'hospitalisation ou lors des réunions de service. En supplément des IPAQSS, la clinique procède depuis 2008 à l'évaluation de la traçabilité EVA à J0 et J1. Les résultats ont engendré des actions de sensibilisation des professionnels afin de poursuivre l'évaluation de la douleur au-delà de J0 en postopératoire. En 2011, les référentes des services de médecine et de chirurgie ont réalisé un audit de la traçabilité de la fiche de surveillance postopératoire. Les résultats ont

	En grande partie	fait l'objet de mesures correctives auprès des professionnels (réunions de service, rappel par les référentes, élaboration d'une procédure "Surveillance des opérés en retour de chambre").
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	La satisfaction de la prise en charge de la douleur est évaluée depuis 2000 par un questionnaire spécifique remis à tous les patients hospitalisés. Les analyses et résultats sont traités par la cellule qualité. Les insatisfactions mentionnées sur le questionnaire de sortie relatives à la prise en charge de la douleur sont exploitées et suivies trimestriellement. La CRU a participé à ces améliorations. Ces résultats sont diffusés à tous les professionnels par le journal interne. Ils font l'objet de tableaux de bord de suivi.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Les tableaux de bord d'évolution de la satisfaction des patients (élaborés par la cellule qualité), des indicateurs IPAQSS, des indicateurs de l'audit de dossier du patient interne et les résultats de l'audit des connaissances des professionnels sont analysés en CLUD. Les résultats sont commentés, analysés et des actions d'amélioration sont définies dans le cadre du programme d'action annuel (formations internes par les praticiens, rédaction de procédures, choix d'échelles spécifiques, etc.). Un diplôme créé par les médecins anesthésistes est remis aux enfants de retour en chambre après leur passage au bloc chirurgical. Il est illustré de la photo de l'enfant participant à l'induction de l'anesthésie. Le dispositif MEOPA est opérationnel et mis en place lors des douleurs induites par les soins. Le personnel est formé à la pratique. Les professionnels de la maternité ont priorisé depuis 1999 la prévention de la douleur du nouveau-né induite par les soins. Les actions d'amélioration sont intégrées au PAQSS et suivies par la cellule qualité.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	L'IDE puéricultrice détentrice d'un diplôme universitaire douleur a participé au congrès organisé par PEDIADOL. Le service maternité participe au réseau régional MATERMIP. Dans ce cadre, les établissements partagent leurs pratiques

Oui	et leurs procédures. Le dernier congrès a abordé la prise en charge de la douleur au bloc obstétrical et après la naissance. La clinique participe aux journées régionales inter-CLUD de la région Midi-Pyrénées. Depuis 2003, elle adhère au réseau RELIENCE. Ce réseau organise la prise en charge palliative à domicile.
-----	---

**Référence 13: La fin de vie****Critère 13.a - Court Séjour**  
**Prise en charge et droits des patients en fin de vie****Cotation**

A

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

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

Oui

La clinique n'a pas d'autorisation pour les soins palliatifs. La prise en charge de la fin de vie est intégrée dans le projet d'établissement et affichée dans le programme de travail du comité d'éthique. Elle a concerné 5 patients en 2011. Une organisation est en place pour la prise en charge de patients en fin de vie. Un groupe de travail spécifique a été constitué en 2010 pour compléter le dispositif de prise en charge : signalement, recueil des besoins des patients, constitution d'une équipe pluridisciplinaire. Une équipe "soins de support" est en place. Des procédures de prise en charge ont été élaborées. Des réunions de concertation pour réévaluer la prise en charge sont organisées. Ce dispositif est complété (avec des conventions formalisées) par le soutien d'une équipe du réseau RELIANCE, des associations de bénévoles (blouses roses, paroisse), des psychologues. Le dispositif est adapté pour le secteur maternité : les équipes de pédopsychiatres et de "guidance infantile" sont sollicitées pour soutenir les parents.

Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	Oui	Le groupe de travail a élaboré une procédure pour recueillir la personne de confiance dans le dossier du patient, inscrire les volontés du patient et tracer les directives anticipées. Cette procédure est diffusée et accessible sur l'intranet.
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 patient et sa famille sont informés du dispositif en place : livret d'accueil et plaquettes informatives.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	Oui	La prise en charge est mise en œuvre avec : - un projet personnalisé de soins élaboré avec l'équipe pluridisciplinaire et l'équipe "soins de support" ; - un dispositif de soutien et d'accompagnement des proches (psychologues) ; - un dispositif de formation et de soutien des professionnels (lieux de vie en soins palliatifs, droits du patient en 2011) ; - des réunions pluridisciplinaires.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	L'équipe mobile est à disposition des professionnels lorsqu'un cas de prise en charge survient. Des formations ont été proposées aux professionnels : 32 d'entre eux ont été formés entre 2010 et 2011.
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	En grande partie	Les secteurs concernés en chirurgie cancérologique organisent des réunions pluriprofessionnelles tracées dans le dossier (RCP à 87 %, rapport du 11-07-2011 suite à visite de conformité du 8-12-2010), mais les stratégies mises en place ne sont pas toujours réévaluées régulièrement, hormis en cancérologie. Un organisme de coordination formalisé et structuré (3C) répond aux besoins des patients.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	Les psychologues, en convention avec l'établissement, soutiennent les professionnels et répondent aux sollicitations. Des équipes de bénévoles participent à ce soutien.

Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	Des formations spécifiques sur la loi Léonetti ont été dispensées dans l'établissement (30 en 2011). Les professionnels ont participé à la mise en place du dispositif "Directives anticipées".
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	Les bénévoles participent à cette prise en charge. Les demandes du patient et de leurs familles en termes d'aide par les bénévoles sont prises en compte par les équipes soignantes.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	Pour tout patient identifié (5 en 2011) et pris en charge, un projet personnalisé de soins élaboré avec l'équipe pluridisciplinaire est mis en place. Une démarche d'EPP a été développée sur cette prise en charge. Par ailleurs, les avis du CLAN, du CLUD, du comité d'éthique et de l'équipe "soins de support" sont sollicités.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	Un comité d'éthique a été constitué en lien avec le comité d'éthique régional. Une formation à la compréhension et au respect de la loi Léonetti a été réalisée (30 en 2011). Une réflexion sur l'aspect déraisonnable des soins est engagée. Cette réflexion se déroule en réunion pluridisciplinaire.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	Des actions d'amélioration ont été identifiées suite à la mise en place d'une EPP "Dispositif d'annonce en sénologie et en chirurgie digestive". Une revue de morbi-mortalité transversale participe à l'amélioration du processus mis en oeuvre.

## PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

## Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

Un groupe de travail est en place dans l'établissement depuis 2000. Il n'y a pas de dossier unique, mais les différents services (chirurgie, maternité, néonatalogie) ont élaboré un dossier adapté à leurs spécificités avec un tronc commun, "prescription médicamenteuse", informatisé (sauf en néonatalogie). Chaque dossier est assorti d'un guide de tenue avec des règles formalisées, connues et accessibles sur l'intranet, pour tous les aspects relatifs à la tenue du dossier. Un dossier informatisé est en cours de déploiement dans l'établissement. Une procédure "Situation dégradée" en cas de panne est en place, connue et diffusée.

Un professionnel référent s'assure de la formation et du respect des règles fixées. Un processus d'information est en place ; 47 professionnels ont été formés en 2010 et 13 en 2011. Les nouveaux arrivants ont une formation sur le dossier du patient. Toutes les formations sont réalisées à l'aide de supports.

Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et diffusées.	Oui	Une procédure définit les règles d'accès au dossier par les professionnels. Elle est connue, diffusée et accessible sur l'intranet. Elle est intégrée aux formations des professionnels.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	Oui	Toutes les étapes de la prise en charge sont tracées dans le dossier soit papier, soit informatisé. Exemples : diététicienne, psychologues, kinésithérapeutes disposent d'espaces pour tracer en temps utile les éléments contribuant à la continuité de la prise en charge. Les équipes sont dotées de tablettes pour saisir en temps réel les données de suivi (recueil de données lors de l'admission, constantes, administration de médicaments). Les soignants et le groupe de travail en place Dopasoins contribuent à l'évolution du dossier informatisé pour intégrer les supports papier spécifiques selon les objectifs fixés dans le PAQSS.
La communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes est assurée en temps utile.	En grande partie	L'établissement s'attache, avec la responsable du SIH, à mettre en oeuvre un système de communication du dossier du patient entre professionnels et correspondants externes. Le circuit du dossier du patient est protocolisé. La procédure intègre toutes les modalités pour l'échange des données en temps utile entre professionnels, et ce, en fonction du type de prise en charge. A ce jour, certaines données ne sont pas partagées (consultations chirurgiens).
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	En grande partie	Compte tenu de la classe de l'indicateur "Tenue du dossier patient" et de sa valeur de 78 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [75 % - 81 %] pour la campagne 2010.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	En grande partie	Des actions sont définies suite aux évaluations et intégrées au PAQSS. Elles sont coordonnées et suivies par la cellule qualité avec le soutien du groupe Dopasoins.

## Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation		
A		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'accès du patient à son dossier est organisé.	Oui	La clinique a formalisé les modalités de l'accès du patient à son dossier depuis 2004, en tenant compte des spécificités (patients de pédiatrie, ayants droit après décès). Un formulaire de demande est disponible. La procédure est accessible sur l'intranet.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.	Oui	Le patient est informé du processus via le livret d'accueil et le site Internet. La charte du patient, disponible dans tous les services et adaptée aux populations prises en charge, est un support d'information qui complète le dispositif.
L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	Oui	L'assistante de direction est la personne désignée pour assurer le suivi des demandes d'accès. Le suivi est récapitulé sur un tableau de bord diffusé une fois par trimestre à l'ensemble des professionnels. Les indicateurs de suivi intègrent le délai de transmission du dossier qui est de 10,6 jours en septembre 2011.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	L'assistante de direction met en oeuvre des actions d'amélioration validées par la CRU et en coordination avec la cellule qualité. Elle en assure le suivi. Action conduite : révision de la procédure interne, en cas d'absence de l'assistante de direction.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	La CRU est destinataire du suivi réalisé à chaque réunion trimestrielle : nombre de demandes, délai moyen de transmission. Les résultats du suivi sont analysés en réunion de CRU. Les comptes-rendus de CRU sont disponibles sur l'intranet.

## Référence 15: l'identification du patient

### Critère 15.a - Court Séjour

Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge



Cotation		
A		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
<p>Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient, à toutes les étapes de sa prise en charge, sont définis.</p>	Oui	<p>Le groupe de travail sur l'identitovigilance a été créé début 2007 et a identifié les objectifs sur les plans administratif et clinique, les circuits, les points critiques, les acteurs clefs, les outils d'analyse de fonctionnement. Il a élaboré les procédures d'identitovigilance, avec les verrous de sécurité définis dans le processus. Un programme d'action annuel est formalisé et mis en œuvre. Le responsable du SIH de l'établissement a été nommé identitovigilant. Les contrôles d'identification du patient intègrent sa participation. Une information spécifique figure dans le livret d'accueil. Les situations spécifiques (accouchement sous X, enregistrement au secret) sont prises en compte dans le processus.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
<p>Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.</p>	Oui	<p>Le personnel administratif a été formé, avec des supports à l'appui :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aux bonnes pratiques de sécurisation de l'identification du patient</li> <li>;</li> <li>- à la gestion des erreurs d'identification (16 professionnels</li> </ul>

	Oui	<p>en 2010) ;</p> <p>- à la gestion des doublons et des fusions.</p> <p>Les professionnels de santé ont bénéficié de nombreuses sensibilisations/formations sous forme de formations internes aux procédures de sécurité, de retours d'expérience suite aux évènements indésirables ou de communications relatives aux audits d'identitovigilance (30 professionnels en 2011), avec des supports spécifiques. Depuis 2007, la formation du nouvel arrivant intègre une séquence sur l'identitovigilance (support à l'appui). 78 professionnels du bloc ont été formés à l'utilisation de la check-list en 2011.</p>
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	<p>La procédure de création d'identification du patient est formalisée et diffusée. Elle décrit les documents exigibles et valides de référence et définit leur ordre de présentation.</p> <p>Cette procédure est diffusée au public via différents moyens : écran dans le hall d'accueil, présentoirs au bureau des entrées, information dans le livret d'accueil.</p>
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	Oui	<p>Une procédure de vérification de l'identité dans les différents secteurs cliniques est disponible, accessible (intranet), mise en oeuvre et actualisée. Elle permet de cibler les étapes à risques des processus. Des verrous de sécurité adaptés aux types de prise en charge permettent de contrôler chaque étape du parcours du patient, notamment lors des actes diagnostiques et thérapeutiques sensibles. Ces contrôles sont tracés. Les procédures d'identitovigilance incluent l'identification du site opératoire.</p> <p>L'utilisation de tampons associant la participation des parents est instaurée en chirurgie pédiatrique depuis 2009.</p>
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	<p>Le service administratif est régulièrement audité : erreur et correction d'identification, surveillance biquotidienne de la présence d'homonymie, alerte "homonymie" diffusée.</p> <p>Les événements indésirables d'identitovigilance sont tous analysés en RMM, dans le cadre de la cellule des EI ou d'une cellule de crise. Ils sont suivis en continu, en tant qu'évènements sentinelles.</p> <p>La check-list de sécurité du</p>

En grande partie	patient a fait l'objet de plusieurs audits : audits sur dossiers et audit par observation réalisés par la cellule qualité. Tous les résultats d'évaluation sont colligés par la cellule qualité et gestion des risques, puis diffusés à la collectivité sur l'intranet et dans le journal interne. Ils sont communiqués aux instances.
------------------	--

## PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

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

B

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

Des modalités d'accueil du patient sont définies, notamment celles de remise du livret d'accueil.

Oui

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

En grande partie

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

Oui

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

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

Oui

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

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

### Critère 17.a - Court Séjour

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé, et prend en compte l'ensemble de ses besoins.	Oui	
L'organisation des prises en charge, en fonction des objectifs de soins, permet aux patients hospitalisés sans consentement et aux détenus l'accès aux activités thérapeutiques.	NA	L'établissement ne reçoit ni patients hospitalisés sans consentement ni détenus.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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).	En grande partie	

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.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.*

<b>Cotation</b>		NA
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.

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

## Référence 18: La continuité et la coordination des soins

### Critère 18.a - Court Séjour

#### Continuité et coordination de la prise en charge des patients

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La continuité et la coordination de la prise en charge sont évaluées, notamment au regard des événements indésirables, et des actions d'amélioration sont menées.	Partiellement	

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

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

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - Enfants et adolescents

#### Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

<b>Cotation</b>	<b>A</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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 - 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.*

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - Personnes 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.*

<b>Cotation</b>		<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	En grande partie		
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	
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		
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	

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

## 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.*

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

## 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.*

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	NA	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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



Cotation		
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	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Tenue du dossier patient" et de sa valeur de 98 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [94 % - 100 %] pour la campagne 2010.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur "Dépistage des troubles nutritionnels". Il n'a pas mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.c - Court Séjour Risque suicidaire

*Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.*

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les patients présentant un risque suicidaire sont identifiés.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Non	
Tout suicide ou tentative de suicide, intervenant dans le temps de la prise en charge, fait l'objet d'une analyse pluriprofessionnelle, en particulier psychiatrique, et formalisée.	Oui	Le groupe de travail mis en place dans l'établissement témoigne qu'il n'y a eu aucune tentative de suicide, dans le temps de la prise en charge des patients dans la structure, lors des dix dernières années. Une procédure est en place permettant une analyse pluriprofessionnelle, la réunion de la cellule de crise et l'appel au psychiatre référent de l'établissement si un tel évènement devait survenir. Une attention est portée sur le risque de "burn-out" des professionnels médicaux et paramédicaux.
Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient.	En grande partie	

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.d Hospitalisation sans consentement

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

<b>Cotation</b>	NA	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'information de toute personne hospitalisée sans consentement (HDT ou HO) sur les modalités de son hospitalisation et les possibilités de recours est organisée.	NA	L'établissement ne reçoit pas de patients hospitalisés sans consentement.
Les procédures d'hospitalisation sans consentement sont définies.	NA	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les modalités des hospitalisations sans consentement sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	
La CRU est tenue informée de l'ensemble des dysfonctionnements survenus au cours de la totalité du processus d'hospitalisation sans consentement, jusqu'à la levée de la mesure et des visites de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).	NA	

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



**Cotation**

A

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est formalisée dans les orientations stratégiques de l'établissement et intégrée au programme de management global de la qualité et de la sécurité des soins. Cette politique se décline en programmes d'actions annuels, mis en œuvre dans le cadre du COMEDIMS et du comité de GDR. Les différents axes de cette politique sont ensuite déclinés en plans d'action, notamment dans le programme annuel du COMEDIMS. Les ressources nécessaires à leur mise en œuvre sont définies en concertation avec les professionnels concernés et dans le respect du contrat du bon usage des médicaments.

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

Oui

L'informatisation du circuit du médicament est intégrée au schéma directeur du système d'information. Son déploiement a débuté en 2008. Les besoins des utilisateurs ont été pris en compte. Fin 2011, l'informatisation du circuit du médicament est effective dans tous les secteurs de soins sauf en néonatalogie. Le livret thérapeutique est informatisé et disponible sur intranet.

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	Les professionnels disposent d'outils d'aide à la prescription dans les secteurs d'activité, grâce à l'intranet : livret thérapeutique, livret d'antibiothérapie de première intention et d'antibioprophylaxie, Vidal intégré et accès Internet. De nombreux protocoles ont été mis en place. Les modalités d'actualisation et de mise à disposition sont décrites dans une procédure rédigée dans le cadre du CBUM et après validation par le COMEDIMS et la CME.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	Les membres de la CME et du COMEDIMS ont été sensibilisés au risque d'erreur médicamenteuse et formés à la méthode "Revue des erreurs liées au médicament et dispositif associé" (REMED) au début de l'année 2011. Des actions de sensibilisation sont menées dans le cadre des formations internes (session retour d'expérience, 10 participants ; projection du film "Learning From Errors", 27 participants), des courriers sont envoyés aux prescripteurs, des notes de service sont diffusées. Les professionnels sont sensibilisés à l'utilisation du système déclaratif (3 séances de formation au signalement des événements indésirables, 23 participants).
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation du circuit du médicament a débuté en 2008 par la spécialité cardiovasculaire et s'est déployée progressivement aux autres spécialités. Le circuit du médicament est dorénavant informatisé dans sa quasi-totalité, ainsi que le dossier du patient dans les services de soins : médecine, chirurgie et gynéco-obstétrique. Il existe une interface entre le logiciel d'anesthésie Direct Consult et Dopasoins permettant l'incorporation des prescriptions envisagées lors de l'hospitalisation. Le calendrier de déploiement des applications informatiques pour le circuit du médicament est établi et révisé régulièrement dans le cadre des rapports d'étape du CBUM.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

<p>Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.</p>	<p>Oui</p>	<p>Dans l'établissement, la prise en charge médicamenteuse fait l'objet d'une surveillance à rythme défini. Un suivi d'indicateurs quantitatifs est réalisé par la PUI : consommation des antalgiques, consommation des ATB, nombre de lignes de prescription de médicaments hors GHS, indicateurs quantitatifs de dispositifs médicaux implantables. Ces indicateurs sont analysés dans le cadre de la CME, du COMEDIMS, du CLUD, du CLIN, du CBUM et du rapport d'activité annuel PUI-CME-COMEDIMS. Le suivi d'indicateurs qualitatifs est réalisé par la cellule qualité et GDR en coordination avec la PUI et les groupes EPP concernés. Le recueil des indicateurs suit les exigences calendaires du rapport d'étape du CBUM, du recueil des IPAQSS, de l'élaboration du bilan annuel d'activité de lutte contre les IN et de l'avancée des démarches d'amélioration continue de la qualité des groupes EPP.</p>
<p>Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Les professionnels ont été formés à l'utilisation du système déclaratif. Le signalement des erreurs médicamenteuses utilise le système de signalement des événements indésirables. Les erreurs médicamenteuses font partie des événements sentinelles suivis trimestriellement par le gestionnaire de risques. L'analyse des erreurs médicamenteuses est réalisée dans un premier temps par le gestionnaire de risques en collaboration avec les professionnels concernés. Dans un deuxième temps, le COMEDIMS procède à l'analyse approfondie selon la méthode REMED. Cependant, le nombre de déclarations est faible (2 à 3 cas par an) correspondant à une sous-déclaration pour les pharmaciens de l'établissement.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs avec rétro-information des professionnels.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les actions d'amélioration sont mises en œuvre suite aux conclusions des rapports d'étape du CBUM, des diverses EPP relatives au médicament, au recueil des indicateurs IPAQSS et à l'analyse du taux d'erreurs médicamenteuses (2 à 3 déclarations par an). Ces actions respectent les objectifs définis dans la politique de sécurisation du circuit du médicament. Elles sont coordonnées par le gestionnaire de</p>

En grande partie	risques et intégrées dans les programmes d'actions annuels du COMEDIMS et du comité de GDR. Les professionnels en sont informés par le journal interne, les notes de service et par l'intermédiaire des comptes-rendus des instances concernées, accessibles sur intranet.
------------------	--

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

**Critère 20.a bis - Court Séjour**  
**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

Les règles de prescription, y compris pour les médicaments à risque et hors GHS, sont définies et l'ensemble des prescripteurs est identifié à la pharmacie. L' établissement a choisi un système de prescription informatisé et validé les supports uniques de prescription et d'administration des médicaments dès 2006. La version informatisée est déployée pour l'ensemble des prescripteurs et des services de soins, en dehors de la néonatalogie.

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

Oui

La procédure de gestion du traitement personnel du patient est formalisée et diffusée. Elle repose sur la lisibilité fiable du traitement habituel et la sélection par l'anesthésiste du traitement à poursuivre. La clinique s'est dotée d'un logiciel d'anesthésie (Direct Consult) interfacé avec le logiciel Dopasoins permettant d'importer les prescriptions proposées à l'entrée du patient dans Dopasoins. Le dossier informatisé du patient est accessible sur tous les postes informatiques des services d'hospitalisation, d'ambulatoire et secteurs médicotecniques (blocs opératoires et SSPI). L'ensemble des prescriptions du séjour est consultable à toute étape du parcours du patient. La continuité du

	Oui	<p>traitement médicamenteux est organisée. L'établissement a mis en place une procédure formalisée et diffusée pour la gestion des traitements personnels à l'admission du patient. Les outils du dossier informatisé permettent le suivi du traitement pendant l'hospitalisation. Lors du transfert ou de la sortie du patient, des modalités sont en place pour fixer le traitement futur en intégrant le traitement suivi par le patient avant son hospitalisation.</p>
<p>Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.</p>	En grande partie	<p>La procédure de dispensation intègre les éléments garantissant sa sécurisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- analyse pharmaceutique des prescriptions informatisées tenant compte du traitement habituel recueilli à l'entrée et des données cliniques et biologiques des patients ;</li> <li>- dispensation à délivrance reglobalisée basée sur l'analyse pharmaceutique et assurant la gestion des retours à la PUI ;</li> <li>- dispensation à délivrance nominative pour les médicaments hors GHS, stupéfiants, médicaments dérivés du sang, antibiotiques à délivrance contrôlée ;</li> <li>- acheminement des commandes des délivrances reglobalisées et dotations globales, sécurisées matériellement par chariot de transfert fermé par digicode ;</li> <li>- stockage sécurisé dans les unités de soins par digicode ;</li> <li>- stockage des stupéfiants sécurisé dans un coffre dans les unités de soins ou dans les malles personnalisées dans un équipement lui-même fermé ;</li> <li>- dotation pour besoins urgents formalisée ;</li> <li>- informations et conseils émanant des pharmaciens en regard des lignes de prescription dans le dossier informatisé.</li> </ul> <p>Une procédure non réglementaire permet l'accès à la pharmacie en dehors des heures d'ouverture et de présence du pharmacien. Cette procédure a été utilisée 9 fois depuis le début de l'année.</p>

Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	Les règles d'administration des médicaments font l'objet de procédures actualisées, accessibles à tout professionnel concerné, sur le système intranet. Les modalités de la traçabilité d'administration et de la non-administration, par des personnels habilités, sont définies et contenues dans le guide d'utilisation du dossier informatisé du patient. L'administration est tracée, en temps réel, dans le dossier du patient, face à la prescription (posologie et voie d'administration), grâce à des tablettes. Le retour des médicaments non administrés est organisé et tracé. Lors de l'administration, les IDE vérifient l'adéquation patient/prescription. Le rangement et la gestion des médicaments sont effectués dans les unités de soins dans des armoires sécurisées, sous la responsabilité d'IDE formées. La gestion des chariots d'urgence est conforme aux bonnes pratiques.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Partiellement	Compte tenu de la valeur du critère « prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation » de l'indicateur « Tenue du dossier patient » de 53 % pour la campagne 2010.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	L'analyse pharmaceutique est exhaustive pour les prescriptions informatisées. Elle est réalisée par les pharmaciennes les jours ouvrables. Cette analyse peut s'accompagner de contacts directs avec les prescripteurs, de commentaires de bon usage et de non-validations possibles. Conformément à l'arrêté du 6 avril 2011, la clinique évolue d'une dispensation à délivrance globale vers une dispensation à délivrance reglobalisée. Une phase d'essai de délivrance nominative, organisée par le groupe de travail "CBUM 2011" est en cours dans le service de chirurgie du 4e étage depuis avril 2011. La mise en œuvre est programmée dans les autres services. La délivrance nominative et l'analyse pharmaceutique des prescriptions des médicaments dérivés du sang, des stupéfiants et des antibiotiques sont également organisées.

Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	L'établissement ne prépare ni anticancéreux, ni produits radiopharmaceutiques, ni préparations pédiatriques.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage et le mésusage des médicaments, en lien avec les professionnels de la pharmacie. Les professionnels ont été sensibilisés au bon usage du médicament et aux événements indésirables liés au médicament par le journal interne et par des cycles de formation. Des personnes ressources ont été identifiées dans le cadre du diabète, du diabète gestationnel, de la douleur (PCA). La preuve de l'information délivrée est retrouvée dans le dossier du patient. Une information sur l'utilisation des anticoagulants va être mise en place.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'administration des médicaments est réalisée en temps réel au moment de l'administration, selon une procédure définie et diffusée, soit sur tablettes, soit sur un support unique de prescription et d'administration (pour les médicaments hors GHS). Les règles d'administration par des personnels habilités sont accessibles à tout professionnel concerné, par le système intranet. Un guide d'utilisation du dossier informatisé du patient rappelle les règles d'administration. Les non-administrations sont tracées et le prescripteur et le pharmacien sont informés. La non-administration est tracée sur un double support : d'une part au niveau des transmissions ciblées, et d'autre part au niveau du support unique de prescription et d'administration.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Des audits du circuit du médicament sont réalisés annuellement. Ces audits évaluent la qualité et la conformité des prescriptions médicamenteuses (depuis 2000), la qualité et la conformité de l'administration (depuis 2006). Les résultats sont reportés sur des tableaux de bord. Depuis

	Oui	2008, les indicateurs IPAQSS portant sur la conformité des prescriptions font l'objet de communications auprès de la direction, de la CME, du COMEDIMS, de l'encadrement et des professionnels. Depuis 2007, l'utilisation des chariots d'urgence est évaluée ainsi que les délais de reconstitution des chariots.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	En grande partie	La mise en œuvre de l'analyse pharmaceutique en temps réel par les pharmaciennes contribue à la promotion du bon usage du médicament. Entre 2006 et 2011, une EPP relative à l'antibioprophylaxie en chirurgie orthopédique prothétique a réalisé 6 audits de pratique. En 2010-2011, un groupe EPP a mené deux audits de pertinence relatifs à la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée. Chaque audit a conduit à la mise en œuvre d'actions de communication et d'amélioration.

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

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

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

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

### Critère 21.a - Court Séjour

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	Partiellement	

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

<b>Cotation</b>	<b>NA</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La démarche qualité est mise en oeuvre, avec des échéances déterminées compatibles avec le respect de la réglementation.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions d'évaluation sont menées, et s'inscrivent dans le programme d'amélioration de la qualité du laboratoire de biologie médicale.	NA	

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

### Critère 22.a - Court Séjour

#### Demande d'examen et transmission des résultats

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

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

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

### Critère 22.b Démarche qualité en service d'imagerie

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

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

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

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

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'offre de programmes d'éducation thérapeutique, au sein de l'établissement et au sein du territoire de santé, est identifiée.	Oui	Un groupe de travail a été mis en place concernant les programmes d'éducation thérapeutique proposés dans l'établissement, en fonction de la typologie des patients pris en charge et des orientations stratégiques affichées : diabète gestationnel, diabète insulino-dépendant, diabète de type 2, lutte contre la douleur, prise en compte d'une trachéotomie ou d'une stomie. Ce groupe travaille en lien avec des associations d'usagers ou de professionnels de santé.
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.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

<p>Selon la nature des besoins et des attentes des patients, des programmes d'ETP autorisés sont proposés aux patients et mis en oeuvre ; si l'établissement de santé ne met pas en oeuvre de programme autorisé, il lui est demandé de 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.</p>	<p>En grande partie</p>	
<p>L'établissement définit dans son plan une formation à l'ETP (sensibilisation des professionnels impliqués dans la prise en charge des maladies chroniques et acquisition de compétences pour ceux qui mettent en oeuvre un programme d'ETP).</p>	<p>En grande partie</p>	
<p><b>E3 Evaluer et améliorer</b></p>	<p><b>Réponses aux EA</b></p>	<p><b>Constats</b></p>
<p>L'évaluation des conditions d'accès et de mise en oeuvre des programmes d'ETP (patients, professionnels de santé impliqués) donne lieu à des actions d'amélioration.</p>	<p>En grande partie</p>	

## Référence 24: La sortie du patient

Critère 24.a - Court Séjour  
Sortie du patient



### Cotation

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Oui	Compte tenu de la classe de l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation" et de sa valeur de 40 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [29 % - 51 %] pour la campagne 2010.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation". Il n'a pas mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Partiellement	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Partiellement	

## PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

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

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



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

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

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

## Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

### Critère 26.a Organisation du bloc opératoire



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

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
<p>Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risque, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les processus à risque des blocs opératoires (central, obstétrical, ambulatoire) ont été identifiés. Des circuits spécifiques concernant les différents types de prise en charge sont définis (hospitalisés, ambulatoires, enfants, urgences immédiates ou différées). Une organisation interne au bloc opératoire permet la régulation des créneaux opératoires, des personnels et du matériel. Le fonctionnement de la SSPI est défini et adapté aux différentes prises en charge (zone adulte, zone enfant, 14 lits pour 8 salles d'opération, une salle d'endoscopie active et une place de surveillance postcésarienne).</p>
<p>Une démarche qualité documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place (elle comprend l'ensemble des dimensions, y compris la gestion des locaux et des équipements).</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'ensemble du bloc opératoire fait l'objet d'une démarche qualité qui concerne les locaux et l'équipement, avec un plan de maintenance préventive et curative et un plan d'investissement. La qualité de l'environnement fait l'objet d'un suivi. La gestion des événements indésirables est effective et le personnel formé à l'utilisation du système déclaratif. Cependant, les contraintes architecturales, au niveau du bloc central seulement, sont importantes expliquant les nombreux croisements, le manque de zones</p>

	Partiellement	de stockage (lits, matériels, etc.), des soucis de confidentialité et des locaux mal adaptés comme le secteur de réveil enfant.
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.	En grande partie	Une charte de fonctionnement a été définie et validée par le conseil de bloc. Elle précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, établit les responsabilités et les modalités d'élaboration et de régulation des programmes opératoires. Le conseil de bloc se réunit trois fois par an de façon plénière et à la demande en comité restreint. Cette charte n'a pas été actualisée depuis 2005.
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé entre le bloc opératoire, les secteurs d'activité clinique, médico-technique, technique et logistique.	Oui	Une organisation est en place, permettant la coordination entre les différents secteurs (fiche de liaison service-bloc, bloc-service, feuille de surveillance en SSPI). Cette organisation inclut la pharmacie, l'imagerie, la biologie et l'anatomo-pathologie qui dispose d'une salle d'examen dédiée au sein du bloc opératoire. La valeur de l'indicateur "Tenue du dossier d'anesthésie" de 90 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [88 % - 92 %] pour la campagne 2010.
Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.	En grande partie	Le dossier d'hospitalisation informatisé est commun pour tous les secteurs d'activité, mais de façon récente à la maternité. Les ordinateurs du bloc sont équipés d'un intranet permettant les échanges d'informations médicales (résultats d'examens de laboratoire et d'imagerie). Un logiciel d'anesthésie est installé pour la prise en charge du patient, depuis la consultation jusqu'au bloc opératoire. Il ne comprend pas encore la période per- et postopératoire des premières 24 heures. Les opérateurs utilisent plusieurs logiciels de consultation qui ne sont pas tous interfacés avec le dossier du patient. Le programme opératoire est élaboré par le chef de bloc à partir des informations saisies. Les fiches de traçabilité de l'intervention concernant les traitements, les instruments, les implants éventuels sont annexées au dossier.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

Un responsable régule les activités du bloc opératoire afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	Oui	Le responsable du bloc régule l'activité du bloc opératoire tant sur le plan matériel que sur le plan du personnel. La programmation est effective à J-8 et revalidée la veille de l'intervention. Les urgences éventuelles sont intégrées après concertation pluridisciplinaire. Le comité de bloc gère les éventuels dysfonctionnements et leur traitement en lien avec la cellule qualité.
La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en oeuvre pour toute intervention de l'équipe opératoire.	Oui	La check-list est utilisée depuis la fin de l'année 2009. La dernière version est en place ainsi que la check-list simplifiée en endoscopie digestive. Elle est renseignée au fur et à mesure des différents temps de la prise en charge au bloc opératoire par la panseuse, en présence de l'opérateur et de l'anesthésiste. Cette procédure de vérification de l'acte opératoire est tracée et le document est intégré au dossier du patient. La check-list "Pose d'un cathéter veineux central et autre dispositif vasculaire" est mise en place dans l'établissement.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes incluant les vérifications effectuées est assurée.	Oui	La traçabilité des DMI est assurée au bloc opératoire, sur support informatique (registre, fiche d'intervention, bon de commande de DMI). Des audits sur la traçabilité des DMI sont réalisés annuellement dans le cadre du CBUM.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	En grande partie	Les professionnels travaillent selon des protocoles internes à l'établissement, des recommandations de sociétés savantes ou des textes réglementaires. Les interventions font l'objet de fiches techniques qui sont actualisées par les professionnels. Les praticiens assurent une formation continue interne aux infirmières du bloc, suivant un rythme non défini et non retrouvé dans le plan de formation de l'institution.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficacité, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est assuré, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	Le chef de bloc suit un indicateur sur l'adéquation ressources (activité/effectif). La mise en place d'un logiciel spécifique permet de suivre de nombreux indicateurs tels : le taux d'occupation, le taux de remplissage des vacances, la fréquence de démarrage en retard et de dépassement de

Oui	programme, le nombre d'annulations ou de reports d'intervention. Trimestriellement, la consommation des dispositifs médicaux et des médicaments par service est présentée en réunion d'encadrement. Les évènements indésirables sont aussi analysés trimestriellement. Le questionnaire de satisfaction comporte une question sur la qualité de la prise en charge au bloc opératoire. En lien avec les résultats de ces indicateurs, des actions d'amélioration sont mises en œuvre au cas par cas.
-----	--

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

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

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

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



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

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

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

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risque, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.	Oui	Les processus à risques spécifiques à l'endoscopie (digestive, gynécologique) ont été identifiés. L'établissement n'assure pas d'endoscopie bronchique ou urinaire. Des circuits spécifiques concernant les différents types de prise en charge sont définis (hospitalisés, ambulatoires, patients externes). Une organisation interne au bloc opératoire permet la régulation des créneaux opératoires, des personnels et du matériel. Le fonctionnement de la SSPI est défini et adapté aux différentes prises en charge.
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.	En grande partie	Le secteur endoscopique fait l'objet d'une démarche qualité qui concerne les locaux et l'équipement, avec un plan de maintenance préventive et curative et un plan d'investissement. La qualité de l'eau et des surfaces fait l'objet d'un suivi. La qualité de l'air en salle de désinfection et de lavage a été vérifiée, en lien avec la CRAM et la médecine du travail, en 2008. Il n'y a pas eu de contrôle depuis. La gestion des événements indésirables est effective et le personnel formé à l'utilisation du système déclaratif.

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.	Oui	Une organisation est en place, permettant la coordination entre les différents secteurs (fiche de liaison service-bloc, bloc-service, feuille de surveillance en SSPI). Cette organisation inclut la pharmacie, la biologie et l'anatomo-pathologie qui dispose d'une salle d'examen dédiée au sein du bloc opératoire. La valeur de l'indicateur "Tenue du dossier d'anesthésie" de 90 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [88 % - 92 %] pour la campagne 2010 montre au regard de la valeur seuil de 80, une amélioration par rapport à la campagne 2009 (75 %).
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	En grande partie	Les fiches de traçabilité de l'intervention concernant les traitements de désinfection, les temps opératoires, les endoscopes utilisés sont annexées au dossier. Le dossier d'hospitalisation informatisé est commun pour tous les secteurs d'activité. Les ordinateurs du bloc sont équipés d'un intranet permettant les échanges d'informations médicales (résultats d'examens de laboratoire et d'imagerie). Un logiciel d'anesthésie est installé pour la prise en charge du patient, depuis la consultation jusqu'au bloc opératoire. Il ne comprend pas encore la période per- et postopératoire des premières 24 heures. Les opérateurs utilisent plusieurs logiciels de consultation qui ne sont pas tous interfacés avec le dossier du patient. Le programme opératoire est élaboré par le chef de bloc à partir des informations saisies. Les fiches de traçabilité de l'intervention concernant les traitements, les temps opératoires, les endoscopes utilisés sont annexées au dossier.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un responsable identifié régule les activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	Oui	Le responsable du bloc régule l'activité des salles d'endoscopie tant sur le plan matériel que sur le plan du personnel. La programmation est validée à J-8 et la veille de l'examen. Un examen endoscopique en urgence est toujours possible. Le comité de bloc gère les éventuels dysfonctionnements et leur traitement en lien avec la cellule qualité.

Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	Oui	Les professionnels travaillent selon des protocoles internes à l'établissement, des recommandations de sociétés savantes ou des textes réglementaires. Les interventions font l'objet de fiches techniques qui sont actualisées par les professionnels. Les praticiens assurent une formation continue interne aux infirmières du secteur d'endoscopie. Une check-list simplifiée adaptée à l'endoscopie est utilisée.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	Oui	La traçabilité des actes effectués et des vérifications réglementaires nécessaires est assurée sur support informatique et archivée dans le dossier du patient.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un recueil et une analyse des événements indésirables avec retour d'expérience aux professionnels permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	En grande partie	Les événements indésirables survenant dans le secteur d'endoscopie digestive font l'objet d'une analyse par le service qualité et gestion des risques. Les professionnels ont été formés à l'utilisation du système déclaratif. Il n'existe pas encore de cartographie spécifique à ce secteur.
La réalisation d'audits et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	Oui	Le chef de bloc suit un indicateur sur l'adéquation des ressources (activité/effectif). Sont aussi suivis le nombre d'endoscopies par semaine et par mois, les résultats des prélèvements bactériologiques annuels concernant les endoscopes, les prélèvements d'eau et de surface. Trimestriellement, la consommation des dispositifs médicaux et des médicaments par service est présentée en réunion d'encadrement. Les événements indésirables sont aussi analysés trimestriellement. Le questionnaire de satisfaction comporte une question sur la qualité de la prise en charge au bloc opératoire. En lien avec les résultats de ces indicateurs, des actions d'amélioration sont mises en oeuvre au cas par cas.

## 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.*

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

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

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

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le projet personnalisé de prise en charge qui comprend une activité de soins de suite et de réadaptation est élaboré avec le patient, son entourage et en concertation avec tous les professionnels concernés.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs est assuré, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Non	

## 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 oeuvre des démarches d'EPP.	Oui	
Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.	En grande partie	Il existe actuellement une seule RMM formalisée, transversale pour la chirurgie, la cancérologie et l'anesthésie.
Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.	En grande partie	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Réunion de concertation pluridisciplinaire" et de sa valeur de 87 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [78 % - 95 %] pour la campagne 2010.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mettent en oeuvre des démarches d'EPP.	Oui	

L'engagement des professionnels est effectif.	En grande partie	
Des actions de communication, relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats, sont mises en oeuvre.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.	En grande partie	
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique évaluent l'organisation mise en place pour favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP.	Partiellement	

## Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28.b Pertinence des soins

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les enjeux liés à la pertinence des soins sont identifiés au sein de l'établissement.	Partiellement	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des analyses de la pertinence des soins sont réalisées, et permettent la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	En grande partie	
Des guides de bon usage des soins sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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**



<b>Cotation</b>		
	<b>A</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement identifie les indicateurs de pratique clinique pertinents au regard de ses activités.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

L'établissement révisé régulièrement la liste des indicateurs analysés.	En grande partie	
---	------------------	--

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

### Éléments de lecture du tableau

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

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

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

### Remarque :

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

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

## Etablissement : CLINIQUE SARRUS-TEINTURIERS (310780135)

### Résultats des indicateurs de qualité Dossier du Patient - Champ MCO

#### Référence Nationale

Libellé indicateur	Année 2009			Année 2010			Année 2011			Année 2012		
	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre
	Nb d'ES	Valeur		Nb d'ES	Valeur		Nb d'ES	Valeur		Nb d'ES	Valeur	
Tenue du dossier patient (score sur 100)	1144	70	80	1212	72	80						
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation - Niveau 2 (%)	1141	34	80	1195	40	80						
Traçabilité de l'évaluation la douleur (%)	1144	52	80	1212	61	80						
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 (%)	1136	75	80	1200	79	80						



## 7.BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE

# BILAN DES CONTRÔLES EFFECTUÉS ET INSPECTIONS CONCERNANT LA SÉCURITÉ SANITAIRE

## (Uniquement effectués par organismes et autorités externes)

Nom de l'établissement : Clinique SARRUS TEINTURIERS

N° FINESS : 310780135

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Circuit du médicament			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stérilisation des dispositifs médicaux		21/10/	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Désinfection des dispositifs médicaux			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aucun contrôle réalisé
Laboratoires d'analyses de biologie médicale			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non concerné
Infrastructures		13/04/2010	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le suivi des prescriptions est assuré par l'équipe technique et par des prestataires extérieurs
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite <input type="checkbox"/> périodique		13/04/2010	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le suivi des prescriptions est assuré par l'équipe technique et par des prestataires extérieurs
Sécurité électrique		13/04/2010	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le suivi des prescriptions est assuré par l'équipe technique et par des prestataires extérieurs
Hygiène alimentaire et eau d'alimentation		15/02/2008	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eaux à usage médical			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non concerné
Eaux à usage technique			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aucun contrôle réalisé

