



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION V2010

SSR PEDIATRIQUE VAL PRE VERT

929 route de gardanne - 13105 - MIMET

JANVIER 2015

SOMMAIRE

PREAMBULE	4
1. Les objectifs de la certification des établissements de santé	5
2. Les niveaux de certification	6
1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	8
2. DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	10
1. Niveau de certification	11
2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	12
3. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	13
4. Critères investigués lors de la visite de certification	14
5. Suivi de la décision	15
3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS	17
1. Le positionnement de l'établissement sur l'ensemble des thématiques	20
2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires	22
3. Regard Patient	24
4. SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	24

5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	27
CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	29
PARTIE 1. Management stratégique	30
PARTIE 2. Management des ressources	54
PARTIE 3. Management de la qualité et de la sécurité des soins	95
CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT	122
PARTIE 1. Droits et place des patients	123
PARTIE 2. Gestion des données du patient	146
PARTIE 3. Parcours du patient	154
PARTIE 4. Prises en charge spécifiques	201
PARTIE 5. Evaluation des pratiques professionnelles	215
6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	222
7. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE	224

PREAMBULE

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

1. Les objectifs de la certification des établissements de santé

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

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

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

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

Elle ne note pas les professionnels de santé.

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

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

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

2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

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

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

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

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

1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

SSR PEDIATRIQUE VAL PRE VERT

Adresse : 929 route de gardanne
13105 MIMET BOUCHES-DU-RHONE

Site internet: <http://creadop-valprevert.com>

Statut : Privé

Type d'établissement : Etablissement privé à but lucratif

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Soins de suite et/ou de réadaptation	40	10	0

Nombre de sites.:	Un site.
Activités principales.:	Soins de suite et réadaptation pédiatrique pour la prise en charge des affections des systèmes digestif, métaboliques et endocriniennes. Éducation thérapeutique pour des enfants obèses
Activités de soins soumises à autorisation.:	Activité de soins de suite et réadaptation.
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	/

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	Centre de rééducation Paul CÉZANNE (imagerie médicale, balnéothérapie, pharmacie à usage intérieur) Équipe Opérationnelle d'Hygiène du CEMBREU Pôle Qualité (Accompagnement qualité) CEMBREU Kwaliti Convention de formation à distance CEMBREU Centre Hospitalier du Pays d'Aix (Urgences) Réseau Obésité AP-HM – Service du Pr REYNAUD Laboratoire d'analyse de biologie médicale LABAZUR Convention du réseau des Urgences PACA
Regroupement/Fusion.:	/
Arrêt et fermeture d'activité.:	Relocalisation du site de l'établissement des Hautes Alpes aux Bouches du Rhône.
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	Prise en charge en hospitalisation de jour.

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

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

4. Critères investigués lors de la visite de certification

La visite de certification s'est déroulée du 23/09/2014 au 26/09/2014.
L'équipe d'Experts Visiteurs a investigués les critères suivants :

MANAGEMENT STRATÉGIQUE

1.b, 1.f, 2.e

MANAGEMENT DES RESSOURCES

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

MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

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

DROITS ET PLACE DES PATIENTS

10.d Soins de suite et/ou de réadaptation, 12.a Soins de suite et/ou de réadaptation

GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

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

PARCOURS DU PATIENT

17.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 18.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 19.a Patients porteurs de maladie chronique, 19.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 19.c Soins de suite et/ou de réadaptation, 20.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 20.a bis Soins de suite et/ou de réadaptation, 21.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 24.a Soins de suite et/ou de réadaptation

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

28.a, 28.b, 28.c

5.Suvi de la décision

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

3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS

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

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

Ensemble des thématiques du manuel

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

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

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

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

Pratiques exigibles prioritaires

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

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

Ces pratiques exigibles prioritaires concernent les critères suivants :

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

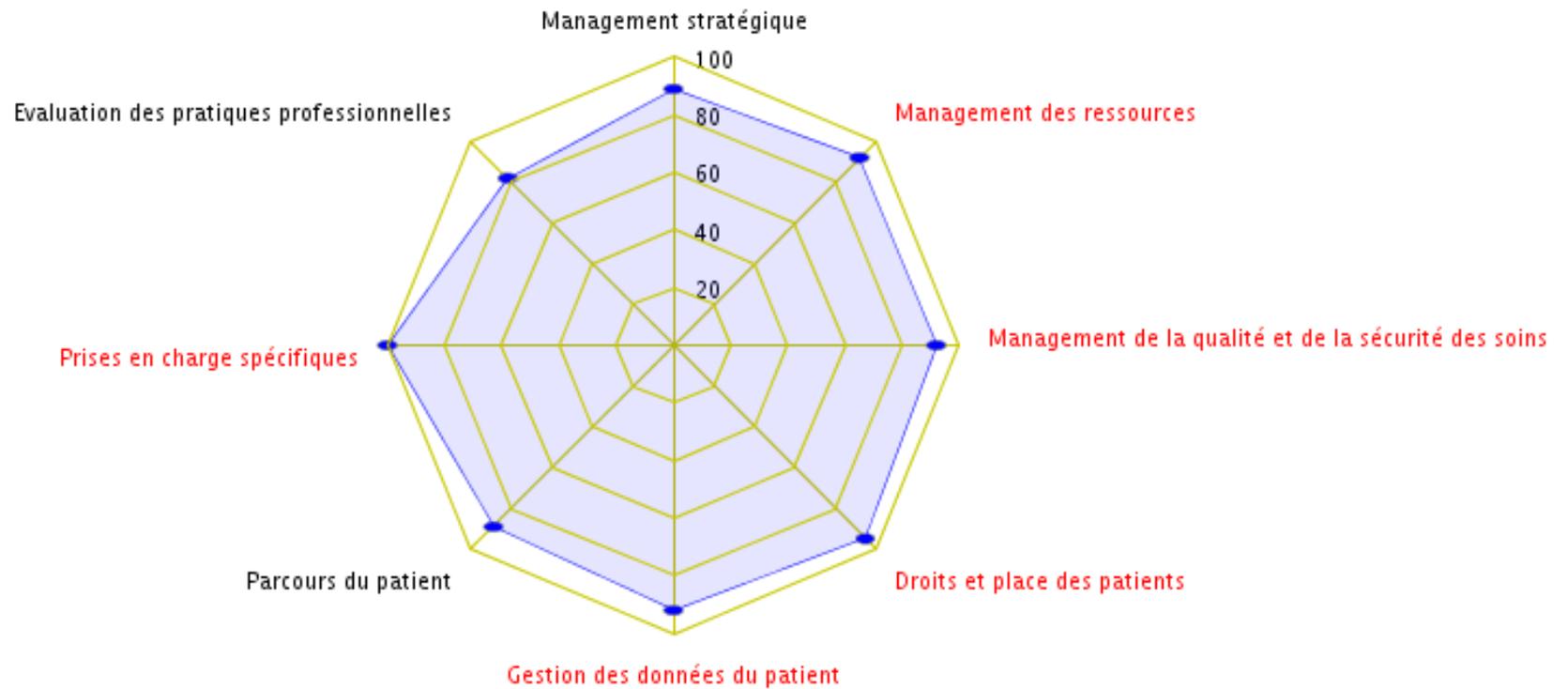
Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement.

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

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

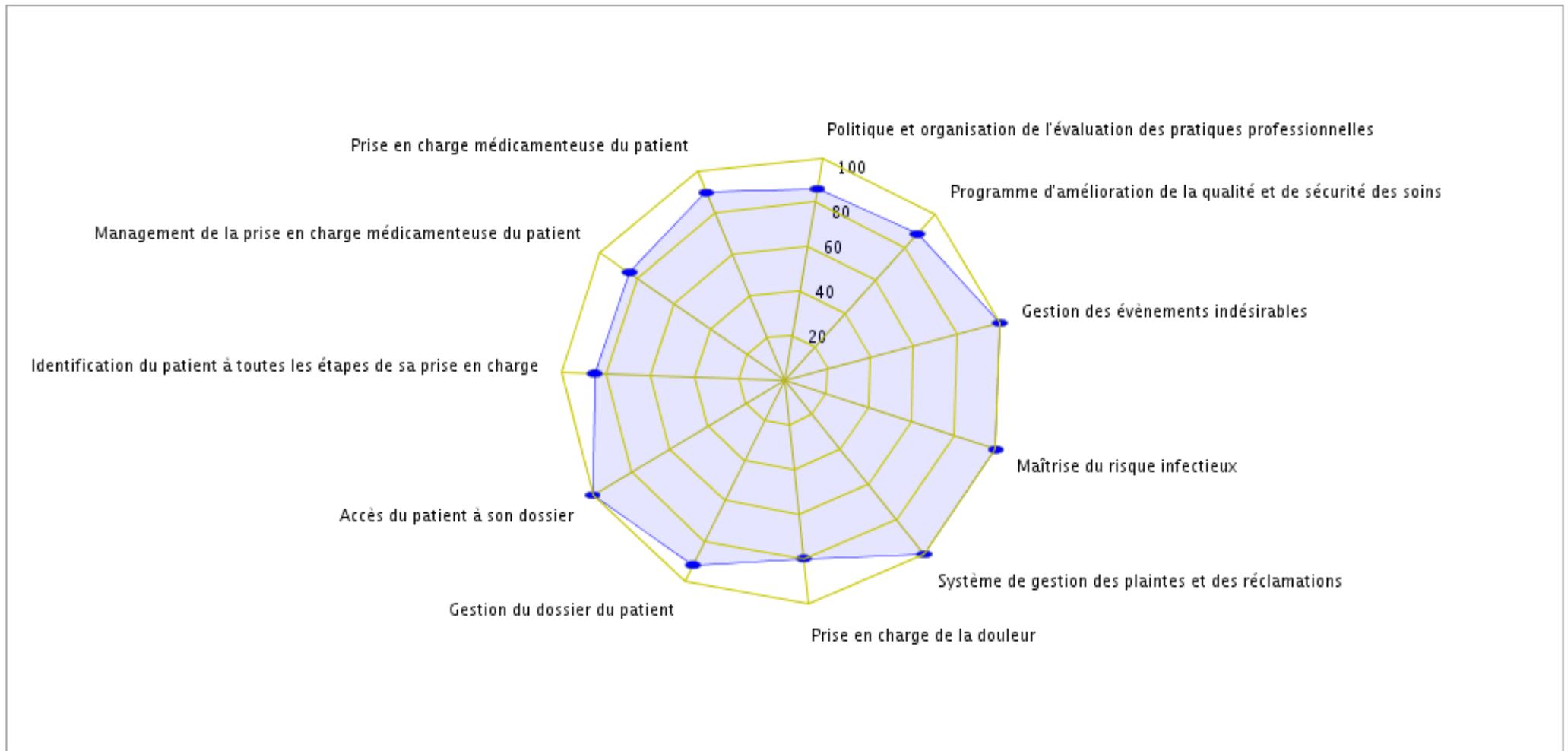
- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (10a),
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b),
- Respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c),
- Accueil et accompagnement de l'entourage (10d),
- Information du patient sur son état de santé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

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

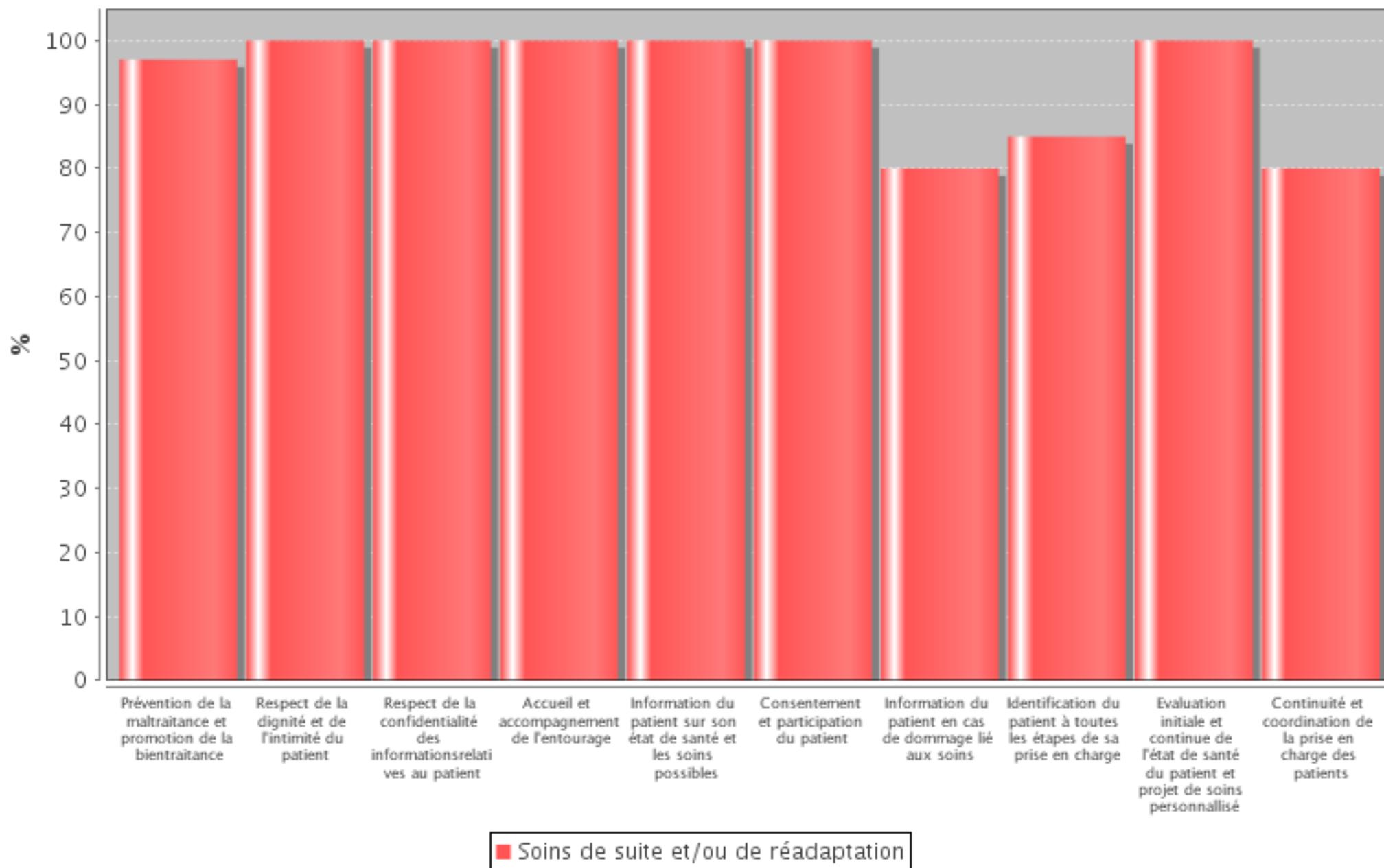


Les libellés des points fort (> 90%) sont en rouge.

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



3. Regard patient



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

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

5.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

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

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.b Engagement dans le développement durable

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un diagnostic « Développement durable » a été établi par l'établissement.

Oui

Un volet « Développement durable » est intégré dans les orientations stratégiques.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.c Démarche éthique

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.d Politique des droits des patients

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Partiellement

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.e

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La stratégie de développement de l'EPP est inscrite dans le projet d'établissement. Ce document décrit les enjeux de prise en charge du patient, le déploiement des différentes démarches au sein des secteurs d'activité cliniques. Le schéma organisationnel de l'EPP est intégré dans la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité.

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

Oui

Une concertation entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie de l'EPP est en place. L'établissement a mis en place une commission en charge de l'EPP supervisée par la CME. Une concertation est en place entre cette commission, le pôle Qualité et les gestionnaires. La concertation est réalisée à périodicité définie.

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

Oui

Les missions et les responsabilités sont définies afin d'organiser le développement de l'EPP. Un médecin référent a été nommé par la CME. Les missions et les responsabilités des différents acteurs sont définies et des fiches de missions sont élaborées. La commission EPP est chargée de la coordination et du suivi de la démarche. Le pôle Qualité accompagne les professionnels dans la structuration de

	Oui	leurs démarches.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en oeuvre de l'EPP.	En grande partie	Un accompagnement de certains professionnels est réalisé pour la mise en œuvre de l'EPP. Il est assuré par le pôle Qualité (prestataire extérieur). Des outils d'aide méthodologique sont mis à disposition des professionnels. Des formations actions complètent le dispositif d'accompagnement. Cependant, les médecins n'ont pas bénéficié de formation spécifique à l'EPP.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	En grande partie	La CME suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP. Les modalités de suivi et la périodicité des bilans sont en cours de formalisation.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	Oui	L'établissement assure une information aux professionnels sur sa stratégie de développement de l'EPP et sur les résultats obtenus à travers les démarches EPP réalisées depuis l'installation dans des nouveaux locaux.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	En grande partie	L'établissement rend compte de ses démarches EPP en CME et en comité de Direction. Un bilan périodique présente les démarches d'EPP en cours ainsi que les résultats constatés en termes d'actions d'amélioration des pratiques mais l'organisation n'est pas formalisée.
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	Oui	L'établissement réajuste sa stratégie en tenant compte des résultats en terme d'amélioration et d'avancement des démarches. Les ajustements sont inscrits dans le bilan annuel du programme Qualité de l'établissement. les objectifs, les moyens mis en œuvre sont révisés en CME.

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

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

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

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

Critère 2.a

Direction et encadrement des secteurs d'activités

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

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

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

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

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

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

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

Critère 2.c Fonctionnement des instances

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

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

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

Critère 2.d Dialogue social et implication des personnels

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

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
B		
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.	En grande partie	L'établissement communique ses résultats des indicateurs et des tableaux de bord au comité de direction et au conseil d'administration. Les indicateurs qualité sont portés à la connaissance du public par voie d'affichage à l'accueil de l'établissement. Cependant, les résultats des indicateurs et tableaux de bord ne sont pas communiqués aux représentants des usagers et aux représentants des personnels.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les tableaux de bord sont examinés au sein des instances et réunions de Direction de l'établissement et des secteurs d'activité.	En grande partie	Les tableaux de bord sont examinés au sein du comité de direction, en CME et au conseil d'administration. Cependant, les tableaux de bord ne sont pas examinés au sein de la CRU et aux représentants du personnel. L'établissement utilise les tableaux de bord de pilotage dans le cadre du dialogue de gestion, ce que confirme la valeur de l'indicateur «

	En grande partie	Hôpital Numérique" associé.
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 (comparaisons 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		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les besoins en compétences et effectifs sont identifiés par secteur d'activité.	Oui	
Une politique de gestion des emplois et des compétences est définie dans les différents secteurs d'activité en lien avec les orientations stratégiques.	Oui	
Les compétences spécifiques pour les activités à risques ou innovantes sont identifiées.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des dispositions sont mises en oeuvre afin d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient, dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents.	Oui	

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.c Santé et sécurité au travail

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

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

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.d Qualité de vie au travail

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

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

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.a Gestion budgétaire

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

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

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.b Amélioration de l'efficience

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

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.a Système d'information

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un schéma directeur du système d'information est défini, en cohérence avec les orientations stratégiques, et en prenant en compte les besoins des utilisateurs.

En grande partie

Il existe un schéma directeur de gestion du système d'information pour la période 2014 2017. Ce schéma est en cohérence avec les orientations stratégiques et prend en compte les besoins des utilisateurs. Toutefois, il ne fixe pas les échéances du déploiement du système d'information.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le système d'information facilite l'accès en temps utile à des informations valides.

Oui

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.b Sécurité du système d'information

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.c Gestion documentaire

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.a Sécurité des biens et des personnes

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

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

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

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.c Qualité de la restauration

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

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.d Gestion du linge

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

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.e Fonction transport des patients

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.f Achats écoresponsables et approvisionnements

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les besoins des secteurs d'activité sont évalués sur les plans 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.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les secteurs d'activité utilisateurs sont approvisionnés à périodicité définie et en cas d'urgence.	Oui	
L'établissement amorce une démarche d'achat éco-responsable pour certains produits ou services.	En grande partie	

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.g
Gestion des fonctions logistiques au domicile



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

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

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

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

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

Critère 7.a Gestion de l'eau

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

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une démarche globale de gestion de la qualité de l'eau est définie, et validée par l'EOH ou le CLIN (ou équivalent).	Oui	
La nature des effluents et les risques qu'ils génèrent sont identifiés.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un plan de maintenance préventive et curative des installations, élaboré avec l'EOH ou le CLIN (ou équivalent), est mis en oeuvre.	Oui	
Des contrôles périodiques de l'eau sont menés en lien avec l'EOH ou le CLIN (ou équivalent), et tracés.	Oui	

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

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

Critère 7.b Gestion de l'air

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une politique est définie en vue d'assurer la maîtrise du risque infectieux dans les zones à environnement maîtrisé.	NA	
L'établissement est engagé dans la réduction des émissions atmosphériques globales.	NA	
Des dispositions sont prévues en cas de travaux.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un plan et des procédures de surveillance et de maintenance de la qualité de l'air, en concertation avec l'EOH ou la CME et le CHSCT, sont mis en oeuvre.	Oui	

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

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

Critère 7.c Gestion de l'énergie

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un diagnostic énergétique est réalisé.

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Un plan de maintenance des installations est mis en oeuvre.

Oui

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

Oui

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

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

Critère 7.d Hygiène des locaux

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

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

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

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

Critère 7.e Gestion des déchets

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

Les procédures de gestion des déchets sont établies.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le tri des déchets est réalisé.

Oui

Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont organisées.	Oui	
Le patient et son entourage sont informés des risques liés aux déchets d'activités de soins à risques infectieux.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Des mesures de protection du personnel sont mises en application pour la collecte et l'élimination des déchets.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les dysfonctionnements en matière d'élimination des déchets sont identifiés et analysés.	Oui	
Des actions d'évaluation et d'amélioration relatives à la gestion des déchets sont conduites.	Oui	
L'établissement a identifié les filières locales de valorisation possible des déchets.	Oui	

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

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

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La politique qualité gestion des risques et sécurité des soins a été élaborée dans le cadre du projet d'établissement. Elle repose sur quatre volets : améliorer les droits des patients, le dossier patient, la prise en charge de la douleur et la gestion des risques liés aux soins. Elle est déclinée dans un programme qualité et un programme de gestion globalisées des risques. Ces deux programmes sont constitués d'actions spécifiques au niveau des différents secteurs d'activités de l'établissement. Ces programmes sont coordonnés par le pôle qualité d'un réseau qualité extérieur.

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

Partiellement

Il n'existe pas de programme unique regroupant l'ensemble des actions conduites au sein de l'établissement. Les deux programmes ont été définis en prenant en compte les éléments de la réglementation, le CLUD, les dispositifs des vigilances et les risques liés aux médicaments et dispositifs médicaux. Par ailleurs, ces programme institutionnels identifient les thématiques dont sont issues les actions : droit des patients, gestion du dossier patient, prise en charge du patient, lutte contre la douleur, les ressources

	Partiellement	humaines, les fonctions logistiques, le développement durable, le système d'information, les vigilances sanitaires, le risque infectieux et les circuits du médicament et des dispositifs médicaux. Cependant, ils ne prennent pas en compte les actions proposées par le CLIN, le CLAN, l'analyse des réclamations, le suivi des événements indésirables.
Les activités, réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins, sont prises en compte.	NA	
Le programme est soumis aux instances.	En grande partie	Les programmes, formalisés et validés annuellement par le directeur et le président de la CME, sont présentés en CME et en comité de direction. Cependant, ils ne le sont en CRU et au CA.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Les plans d'actions d'amélioration sont mis en oeuvre avec identification d'un responsable et un échéancier. Le suivi de ces plans est assuré par le président de la CME et le directeur, et supervisé par le qualicien du pôle qualité.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	Oui	Le suivi des plans d'actions est assuré. Les programmes annuels sont déclinés sous forme de plans d'actions intégrés dans un tableau de suivi dont l'état d'avancement est présenté en comité de direction avec l'étape de réalisation des diverses actions. Il peut donner lieu à des adaptations le cas échéant. De nouvelles actions peuvent être identifiées et rajoutées après validation par les instances. La supervision de suivi du plan d'action est réalisée mensuellement par la coordonnatrice des risques liées aux soins et le qualicien du pôle qualité.

L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	Oui	Chaque année, le bilan des programmes annuels est réalisé avec vérification de l'atteinte des objectifs. Les tableaux des indicateurs IPAQSS, de pilotage et d'EPP sont suivis annuellement et validés par la CME et le directeur.
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	Oui	Les programmes annuels sont réadaptés trimestriellement lors de la présentation de suivi des plans d'actions qualité et gestion des risques à la direction et à la CME. Ces adaptations prennent en compte l'état d'avancement des différentes actions suivies.

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

Critère 8.b
Fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins

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

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

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

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

Critère 8.d
Evaluations des risques à priori

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

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

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

Critère 8.e
Gestion de crise

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

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

Critère 8.f
Gestion des évènements indésirables



Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation est en place, afin d'assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.	Oui	L'établissement a formalisé une procédure de gestion des événements indésirables (EI). Une organisation est en place avec des modalités de signalement définies. La gestion des EI est réalisée sur un logiciel EI. Une fiche de signalement papier est disponible pour les professionnels de santé en cas de panne du logiciel. Une Charte d'incitation au signalement est présente dans le livret d'accueil du personnel. La rédaction d'un signalement en cas de réclamation. Une action correctrice peut être immédiatement mise en place par le professionnel signalant l'EI. Les fiches sont transmises au directeur, à la coordonnatrice des risques et au qualicien du pôle qualité. L'analyse est ensuite réalisée en réunion pluriprofessionnelle après présentation par la coordonnatrice des risques liées aux soins, le qualicien du pôle qualité la présidente de la CME ou le pharmacien. L'analyse des causes est réalisée avec une méthodologie d'analyse des causes en prenant en compte la fréquence et la gravité.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.	Oui	L'information et la formation des professionnels sont réalisées. La démarche de signalement des EI et les modalités sont données aux nouveaux salariés dès leur embauche au travers du livret d'accueil du personnel et une Charte d'incitation à la déclaration d'événements indésirables rappelle aux salariés l'importance du signalement. Une formation sur l'utilisation des supports de signalement est en ligne sur une plate de forme de formation. Cette formation est suivi par l'ensemble des professionnels.
Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	Oui	Le directeur, la directrice adjointe, la coordonnatrice des risques associés aux soins, le qualicien, le pharmacien sont formés au processus de hiérarchisation et à l'analyse des causes. Les professionnels concernés participent aux analyses et à la mise en place des actions correctives décidées avec des objectifs et un calendrier définis. Les réclamations sont aussi prises en charge selon les mêmes modalités que les EI.
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.	Oui	La procédure d'analyse des causes pour les EI graves est définie. L'information du patient pour un dommage associé aux soins est formalisée. La gravité est déterminée en prenant en compte les éventuelles conséquences de cet EI sur le patient. Une échelle de criticité est utilisée pour ces analyses. Les méthodes ALARM et RMM sont régulièrement utilisées et maîtrisées par le qualicien, le pharmacien et le président de la CME. Les professionnels impliqués ou concernés par l'EI grave sont associés à ces analyses.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions correctives sont mises en oeuvre à la suite des analyses.	Oui	Les actions correctives sont mises en places de différentes manières soit immédiatement par le professionnel constatant l'EI, soit à la suite de l'analyse en réunion de comité de direction, et validées par le directeur, soit ces actions correctives nécessitent une action en profondeur comme une modification de processus ou d'organisation. Dans ce cas, les actions sont proposées en CME, validées par le directeur et inscrites dans le programme d'amélioration

	Oui	de la qualité et suivies avec le tableau de bord de ces actions.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	Oui	Les EI récurrents sont identifiés dans le tableau de bord de suivi statistique au travers du bilan des EI. Un traitement spécifique est mis en œuvre en réunion de comité de direction. Les actions correctives sont mises en place. Des événements récurrents ayant été constatés ont justifié la mise en œuvre d'actions d'amélioration.
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	Oui	L'efficacité des actions correctives est vérifiée selon des modalités différentes : - par le tableau de suivi des EI intégré au bilan des événements indésirables, - les résultats des enquêtes réalisées à périodicité définie auprès des personnels et des familles, - les questionnaires de sortie.

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

Critère 8.g Maîtrise du risque infectieux



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

Cotation	A	
Score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales	Classe associée à la valeur du score agrégé	Constats
Score à disposition de l'établissement au moment de la visite.	Aucun	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une politique, une organisation et des moyens adaptés aux activités de l'établissement sont définis, en concertation avec la CME, le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et l'équipe opérationnelle d'hygiène, afin de maîtriser le risque infectieux.	Oui	Une organisation et des moyens sont mis en œuvre en collaboration avec la CME, le coordonnateur de la gestion des risques liés aux soins et l'équipe opérationnelle d'hygiène. Ils permettent la mise en place d'un programme annuel de maîtrise du risque infectieux dans l'ensemble des domaines à risque. L'établissement est accompagné dans la structuration de la démarche par un prestataire extérieur régional.
Des procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux sont établis.	Oui	Des procédures de surveillance et de prévention du risque infectieux sont établis et mis à disposition des professionnels par le serveur interne et les classeurs papier.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux, incluant celles issues des signalements, sont mises en oeuvre par les professionnels, en lien avec l'EOH.	Oui	Les actions de surveillance et de prévention du risque infectieux sont mises en œuvre par les professionnels en lien avec l'EOH. Ils tiennent compte des signalements d'infections nosocomiales entre autres, pour mettre en place des actions adaptées : renforcement des formations ciblées par exemple sur le signalement des infections nosocomiales, suivi spécifique d'indicateurs.
L'établissement participe à des activités d'échange et de comparaison interétablissements, notamment aux programmes des CCLIN.	Oui	Le prestataire extérieur qui accompagne les professionnels dans la démarche organise sur le plan régional des temps d'échange et partages d'expérience entre les établissements à orientation comparable.
La formation des professionnels à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux est assurée.	Oui	La formation des professionnels fait partie intégrante du programme de maîtrise du risque infectieux. Elle s'applique à différents domaines comme l'hygiène des mains, les précautions complémentaires, la prévention des AES.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le dispositif de maîtrise du risque infectieux est évalué, notamment à l'aide d'indicateurs.	Oui	L'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales fait l'objet de mise en place d'indicateurs qui ont été revus au passage de l'établissement du statut de MECS à SSR.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Des actions d'amélioration sont mises en place systématiquement en lien avec le suivi des indicateurs tels que le signalement des infections nosocomiales. Le suivi de ces actions est effectué au cours des réunions de CLIN suivant la mise en place des actions.

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

Critère 8.h
Bon usage des antibiotiques



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

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

Critère 8.i
Vigilances et veille sanitaire

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

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

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

Critère 8.j
Maîtrise du risque transfusionnel

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

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

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

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

Critère 8.k
Gestion des équipements biomédicaux

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

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

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

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



Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
A		
La gestion des plaintes et des réclamations est organisée (CRU en place, procédure formalisée, responsabilités définies).	Oui	L'établissement a défini une organisation structurée pour la gestion des plaintes et des réclamations. Le directeur est identifiée comme responsable de la commission chargée des relations avec les usagers (CRU). La composition et le fonctionnement de la CRU sont conformes à la réglementation. Deux représentants des usagers et leur suppléant désignés par des associations participent régulièrement aux réunions de la CRU. Il existe un registre des plaintes et des réclamations. Une procédure de gestion des plaintes et réclamations est formalisée. Les modalités pour formuler une plainte et/ou une réclamation sont inscrites dans le livret d'accueil.
Le système de gestion des plaintes et des réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.	Oui	La procédure de gestion des plaintes et des réclamations prévoit l'ouverture d'une fiche d'événements indésirables pour chaque plainte ou réclamation du patient ou de sa famille.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	Le directeur associe systématiquement le qualicien, la présidente de la CME et les professionnels concernés à la réponse donnée au plaignant. Il en est de même pour les actions correctives à mettre en œuvre.
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre.	Oui	Le plaignant reçoit systématiquement un courrier argumenté du directeur. Ce courrier précise les éventuelles actions correctives mises en œuvre. Le médiateur médical ou le médiateur non médical reçoit sur demande le plaignant.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et des réclamations, incluant le suivi du délai de réponse au plaignant, contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.	Oui	L'intégralité des plaintes et des réclamations est mise à la disposition des membres de la CRU. Des analyses quantitatives et qualitatives sont réalisées par le directeur au travers du bilan annuel de la CRU et présentées aux membres de la CRU, puis transmis à l'ARS. Si nécessaire les membres de la CRU, dont les représentants des usagers, proposent des actions d'amélioration. Ces actions sont intégrées dans le programme qualité gestion des risques.

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

Critère 9.b Evaluation de la satisfaction des usagers

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

Des actions d'amélioration sont mises en 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 - Soins de suite et/ou de réadaptation
Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance**

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

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

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

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

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

Référence 10: La bientraitance et les droits

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

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

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

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.d - Soins de suite et/ou de réadaptation Accueil et accompagnement de l'entourage

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

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

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.e - Soins de suite et/ou de réadaptation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Référence 12: La prise en charge de la douleur

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



Cotation		B
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement, en concertation avec le CLUD (ou équivalent).	Oui	L'établissement a défini une stratégie de prise en charge de la douleur. Celle-ci s'appuie notamment sur la définition des processus de prise en charge, des objectifs et l'identification des différentes prises en charge au sein de l'établissement. Elle comprend également la définition des moyens mis en œuvre ou à mettre en œuvre. Le CLUD, mis en place en 2013, est impliqué dans la définition de cette stratégie déployée. Il produit un rapport d'activité et veille à la mise en œuvre du programme élaboré avec tous les acteurs concernés.
Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.	En grande partie	L'établissement a défini des procédures relatives aux traitements analgésiques existants en fonction du type de douleur. Cependant, il n'existe pas de protocoles analgésiques définis.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	En grande partie	L'établissement a mis en place des actions de sensibilisation pour l'ensemble du personnel. Une formation par e.learning a été mise en place. Actuellement, le taux de personnel formé par cette méthode est évalué à 66 %. Afin de répondre aux besoins des patients dans ce nouveau secteur d'activité, une formation médicale et paramédicale s'adressant aux personnels relais dans la prise en charge de la douleur sur le site est organisée pour le quatrième trimestre 2014. Le programme et les supports de formation ont pu être consultés.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Oui	Le patient est impliqué dans la prise en charge de la douleur au travers d'actions d'éducation thérapeutique mises en place pour l'ensemble des enfants pris en charge. Ces actions sont adaptées au type de prise en charge et tiennent compte de l'âge de l'enfant. Elles sont menées en tables rondes et reprises individuellement si nécessaire par l'infirmière référente en éducation thérapeutique, le médecin et la psychologue. Un livret d'accueil spécifique de la prise en charge de la douleur et à destination des patients est en cours de validation.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	Il existe dans le dossier un champ identifié pour noter les résultats de l'évaluation de la douleur. On retrouve dans tous les dossiers consultés, l'évaluation initiale de la douleur par le médecin. Toutefois, l'évaluation de la douleur est tracée ponctuellement par le personnel soignant, uniquement lorsque le patient exprime une douleur. L'échelle de mesure EVA est utilisée par les professionnels qui sont formés à leur utilisation.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	En grande partie	Pour chaque prescription d'un traitement algique, une évaluation de la douleur est effectuée afin d'en vérifier l'efficacité. Le traitement est ajusté en fonction des résultats de cette évaluation et les modifications de traitement sont tracées dans le dossier du patient. Cependant, les transmissions infirmières ne permettent pas de confirmer le

	En grande partie	contrôle du soulagement complet de la douleur.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non-communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	L'établissement a identifié des besoins en moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants. L'échelle EVENDOL et l'échelle des visages sont utilisées. Elles sont mises à disposition des professionnels soignants.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	L'établissement a mis en place des actions d'évaluation du niveau d'appropriation et d'utilisation des outils par les professionnels sous forme d'EPP. Elles se sont traduites par une enquête de pratiques auprès des professionnels, réalisée durant le premier semestre 2014 avec un réajustement du dossier patient visant à renforcer l'évaluation systématique de la douleur.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Partiellement	La qualité de la prise en charge de la douleur a fait l'objet d'une évaluation de pratiques professionnelles sur la traçabilité de la douleur dans les dossiers patient. Toutefois, il n'y a pas de programme établi d'évaluations périodiques de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge de la douleur.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	Des actions d'amélioration ont été menées à partir de l'audit clinique. Celles-ci sont inscrites le programme du CLUD et font l'objet d'un suivi organisé. Toutefois, elles ne sont pas intégrées dans une démarche annuelle d'évaluation de la douleur.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	L'établissement est inscrit dans un réseau régional de partage d'expériences et d'informations sur la base d'un protocole signé avec deux établissements des Hautes-Alpes.

Référence 13: La fin de vie

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



Cotation

NA

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.

NA

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

NA

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.

NA

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.

NA

Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	NA	
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	NA	
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	NA	
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	NA	
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (Comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, Commission de soins, etc.).	NA	
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	NA	

Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	
--	----	--

PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.	Oui	L'établissement a élaboré un ensemble de procédures définissant les règles relatives à la tenue du dossier du patient. Celles-ci précisent les responsabilités des différents professionnels, la composition du document ainsi que les modalités de son utilisation. Elles intègrent les règles d'archivage et d'utilisation. L'utilisation de check-lists administratives et éducatives fait partie intégrante des règles de tenue du dossier patient. Les professionnels sont informés des règles en place par les formations ciblées concernant le dossier patient. Ces règles sont diffusées sur serveur informatique interne.
Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et diffusées.	Oui	Les règles d'accès au dossier patient pour les professionnels font partie intégrante de la procédure commune concernant les règles de gestion du dossier patient. La procédure précise les droits d'accès au dossier par le personnel habilité et les modalités d'accès pour un correspondant externe. Les professionnels sont informés des règles en place par le serveur informatique.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	Oui	L'établissement a mis en place un dossier patient informatisé dans tous les secteurs qui permet aux professionnels de tracer les éléments constitutifs de la prise en charge. Les éléments complémentaires de réajustement à partir d'entretiens et de synthèses hebdomadaires sont notés par les médecins, les soignants, les éducateurs et la psychologue. Il permet un suivi continu de la situation du patient.
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 met en œuvre un système de communication du dossier entre les différents professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes. Les modalités de communication du dossier sont formalisées dans une procédure définissant le mode opératoire de communication du dossier. Cette procédure précise aussi les situations d'opposition possible du mineur à l'accès à son dossier. La notion de temps utile est adaptée en fonction du type de prise en charge des patients. Les comptes-rendus d'hospitalisation ne sont pas publiés dans le DMP, ce que confirme la valeur de l'indicateur « Hôpital Numérique" associé.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	La gestion du dossier patient fait l'objet d'une programmation annuelle d'évaluation de la gestion du dossier sur la base de critères établis en interne. Le dispositif est structuré. Il comporte l'objectif du suivi, les personnes en charge de l'évaluation ainsi que la périodicité et les modalités de recueil de l'indicateur. L'évaluation porte également sur le dossier éducatif et pédagogique en place. A noter que l'établissement recueille les indicateurs « Hôpital Numérique" associé.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Des actions d'amélioration sont identifiées et mises en œuvre en tenant compte des résultats des évaluations. Les modalités de suivi des actions sont définies avec la mise en place d'une personne référente et le suivi périodique des actions mises en place.

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation		
A		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'accès du patient à son dossier est organisé.	Oui	L'établissement organise l'accès du patient à son dossier conformément à la réglementation et adaptée au secteur pédiatrique concerné. Les modalités standard et spécifiques d'accès au dossier du patient font l'objet d'une procédure validée et disponible sur serveur informatique.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.	Oui	L'établissement met en œuvre un processus d'information du patient sur les droits d'accès à son dossier, par le biais du livret d'accueil remis au patient et à son entourage. D'autres modes d'information sont utilisés tels que le dossier d'admission et le tableau d'affichage à l'entrée.
L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	Oui	L'établissement a identifié une personne référente : le médecin DIM dont le rôle est d'assurer la vérification de la conformité de la demande à la réglementation ainsi que l'envoi du dossier dans les délais réglementaires. L'établissement n'a pas été confronté à cette demande et n'a pas formalisé d'indicateur de suivi. Cependant, le suivi des

	Oui	délais d'envoi des dossiers est possible à la consultation du registre des demandes de dossiers.
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	N'ayant pas reçu de demandes d'accès au dossier, l'établissement n'a identifié d'action d'amélioration sur l'évaluation des délais de transmission de dossiers.
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 intègre dans son bilan annuel les éléments relatifs à l'accès du patient à son dossier : nombre de demandes d'accès, délais de transmission, suivi des actions d'amélioration.

Référence 15: l'identification du patient

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

L'établissement a défini une organisation permettant de garantir la fiabilité de l'identification du patient. Une cellule d'identitovigilance est opérationnelle, ce que confirme la valeur de l'indicateur « Hôpital Numérique" associé. Son règlement intérieur en précise les règles de fonctionnement. Des procédures de gestion des doublons de rapprochement d'identité sont formalisées.

L'établissement a rédigé une Charte d'identification. Elle définit les objectifs en matière d'identification pour les secteurs administratifs et cliniques, les processus en cohérence avec les circuits informatiques et les responsabilités des professionnels à chaque étapes de la prise en charge du patient. Des protocoles pour la gestion des situations particulières sont en place. Toutes les applications au cœur du processus de soins, de la gestion administrative du patient et du PMSI sont connectées à un référentiel unique d'identités des patients, ce que confirme la valeur de l'indicateur « Hôpital Numérique" associé. En revanche, l'INS n'est pas intégré dans le référentiel unique d'identités des patients, ce que confirme la valeur de l'indicateur « Hôpital Numérique" associé.

	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	Oui	L'établissement a mis en place des actions de sensibilisation à la surveillance et la prévention des erreurs d'identification du patient pour les personnels administratifs et les professionnels de santé. Ces démarches sous forme de questionnaires à choix multiples. Un programme de formation e.learning a été mis en place au sein et suivi par les professionnels en poste.
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Les personnels administratifs concernés mettent en œuvre la procédure de vérification de l'identité intégrée dans la procédure de création d'identité. Cette procédure est disponible et connue des professionnels administratifs.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	En grande partie	La procédure de vérification de l'identité du patient est portée aussi à la connaissance des professionnels soignants, par le serveur informatique. L'établissement a réalisé une enquête auprès des professionnels soignants sur la mise en place effective de la vérification de l'identité avant tout acte de soin. Les professionnels ont tous répondu qu'ils la réalisaient. Toutefois, la vérification n'est pas tracée dans le dossier patient.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.	En grande partie	L'établissement a mis en place un dispositif d'évaluation de la fiabilité de l'identification : un audit du processus d'identification sous forme d'une EPP en 2014, en lien avec le signalement d'événements indésirables liés à l'identification du patient. Ce dispositif est structuré et précise les objectifs de l'évaluation, la personne en charge

En grande partie	de sa réalisation, ainsi que la période d'évaluations. Des actions d'amélioration ont été mises en place au regard des résultats de l'audit réalisé. Il n'y a pas de périodicité définie concernant l'identification du patient. Des actions d'amélioration sont définies et mises en œuvre. Leur coordination et leur suivi sont assurés par le pôle Qualité. A noter que l'établissement recueille les indicateurs « Hôpital Numérique" associés.
------------------	---

PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

Référence 16: l'accueil du patient

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Critère 17.b
Prise en charge somatique des patients



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

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

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

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

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

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et d'astreintes sont définis afin d'assurer la permanence des soins 24 h/24.	Oui	
Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes associées aux différents modes de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, temps plein) et avec les partenaires extérieurs.	Oui	
Des modalités de transmission d'informations entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les secteurs d'activité collaborent afin d'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.	Non	La nomination des référents pour la prise en charge des enfants est prévue pour le second semestre 2014.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La continuité et la coordination de la prise en charge sont évaluées, notamment au regard des événements indésirables, et des actions d'amélioration sont menées.	Oui	

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

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

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes âgées

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Enfants et adolescents

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

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

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

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

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

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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



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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.d Hospitalisation sans consentement

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

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

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

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse a été formalisée pour la période 2014-2016, en concertation avec les professionnels concernés. Elle a été validée en CME. Elle est intégrée au projet d'établissement. Elle s'appuie sur les exigences réglementaires, le CPOM, les exigences et les recommandations des autorités. Elle prend en compte les actions d'amélioration définies lors de l'analyse des erreurs médicamenteuses, de la gestion des médicaments à risques et des patients à risques. L'établissement a signé en 2013 un partenariat avec la PUI du SSR Paul Cézanne situé à coté de l'établissement. Ce partenariat a été validé par l'ARS. Les objectifs de la politique sont déclinés dans les plans d'actions du programme d'amélioration de la Qualité. Cependant, des indicateurs ne sont pas définis.

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

Oui

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète est intégré dans le schéma directeur du système d'information.

Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Des outils sont disponibles pour l'aide à la prescription (livret thérapeutique, protocoles thérapeutiques, accès à la base de données des médicaments et au Vidal papier, guide pratique des médicaments), l'analyse pharmaceutique réalisée par le pharmacien du SSR Paul Cézanne, l'administration des médicaments (guides pratiques d'administration et règles de reconstitution des produits injectables). Ces outils sont validés, actualisés et accessibles à tous les professionnels.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont réalisées au travers de la plateforme de formation e.learning. Le pharmacien se tient à la disposition des professionnels pour sensibiliser sur la sécurisation du circuit du médicament. Des informations sont régulièrement transmises par le pharmacien dans le cadre de retour d'expériences suite aux déclarations d'événements indésirables graves sur les médicaments.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	En grande partie	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée. Tous les séjours disposent de prescriptions de médicaments informatisées, ce que confirme la valeur de l'indicateur « Hôpital Numérique" associé. La traçabilité de l'administration en temps réel est informatisée. L'informatisation de la validation pharmaceutique est programmée en 2016. La validation pharmaceutique est réalisée en partie a priori et en partie a posteriori par le pharmacien.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Partiellement	Les objectifs définis dans le cadre du manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse sont mis en oeuvre. Cependant, ils ne font pas l'objet d'un suivi quantitatif et qualitatif. Un audit du circuit du médicament est prévu cette année dans le cadre du programme d'amélioration de la qualité. A noter que l'établissement recueille l'indicateur «

	Partiellement	Hôpital Numérique" associé.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Le recueil des erreurs médicamenteuses est réalisé au moyen des fiches de signalement des événements indésirables. Le qualicien et le pharmacien assurent le suivi par l'intermédiaire des réunions de COMEDIMS. Les signalements sont transmis au pharmacien. L'analyse est réalisée en associant les professionnels concernés. Les événements indésirables graves ou fréquents font l'objet d'une analyse approfondie sous la forme de réunion de retour d'expériences avec la méthode ALARM en équipe pluridisciplinaire. Les déclarants sont systématiquement tenus informés des modalités de suivi de leur déclaration (alerte sur le logiciel de gestion des risques).
Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	Oui	Les analyses des erreurs médicamenteuses signalées ont permis la mise en œuvre d'actions d'amélioration : intégration dans le livret thérapeutique la liste des comprimés ne devant pas être broyés et les gélules ne devant pas être ouvertes. Ces actions d'amélioration font l'objet d'une rétro-information auprès des professionnels concernés soit par le pharmacien, soit en CME et auprès des professionnels lors de réunion.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a formalisé les règles de prescription y compris pour les médicaments à risque. La prescription est informatisée, elle est intégrée dans le logiciel du dossier patient. Le pharmacien détient la liste des prescripteurs habilités transmises par le directeur.

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

Oui

Le livret d'accueil informe les parents de l'obligation de transmettre à l'infirmière le traitement personnel de l'enfant à l'admission. Aucun médicament n'est laissé à la disposition des enfants hospitalisés. Les prescriptions à l'admission et les ordonnances de sortie tiennent compte du traitement dont disposait l'enfant avant son hospitalisation.

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

Oui

L'établissement a formalisé l'organisation de l'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient avec la possibilité d'accès aux données cliniques et biologiques du patient, la délivrance nominative des médicaments, la dotation d'un « sac d'urgence », du conditionnement unitaire par enfant, l'acheminement des médicaments par l'infirmière de la PUI vers le service de soins dans le respect des conditions d'hygiène et de sécurité (caisse fermée, cadenas à

	Oui	code, respect la chaîne du froid), la sécurisation des stupéfiants par boîtes sécurisées à codes, l'optimisation des stocks à la PUI. La réponse aux demandes urgentes de médicaments est formalisée. La procédure prévoit, qu'en cas d'approvisionnement en urgence, en dehors des jours d'ouverture de la PUI, un approvisionnement est assurée auprès de l'officine de ville auprès de laquelle l'établissement a signé une convention.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	Les règles d'administration du médicament sont définies dans la procédure circuit du médicament. Un personnel dédié est formé à la gestion et au rangement des médicaments et en particulier des médicaments à risques. La préparatrice en pharmacie de la PUI contrôle régulièrement les dates de péremption, le livret thérapeutique intègre la liste des comprimés ne devant pas être broyés et des gélules ne devant pas être ouvertes. Du matériel standardisé est mis à disposition des professionnels pour les médicaments à risques.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	Les prescriptions sont conformes à la réglementation. Les règles de prescription des injectables sont mises en œuvre. Les protocoles de prescription des médicaments à risque sont mise en œuvre.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	Le pharmacien réalise l'analyse pharmaceutique des prescriptions. Elle dispose d'un outil d'analyse pharmaceutique informatique et a accès à l'ensemble des données biologiques et cliniques du patient. La délivrance des médicaments est nominative et hebdomadaire.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	

Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Oui	Les situations nécessitant une information sont identifiées par le médecin et/ou le pharmacien. Une information structurée est donnée par le médecin ou l'infirmière. L'infirmière assure des programmes d'éducation thérapeutique sur l'insuline, ce programme est validé par l'ARS. De plus, l'infirmière assure des observations sur les bonnes pratiques d'injections d'insuline réalisée par les enfants. La traçabilité de l'information est réalisée dans le dossier patient informatisé.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	L'infirmière enregistre en temps réel toute administration d'un médicament dans le dossier patient informatisé à l'aide d'un ordinateur. La non-prise d'un médicament est tracée dans le dossier.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Partiellement	Des audits sur le circuit du médicament ont été menés en 2013 sur l'ancien site de établissement. Cependant, depuis l'arrivée sur le nouveau site en avril 2014, aucun audit n'a été réalisée.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Partiellement	Une EPP a été réalisée en 2012. Des informations sur le médicament sont dispensées par le pharmacien lors des rencontres avec les professionnels. Cependant, il n'existe pas de bilan de bon usage des médicaments.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

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

La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.	NA	
Des actions d'amélioration et leur suivi sont mis en oeuvre.	NA	

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

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

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

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Partiellement	L'organisation mise en place dans le circuit des examens biologiques est ajustée en fonction de dysfonctionnements ponctuels. Il n'y a pas d'évaluation formalisée dans ce domaine. A noter que l'établissement recueille l'indicateur « Hôpital Numérique" associé.
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité, avec une attention particulière portée aux urgences et aux résultats critiques.	Oui	

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

Critère 21.b Démarche qualité en laboratoire de biologie médicale

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

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

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

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

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

L'établissement coordonne la réalisation des examens prescrits par le médecin traitant ou hospitalier.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Non	
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.	Oui	

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

Critère 22.b Démarche qualité en service d'imagerie

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

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

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

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

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

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

Référence 24: La sortie du patient

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



Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La sortie ou le transfert du patient sont organisés en fonction du type de prise en charge et de son état clinique.	Oui	
Les professionnels d'aval sont associés à l'organisation de la sortie ou du transfert (demande d'avis, visite, staff pluridisciplinaire, réseaux ville-hôpital, etc.), lorsque la situation le nécessite.	Oui	
Le patient et son entourage sont associés à la planification et à la préparation de la sortie ou du transfert.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval dans les règles de confidentialité.	Oui	

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	Partiellement	La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval n'est pas évaluée formellement. La qualité de la transmission des informations est vérifiée au travers des contacts entre praticiens.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Partiellement	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Partiellement	Des actions d'amélioration sont ponctuellement mises en place.

PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

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

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



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

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

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

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.a Organisation du bloc opératoire



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

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

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

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

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



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

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

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

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



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

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

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

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



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

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

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.c

Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique

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

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

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

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

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

PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.a

Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles



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

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

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.b Pertinence des soins

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les enjeux liés à la pertinence des soins sont identifiés au sein de l'établissement.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des analyses de la pertinence des soins sont réalisées, et permettent la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	En grande partie	Une évaluation de pratique professionnelle de type revue de pertinence a été mise en place en 2009. Elle a été suivie de mise en place d'actions d'amélioration de la qualité de prise en charge. Cependant, il n'y a pas eu de récente EPP de ce type.
Des guides de bon usage des soins sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

<p>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.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les services cliniques assurent le suivi des actions d'amélioration des pratiques de prescription d'épreuve d'effort. Cependant, l'impact sur l'évolution de la pratique en fonction de nouveaux patients et de personnel médical nouvellement recruté n'est pas formalisé.</p>
---	-------------------------	--

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

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



Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement identifie les indicateurs de pratique clinique pertinents au regard de ses activités.	En grande partie	L'établissement a identifié un indicateur de pratique clinique spécifiques au regard de son activité. Il n'a pas développé d'autre indicateur de pratique clinique.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement recueille et analyse les indicateurs de pratique clinique choisis.	En grande partie	L'établissement recueille et analyse l'indicateur de pratique clinique choisi. Cependant, il n'a pas développé d'autres indicateurs de pratique clinique.
Une démarche d'amélioration est mise en oeuvre à partir du recueil des indicateurs, lorsque la valeur de l'indicateur le justifie.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

L'établissement révisé régulièrement la liste des indicateurs analysés.	Non	L'établissement ne fait pas de révision de la liste d'indicateurs.
---	-----	--

6.INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Les indicateurs généralisés actuellement recueillis

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

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

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

Éléments de lecture du tableau

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

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

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

Remarque :

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

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

7.BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Imagerie et exploration fonctionnelle	Non concerné		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Radiothérapie	Non concerné		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prévention des risques liés à l'inhalation de poussière d'amiante	Bureau Contrôle Amiante Environnement 05	12/11/2012	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SUIVI DES DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Concernant la stérilisation, la sécurité alimentaire et la sécurité incendie

Libellé de(s) décision(s) <i>(avec indication des références et critères concernés)</i>	Suivi réalisé par l'établissement Oui / Non / En cours	Commentaire synthétique de l'établissement	Observations ARS
L'établissement n'a fait l'objet d'aucune décision lors de la précédente visite de certification.	NA	NA	