



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## **RAPPORT DE CERTIFICATION V2010**

### **CLINIQUE VERT CÔTEAU**

96, avenue des Caillols  
13012 MARSEILLE

Février 2014

# SOMMAIRE

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

<b>5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES</b>	<b>28</b>
<b>CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	<b>30</b>
PARTIE 1. Management stratégique	31
PARTIE 2. Management des ressources	56
PARTIE 3. Management de la qualité et de la sécurité des soins	97
<b>CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT</b>	<b>124</b>
PARTIE 1. Droits et place des patients	125
PARTIE 2. Gestion des données du patient	149
PARTIE 3. Parcours du patient	157
PARTIE 4. Prises en charge spécifiques	207
PARTIE 5. Evaluation des pratiques professionnelles	223
<b>6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	<b>230</b>
<b>7. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE</b>	<b>232</b>

# PREAMBULE

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

## 1. Les objectifs de la certification des établissements de santé

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

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

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

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

Elle ne note pas les professionnels de santé.

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

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

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

## 2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

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

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

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

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

# 1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT



# CLINIQUE VERT COTEAU

**Adresse :** 96 avenue des caillols  
13012 MARSEILLE 12 BOUCHES-DU-RHONE

**Site internet:** <http://www.vertcoteau.fr>

**Statut :** Privé

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

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Court séjour	130	0	0

Nombre de sites.:	Un site.
Activités principales.:	MCO
Activités de soins soumises à autorisation.:	<ul style="list-style-type: none"><li>- Activité de médecine ;</li><li>- Activité de chirurgie ;</li><li>- Activité de chirurgie esthétique ;</li><li>- Réanimation ;</li><li>- Traitement du cancer par chirurgie ;</li><li>- Traitement du cancer par chimiothérapie.</li></ul>
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	/

## Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	<p>La Clinique Vert-Coteau à Marseille fait partie des Etablissements Sainte-Marguerite (ESM) qui comprennent par ailleurs:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- La Clinique Sainte-Marguerite à Hyères</li><li>- La Clinique du Golfe de Saint-Tropez à Gassin</li><li>- La Clinique Saint-Jean à Toulon</li><li>- La Clinique Saint-Roch à Toulon</li><li>- La Clinique de La Ciotat</li><li>- L'Hôpital Privé Beauregard à Marseille</li><li>- L'Association de Dialyse Varoise (A.DI.VA)</li></ul> <p>Ces ESM représentent environ 1200 lits et places, 1500 salariés et 500 praticiens libéraux Du fait d'une proximité géographique, ces Établissements sont gérés par le Groupement d'Intérêt Économique (GIE) Sainte-Marguerite auquel sont adhérents l'ensemble des Établissements Sainte-Marguerite, avec une Direction et une politique qualité transversale commune. Cette organisation transversale permettant de mutualiser, d'harmoniser et d'améliorer les pratiques des équipes médicales et</p>
--	--

paramédicales par un travail commun permanent.

Convention de coopération sanitaire inter-établissements : " Prise en charge en urgence de patients relevant de pathologies cardio-vasculaires" avec l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille - Hôpital de la Timone (01.10.1997)

Convention de coopération sanitaire inter-établissements : "Évacuations sanitaires urgences cardiologiques par le SAMU/SMUR" avec l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille - Hôpital de la Timone (01.12.1997)

Convention de coopération sanitaire inter-établissements : "Contrat relais pour les disciplines suivantes : neurochirurgie, réanimation pédiatrique, psychiatrie" avec l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille - Hôpital de la Timone (20.11.2000)

Convention de coopération sanitaire inter-établissements : "Prise en charge en urgence de patients relevant de pathologies neurologiques" avec le CHP CLAIRVAL (07.02.2001)

Convention de coopération sanitaire inter-établissements ayant pour objet la mise en place d'un dispositif d'orientation et de traitement des patients de la Clinique Vert Coteau en cas de panne ou d'immobilisation du scanographe de la Clinique Vert Coteau avec le Centre Hospitalier de La Ciotat (04.09.2006)

Convention de coopération sanitaire inter-établissements ayant pour objets : la mise en place d'un dispositif d'orientation et de traitement des patients de la Clinique Vert Coteau relevant d'un Service d'Urgences UPATOU / La mise en place d'un dispositif d'orientation et de traitement des patients de la Clinique Vert Coteau nécessitant un examen par IRM avec la Clinique La CASAMANCE (11.12.2006)

Convention de coopération sanitaire inter-établissements ayant pour objet la prise en charge en urgence des patients relevant de maladies cardio-vasculaires avec l'Association Hôpital St Joseph (01.01.2010)

Convention pour définir les relations de coopération en matière d'accès à la radiothérapie, au TEP, à la caméra à scintillation (gamma-caméra), à la tumorothèque, aux thérapeutiques innovantes, aux essais cliniques en chimiothérapie avec l'Institut Paoli-Calmettes (IPC) (03.08.2011)

Convention de coopération sanitaire inter-établissements dans le cadre du traitement du cancer :

- orientation des patients relevant de l'Hématologie
  - accès à la RCP d'Hématologie de l'Hôpital de la Conception
  - accès à la tumorothèque de l'Hôpital de la Conception
  - accès aux thérapeutiques innovantes en Hématologie de l'Hôpital de la Conception
  - accès aux essais cliniques en Chimiothérapie Hématologique de l'Hôpital de la Conception
- avec l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille (10.05.2012)

Regroupement/Fusion.:	/
Arrêt et fermeture d'activité.:	Arrêt de l'activité de Cardiologie interventionnelle réglée
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	/

## 2.DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## 1.Niveau de certification

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

## Décisions

## 2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

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

La visite de certification s'est déroulée du 15/10/2013 au 18/10/2013.  
L'équipe d'Experts Visiteurs a investigué les critères suivants :

##### **MANAGEMENT STRATÉGIQUE**

1.a, 1.f, 2.e

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

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

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

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

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

10.b Court Séjour, 10.c Court Séjour, 12.a Court Séjour, 13.a Court Séjour

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

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

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

17.a Court Séjour, 18.a Court Séjour, 19.a Patients porteurs de maladie chronique, 19.b Court Séjour, 19.c Court Séjour, 20.a Court Séjour, 20.a bis Court Séjour, 20.b Court Séjour, 24.a Court Séjour

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

26.a, 26.b Endoscopie

##### **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

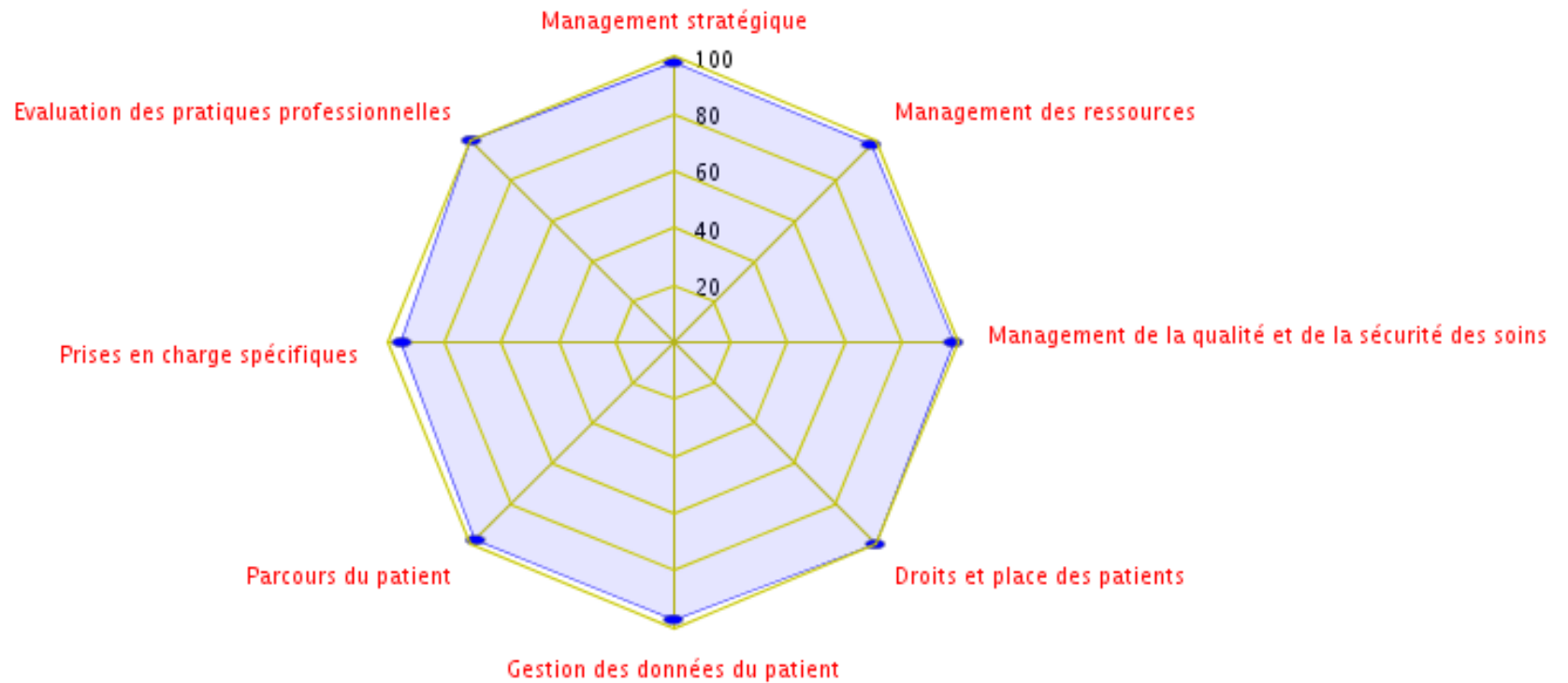
Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement.

[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 :

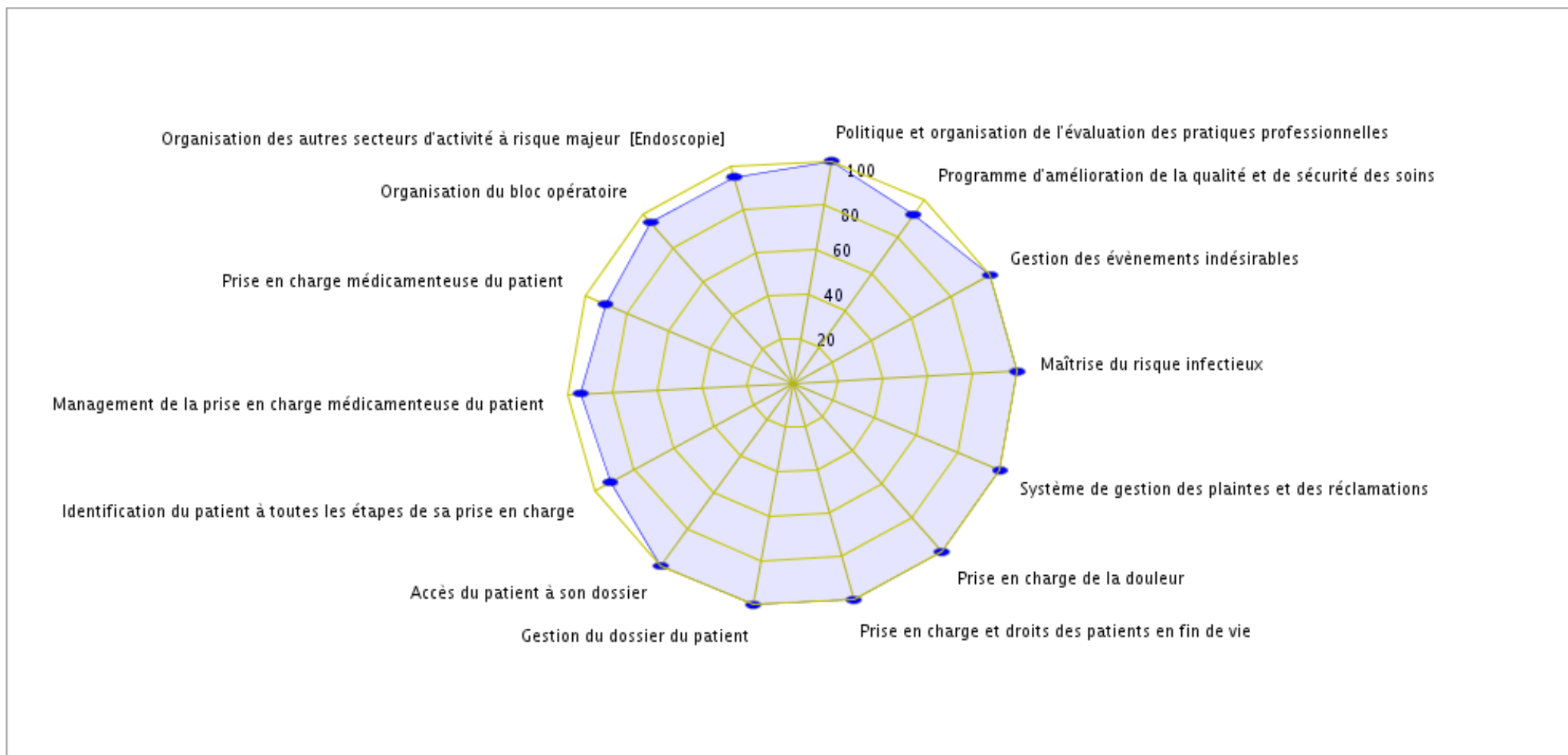
- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (10a),
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b),
- Respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c),
- Accueil et accompagnement de l'entourage (10d),
- Information du patient sur son état de santé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

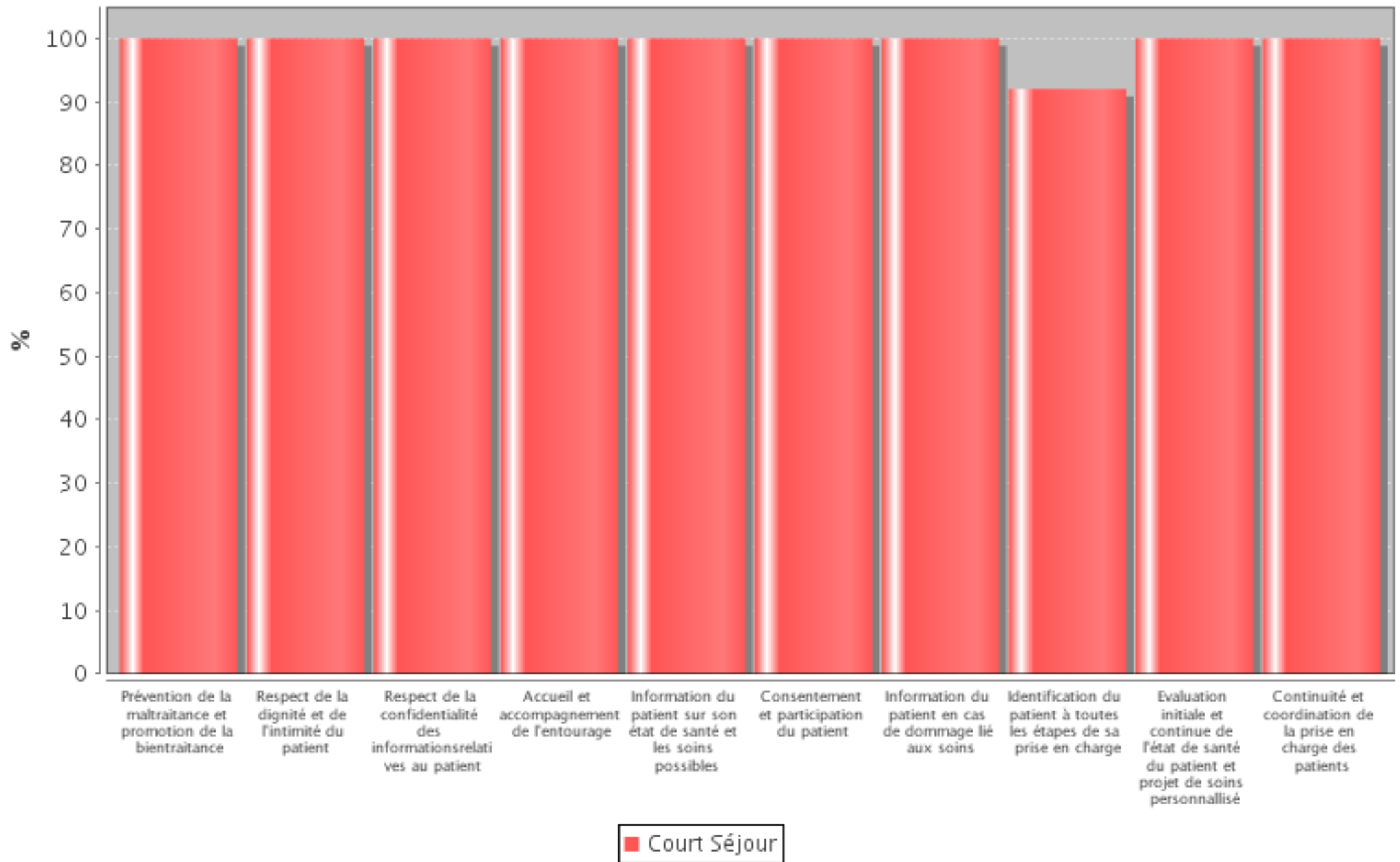


Les libellés des points fort (> 90%) sont en rouge.

## 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.	En grande partie	Les missions de l'établissement sont déclinées dans les orientations stratégiques. Toutefois, ses valeurs ne sont précisées et formalisées dans aucun document en tant que telles.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les différentes politiques (ressources humaines, système d'information, qualité et sécurité des soins, etc.) sont déclinées en cohérence avec les orientations stratégiques.	Oui	

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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui

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



## Référence 1: La stratégie de l'établissement

### Critère 1.c Démarche éthique

## Cotation

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

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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

### Critère 1.d Politique des droits des patients

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

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

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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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



**Cotation**

A

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

L'établissement a défini une politique des EPP volontairement très orientée sur les pratiques médicales. Le choix des thèmes et les objectifs ont été arrêtés de façon consensuelle entre la direction et la CME, en tenant compte des attendus de la Haute Autorité de Santé. Des moyens sont mis en œuvre par la clinique mais aussi par le groupe auquel appartient la clinique qui met à disposition de ses établissements une assistante de direction qualité dédiée au suivi et à la coordination des EPP. La stratégie est formalisée et intégrée au projet d'établissement.

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

Oui

Il existe une concertation entre les professionnels du soin et la direction. Concernant le personnel médical, la concertation passe d'une part par la CME, qui aborde régulièrement les thèmes retenus, et d'autre part par les différentes commissions concernées (CLAN, CLUD). S'agissant des soignants, la concertation est assurée par leur participation aux groupes EPP, aux différentes commissions ainsi que par les revues de direction auxquelles est invité le président de CME.

<p>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.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les missions et responsabilités relatives à l'organisation, la coordination, l'accompagnement et le suivi des démarches sont définies. Un médecin pilote est nommé par EPP. L'assistante de direction qualité assure un soutien organisationnel et méthodologique. Ils ont pour missions de valider la composition définitive des participants à l'EPP et d'en assurer le suivi et la coordination. Le président de CME est le correspondant médical EPP et à ce titre, il coordonne les démarches engagées en lien avec ses confrères.</p>
<p><b>E2 Mettre en oeuvre</b></p>	<p><b>Réponses aux EA</b></p>	<p><b>Constats</b></p>
<p>Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en oeuvre de l'EPP.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les pilotes des démarches EPP bénéficient d'un accompagnement méthodologique apporté par l'expertise de la référente EPP, assistante de direction qualité formée à la méthodologie. L'assistante de direction qualité propose des outils méthodologiques, évalue leur compréhension et analyse les résultats pour apporter un accompagnement optimum. L'accompagnement est adapté aux besoins des professionnels.</p>
<p>L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.</p>	<p>Oui</p>	<p>La CME assure le suivi des démarches et évalue les actions engagées. Le correspondant médical, président de la CME, assure le lien avec ses confrères. La CME se réunit au minimum quatre fois par an et plus si nécessaire. De plus, un suivi est réalisé à chaque revue de direction des démarches, trois fois par an. Lors de ces réunions, une analyse est également réalisée sur les indicateurs et sur les résultats des audits de suivi des secteurs d'activité.</p>
<p>Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'ensemble des professionnels de l'établissement est informé du développement des EPP et de leurs résultats par l'intermédiaire du site Internet de la clinique, dans un espace dédié aux professionnels, ainsi que par la diffusion du bulletin d'information interne. Les résultats des EPP, repris dans les comptes-rendus de la CME, apparaissent sur l'espace professionnel du site Internet.</p>



E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	Chaque commission (CLAN, CLUD, CLIN, COMEDIMS, CSTH, Conseil de bloc) est destinataire du suivi des EPP de son secteur. Le suivi général de toutes les EPP est assuré en CME et en revue de direction qui regroupent les responsables de chaque secteur d'activité et auxquelles est invité le président de CME.
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	Oui	La décision de réviser la stratégie de développement des EPP en cours est prise de manière consensuelle par la direction et la CME après analyse des résultats. L'analyse porte sur l'écart entre les objectifs, les actions engagées et les résultats obtenus. Des EPP peuvent être arrêtées et donner lieu au suivi d'indicateurs en routine. De nouvelles EPP sont initiées en réponse à une problématique particulière (alimentation, douleur).

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

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

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

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

### Critère 2.a

#### Direction et encadrement des secteurs d'activités

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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



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

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

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

## Référence 3: La gestion des ressources humaines

### Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants

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

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

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

### Référence 3: La gestion des ressources humaines

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

Cotation		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont mises en oeuvre.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

## Référence 4: La gestion des ressources financières

### Critère 4.a Gestion budgétaire

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

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

## Référence 4: La gestion des ressources financières

### Critère 4.b Amélioration de l'efficience

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement fixe chaque année des objectifs d'amélioration de l'efficience de ses organisations.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement conduit des études ou des audits sur ses principaux processus de production.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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

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



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

## Référence 5: Le système d'information

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La sécurité des données est organisée (définition des responsabilités, formalisation et diffusion des procédures, etc.).	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Il existe un plan de reprise permettant d'assurer la continuité des activités en cas de panne.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le dispositif de sécurité du système d'information est évalué, et fait l'objet d'actions d'amélioration.	Oui	

## Référence 5: Le système d'information

### Critère 5.c Gestion documentaire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le programme de maintenance est évalué et révisé à périodicité définie.	Oui	



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

### Critère 6.c Qualité de la restauration

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

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

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

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

### Critère 6.d Gestion du linge

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

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

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

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

### Critère 6.e Fonction transport des patients

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

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

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

### Critère 6.f Achats écoresponsables et approvisionnements

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

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



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

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



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

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

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

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

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

### Critère 7.a Gestion de l'eau

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

**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.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

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

### Critère 7.b Gestion de l'air

## Cotation

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

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

En grande partie

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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les paramètres de la qualité de l'air font l'objet d'un suivi périodique.	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.

En grande partie



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

<b>Cotation</b>		
	A	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions de sensibilisation et de formation périodiques sont menées.	Oui	

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

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

### Critère 7.e Gestion des déchets

## Cotation

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.

En grande partie

Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont organisées.	Oui	
Le patient et son entourage sont informés des risques liés aux déchets d'activités de soins à 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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les dysfonctionnements en matière d'élimination des déchets sont identifiés et analysés.	Oui	
Des actions d'évaluation et d'améliorations relatives à la gestion des déchets sont conduites.	Oui	
L'établissement a identifié les filières locales de valorisation possible des déchets.	En grande partie	

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

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

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



Cotation		A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est formalisé.	Oui	Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est formalisé sous la forme d'un plan d'actions annuel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins élaboré par différentes commissions institutionnelles : CME, CLIN, COVIGERIS, CRUQ, CLUD, CLAN, CSTH, CHSCT. Ce plan synthétise l'ensemble des plans d'actions fonctionnels qui sont régulièrement suivis lors des revues de direction quadrimestrielles qui représentent l'outil de management commun entre la direction et les responsables des secteurs d'activité et lors des réunions du Comité de pilotage (COFIL), instance réunissant la direction et les responsables des secteurs d'activité dans le cadre du suivi de la certification HAS.	
Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements, ainsi que les risques majeurs et récurrents.	Oui	Lors des revues de direction et lors des différentes instances, sont pris en compte : la conformité à la réglementation avec une veille réglementaire systématique réalisée par la Cellule qualité ; les dysfonctionnements et les risques majeurs et récurrents identifiés dans le cadre du signalement des événements indésirables et analysés par le	

	Oui	COVIGERIS ; la lutte contre les infections associées au soins réalisée par le CLIN et l'équipe opérationnelle d'hygiène ; la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ; les vigilances réalisées par le COMEDIMS et le COVIGERIS et l'analyse des plaintes et des réclamations réalisée par la CRU.
Les activités, réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins, sont prises en compte.	Partiellement	Le dispositif d'accréditation des médecins est pris en compte lors de la procédure d'accueil de tout nouveau praticien et l'attestation HAS d'engagement du praticien dans une démarche d'accréditation (dans le cas où il est engagé dans le dispositif) constitue l'un des éléments du dossier à fournir à l'établissement. La direction a intégré le suivi annuel de ces attestations pour les praticiens. Ceux-ci sont informés qu'en cas de déclaration d'événements porteurs de risques médicaux (EPR) auprès de leur organisme, il est important qu'une déclaration soit faite auprès de la clinique par l'intermédiaire d'une fiche de signalement d'événement indésirable et ce, afin d'être pris en compte dans le cadre du COVIGERIS, d'une RMM ou d'un CREX. Cependant, les EPR recueillis par les praticiens ne sont pas récupérés et donc ne peuvent être analysés par l'établissement.
Le programme est soumis aux instances.	Oui	Le président de la CME participe aux revues de direction et suit, chaque trimestre, l'état d'avancement du programme annuel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des plans d'actions de chaque secteur d'activité. La présence du président de la CME permet un retour d'informations en CME.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Les revues de direction trimestrielles permettent à chaque responsable de secteur d'activité ou de processus de soutien (qualité et gestion des risques ; ressources humaines ; hygiène) de présenter l'état d'avancement de son plan d'actions selon un schéma standardisé concernant dans le champ de la qualité et de la sécurité des soins :



	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la gestion des risques : événements indésirables majeurs, suivi des fiches d'écart ;</li> <li>- les évolutions réglementaires qualité : suivi certifications HAS, procédures, bilans des évaluations, indicateurs ;</li> <li>- le plan d'actions qualité : actions prioritaires à réaliser ;</li> <li>- le système d'information : matériels et logiciels, sécurité, besoins et événements.</li> </ul> <p>Tous ces items, constituant le plan d'actions de chaque secteur d'activité, sont examinés à la lumière des constats, mesures, commentaires, analyses, décisions prises, actions à mener, responsables d'actions, échéances et dates de réalisation. Ces plans d'actions constituent une partie du compte-rendu de la revue de direction.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	Oui	<p>Le suivi des plans d'actions de tous les secteurs d'activité est assuré au cours des revues de direction quadrimestrielles. À cette occasion, le plan d'actions est réévalué.</p> <p>La présence constante de la direction à ces réunions permet la mutualisation des expériences.</p>
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	Oui	<p>L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée chaque année lors de la première revue de direction de l'année à partir d'un bilan de performances de l'année écoulée présenté pour chaque secteur d'activité ou processus. Ce dispositif de bilan annuel est également appliqué dans le cadre des différentes commissions.</p>
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	Oui	<p>Le programme est réajusté par la direction en fonction des résultats des bilans annuels présentés en revue de direction par chaque responsable de secteur d'activité ou de processus et lors des différentes commissions.</p>

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

**Critère 8.b**

**Fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins**

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

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

**Critère 8.c**  
**Obligations légales et réglementaires**

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

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

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

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

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

Critère 8.e  
Gestion de crise

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

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



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'organisation de la gestion des événements indésirables fait appel à des ressources du groupe auquel appartient l'établissement et de l'établissement lui-même.  
 Une organisation centralisée de la gestion des risques est en place : le COVIGERIS (Comité des vigilances et de gestion des risques, direction des vigilances, Cellule de vigilance).  
 Il existe une procédure de signalement, de traitement et d'analyse des événements indésirables : procédure générale, commune aux établissements du groupe, qui décrit les modalités de signalement immédiat des événements indésirables mineurs et majeurs au sein de l'établissement ainsi que la déclaration "a priori" d'un risque. Elle concerne tous les personnels.  
 La définition des événements indésirables est très large : « événement indésirable, quel qu'il soit, pouvant perturber le fonctionnement de l'établissement ou perturber la prise en charge immédiate des patients dans un secteur défini (bloc opératoire, etc.) ».  
 La déclaration s'effectue à l'aide d'un formulaire d'enregistrement, disponible en version papier ou en version

	Oui	<p>informatique imprimable.</p> <p>Le déclarant évalue le degré de gravité ou d'importance de l'événement afin de définir l'action corrective immédiate : un événement sans gravité induira une demande d'intervention plus ou moins urgente.</p> <p>Le recueil des événements indésirables est coordonné par la Cellule de vigilance située dans un autre établissement qui réceptionne les fiches par télécopie, prend connaissance de l'événement, analyse et transmet la fiche au(x) destinataire(s) pour traitement.</p> <p>L'établissement met également en œuvre d'autres systèmes de recueil d'événements indésirables : l'analyse des questionnaires de satisfaction et l'analyse des plaintes/réclamations patients (gérées par la CRU), des alertes de vigilances (gérées par le COVIGERIS), des EIG et des EIR (gérés par le CSTH), des IAS (gérés par le CLIN), etc.</p>
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.	Oui	<p>Les nouveaux arrivants sont formés lors de la réunion d'accueil. La procédure de signalement d'événement indésirable et le formulaire de déclaration font partie des procédures obligatoirement expliquées.</p> <p>Tous les personnels sont informés à chaque évolution du document. Des rappels sont fréquemment réalisés via le bulletin d'information de l'établissement.</p>
Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	Oui	<p>La direction des vigilances, composée du directeur responsable des vigilances (coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins) et de deux assistantes qualité vigilances, titulaires d'un master, a suivi des formations spécifiques. Elle assure un appui méthodologique permanent auprès de l'encadrement et des personnels. Le plan de formation est également alimenté de leurs besoins en formation. Des formations sont régulièrement dispensées aux cadres et à quelques médecins.</p>

<p>L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les déclarations d'événements indésirables sont analysées par la direction des vigilances et saisies pour enregistrement au sein d'un logiciel spécifique. Pour chaque fiche d'événement indésirable (EI), sont saisis des renseignements et en particulier le type de l'événement indésirable et sa gravité.</p> <p>Ces deux derniers items permettent de catégoriser les événements indésirables en événement indésirable majeur ou mineur. Un suivi des événements majeurs est systématiquement mis en œuvre, ainsi que leur retour en revue de direction.</p> <p>Certains événements indésirables majeurs peuvent faire l'objet d'une seconde analyse plus fine selon la méthode des 5M. Une fiche d'écart est alors ouverte.</p> <p>Cette analyse est structurée et fait participer les personnels des services.</p>
<p><b>E3 Evaluer et améliorer</b></p>	<p><b>Réponses aux EA</b></p>	<p><b>Constats</b></p>
<p>Des actions correctives sont mises en oeuvre à la suite des analyses.</p>	<p>Oui</p>	<p>Une fiche d'écart permet le suivi du processus d'amélioration. Après une analyse des causes, une rubrique planification dans la fiche d'écart permet de planifier les actions à mener, de désigner les responsables d'actions pour la réalisation de ces actions et de définir les échéances ainsi que de vérifier leur mise en œuvre et l'obtention du résultat escompté.</p> <p>Ces actions correctives peuvent alimenter le programme d'actions de la commission concernée. Le suivi de ce programme est assuré par les commissions et en revue de direction.</p>
<p>Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les événements indésirables récurrents alimentent la cartographie des risques étudiée au cours des revues de direction et autres instances. La fiche d'écart comprend une étape analyse des causes.</p> <p>Les RMM et CREX complètent ce dispositif.</p>

L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	Oui	La vérification sur la fiche d'écart permet de suivre si l'action a été réalisée. La personne chargée de vérifier la réalisation de l'action doit renseigner les colonnes « Date de vérification » et « Visa ». Le résultat est jugé efficace lorsque les actions réalisées ont permis d'atteindre l'objectif fixé. La cartographie des risques permet de constater ou non si, après les actions correctives mises en place, le nombre d'événements concernés a diminué. Le suivi d'indicateurs est un moyen de mesurer l'efficacité des actions correctives, renforcé par la réalisation d'audits.
--	-----	---

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

Critère 8.g  
Maîtrise du risque infectieux



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

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

Critère 8.h  
Bon usage des antibiotiques



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

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

**Critère 8.i**  
**Vigilances et veille sanitaire**

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

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



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

**Critère 8.j**  
**Maîtrise du risque transfusionnel**

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

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

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

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

**Critère 8.k**  
**Gestion des équipements biomédicaux**

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

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

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

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



**Cotation**

A

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

L'établissement a défini une organisation centralisée pour la gestion des plaintes et des réclamations. Une procédure est en place et prévoit la centralisation de la gestion des plaintes et des réclamations. Le responsable des relations avec les usagers est identifié. Le registre unique des plaintes est géré par le secrétariat de la direction générale. La composition et le fonctionnement de la CRU sont définis par une procédure accessible sur Internet. Les usagers sont informés de l'existence de la Commission, des modalités prévues pour formuler une plainte et du dispositif de médiation par le livret d'accueil ou sur le site Internet de l'établissement.

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

Oui

L'établissement a mis en place un formulaire "Signalement d'événements indésirables" qui intègre le risque de plainte. Le règlement intérieur de la CRU prévoit que, dans le cas de risque de plainte ou de réclamation, le personnel de la clinique complète le formulaire prévu à cet effet. Le support d'information à destination du personnel est disponible sur le site Intranet, de même que son guide d'utilisation.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	Il existe une procédure qui prévoit qu'en cas de plainte ou de réclamation, celle-ci est traitée en lien avec les personnels concernés. Cette exigence s'applique aux praticiens et aux professionnels de santé par le biais de leur responsable de service. Les professionnels concernés sont associés à la réponse donnée au plaignant, de même qu'à la mise en place d'actions correctives si nécessaire. La CRU est informée de toute plainte et/ou réclamation ainsi que des suites données et peut formuler des recommandations. Elle peut également recevoir le plaignant et l'informer de ses droits et des possibilités de recours dont il dispose.
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre.	Oui	La Cellule de gestion des réclamations et des plaintes traite toutes les réclamations et/ou plaintes et ce, en relation avec la CRU. Après enquête auprès des professionnels concernés, une réponse argumentée est adressée au plaignant l'informant, si besoin est, de la mesure corrective apportée. Par ailleurs, la direction et/ou le surveillant général peuvent recevoir très rapidement un patient ou sa famille.
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	Les comptes-rendus des réunions trimestrielles de la CRU font état des données relatives aux plaintes et réclamations. L'établissement réalise et présente à la CRU un bilan annuel quantitatif et qualitatif des plaintes et réclamations. Les résultats des analyses sont détaillés par typologie et par service et portent également sur les délais de réponse. Les améliorations réalisées ou proposées sont également retracées dans le compte-rendu annuel de la CRU et examinées dans les réunions quadrimestrielles des revues de direction.

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

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

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

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



## CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

# PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées.	Oui	
Un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance est réalisé en lien avec la CRU.	Oui	
La promotion de la bientraitance est intégrée dans les projets de l'établissement (projet médical, projet de soins, projet social, etc.).	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'expression des patients et de leurs proches est favorisée.	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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont suivies et évaluées.	Oui	

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

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

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

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les mesures permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient sont identifiées.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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 - Court Séjour  
Accueil et accompagnement de l'entourage**

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

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

## Référence 10: La bientraitance et les droits

### Critère 10.e - Court Séjour

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

Cotation		
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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le respect des bonnes pratiques, en matière de préservation des libertés individuelles et de restriction de liberté, est évalué à périodicité définie, en lien avec les instances et structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRU, CME, CSIRMT, etc.).	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 - Court Séjour

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

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

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

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

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

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

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



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

### Critère 11.c - Court Séjour

#### Information du patient en cas de dommage lié aux soins

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

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 - Court Séjour**  
**Prise en charge de la douleur**



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement, en concertation avec le CLUD (ou équivalent).	Oui	L'établissement a défini une stratégie comportant la définition d'une politique, des objectifs, l'identification des prises en charge de la douleur et la définition de moyens. Cette stratégie est formalisée dans le règlement intérieur du CLUD. Elle est définie avec tous les acteurs concernés, notamment le CLUD, l'INTERCLUD et l'équipe opérationnelle douleur du groupe. Ces éléments permettent de déployer la stratégie de prise en charge de la douleur dans les différents secteurs de l'établissement.
Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.	Oui	Les protocoles sont définis pour les différentes prises en charge et réactualisés annuellement. Ils sont adaptés à la prévention des douleurs liées aux actes diagnostiques et aux traitements potentiellement douloureux et rédigés en associant les professionnels. L'accessibilité des protocoles est facilitée par la gestion documentaire informatisée et par leur intégration dans la partie informatisée du dossier patient.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	La formation tient compte de l'identification des besoins et des objectifs. Un programme et des supports de formation existent pour les formations faites en interne. Un programme de formation en e-learning est en cours de développement.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Oui	Une action d'éducation ciblée pour les patients devant bénéficier d'un traitement antalgique par PCA avec morphine est structurée. Il existe des documents d'information mis à disposition des patients. Des informations sur les modalités de prise en charge de la douleur sont données au patient lors de la consultation avec le praticien, au travers du livret d'accueil, du livret d'information du patient et de panneaux d'affichage. Une information spécifique sur la douleur chronique est déployée sur le site Internet de l'établissement.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Prise en charge de la douleur" et de sa valeur de 93 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [87 % - 98 %] pour la campagne de recueil 2011.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Une évaluation de la douleur est effectuée pour vérifier l'efficacité d'un traitement algique. Le traitement est ajusté en fonction de ces évaluations. Les modifications de traitement sont tracées dans le dossier patient.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les besoins en moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants sont identifiés. Des échelles spécifiques pour l'évaluation de la douleur de l'enfant, l'évaluation de la douleur postopératoire de l'adulte non communicant, l'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale et l'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale sont mises à disposition des professionnels.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

<p>Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions d'évaluation du niveau d'appropriation et d'utilisation des outils par les professionnels existent. Des audits de pratique et des audits de formation sont réalisés par le CLUD quadrimestriellement.</p>
<p>La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement recueille l'indicateur "Prise en charge de la douleur". Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation : item douleur dans le questionnaire de satisfaction du patient, questionnaire spécifique sur la prise en charge de la douleur et EPP sur la prise en charge de la douleur postopératoire par l'analgésie contrôlée par le patient.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en place.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions d'améliorations sont identifiées en cohérence avec les résultats des évaluations menées sur le plan institutionnel sur la qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur. Le suivi de leur mise en œuvre est organisé par le CLUD. Un plan d'actions est défini et formalisé dans le bilan du CLUD.</p>
<p>L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les actions de partage des informations, d'identification des acteurs locaux et des réseaux sont organisées avec l'INTERCLUD du groupe et avec le Réseau douleur régional PACA Ouest. Annuellement, l'établissement participe à l'analyse de la prise en charge de la douleur avec l'ensemble des établissements publics et privés de la région adhérant au réseau. Dans le cadre de la prise en charge de la douleur chronique et des soins palliatifs, l'établissement est membre de l'Association pour les soins palliatifs PACA.</p>

## Référence 13: La fin de vie

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



### Cotation

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Une organisation pour la prise en charge des patients dont l'état de santé justifie la mise en place d'une démarche palliative et/ou un accompagnement en fin de vie est opérationnelle par la définition de circuits et de protocoles adaptés et l'implication d'un groupe pluridisciplinaire de professionnels dans cette démarche. Cette organisation repose aussi sur le conventionnement avec l'Association pour les soins palliatifs PACA, réseau régional. Cette convention prévoit l'intervention d'une EMSP en cas de besoin.

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

Oui

L'établissement dispose d'un livret d'information patient visant à recueillir et à inscrire dans le dossier patient l'identité de la personne de confiance qu'il a désignée. Les volontés du patient relatives aux traitements et autres soins qui pourraient lui être délivrés en fin de vie sont tracées dans le dossier du patient. Le livret d'accueil informe le patient de la possibilité de rédiger ses directives anticipées. À sa demande, un document spécifique lui sera remis pour lui permettre de les rédiger. Ces directives sont retranscrites

	Oui	dans le dossier patient.
Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	Le livret d'accueil permet aux usagers d'être informés sur les dispositions de la loi du 22 avril 2005 relative à la limitation et à l'arrêt des traitements. Les documents "Droits et fin de vie et "Directives anticipées" sont consultables sur le site Internet de l'établissement. Une procédure "Annonce d'un diagnostic grave" est disponible.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	Oui	Les secteurs d'activité concernés définissent et mettent en œuvre des projets de prise en charge adaptés à la situation des patients qui reposent notamment sur une démarche de projet personnalisé de soins favorisant une réévaluation régulière des stratégies de soins envisagées en fonction de l'évolution de la maladie, d'un dispositif de soutien et d'accompagnement des proches, d'un dispositif de formation et de soutien des professionnels de santé et de la tenue de réunions pluriprofessionnelles. Ces projets personnalisés sont tracés dans le dossier du patient.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Les professionnels de santé fréquemment confrontés à des situations nécessitant la mise en œuvre de soins palliatifs bénéficient de dispositifs leur permettant de développer leurs compétences en soins palliatifs. Ces dispositifs consistent en une formation "Accompagnement du patient en fin de vie" organisée annuellement, en des participations à des colloques et conférences proposés par l'Espace éthique méditerranéen sous l'égide du Comité central national d'éthique.
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Les secteurs concernés par des prises en charge visant à préserver la qualité de vie des patients accueillis malgré l'évolution d'une affection potentiellement mortelle, organisent des réunions pluriprofessionnelles visant à

	Oui	réévaluer régulièrement les stratégies de soins mises en place, à inscrire les prises de décision dans un cadre collégial et à assurer la compréhension par tous des enjeux et des objectifs poursuivis par la mise en place d'une démarche palliative. La décision est tracée dans le dossier du patient. Ces réunions peuvent faire intervenir les membres de l'Association pour les soins palliatifs PACA.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	Les secteurs fréquemment concernés par des situations de fin de vie mettent en place des actions visant à éviter les situations d'épuisement professionnel, à soutenir psychologiquement les professionnels de santé confrontés à des prises en charge complexes et à contenir les situations d'une crise par l'intervention de la psychologue de l'établissement. Des entretiens individuels, des groupes de parole et des groupes de régulation d'équipe sont organisés pour les professionnels et animés par la psychologue.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	L'établissement met en œuvre un processus d'information des professionnels sur l'esprit et les dispositions de la loi du 22 avril 2005 avec des moyens de communication adaptés : document consultable sur le site Internet de l'établissement, informations dans le bulletin d'information interne et lors des commissions d'éthique et de la Commission du service de soins infirmiers.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'établissement a formalisé les conditions d'intervention de l'Association pour les soins palliatifs PACA. Si des demandes sont formulées par les patients, l'intervention d'autres associations dans les services est effective.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (Comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, commission de soins, etc.).	Oui	L'établissement a identifié les structures concernées par la prise en charge des patients dont l'état de santé nécessite la mise en œuvre d'une démarche palliative à savoir la CME, le CLUD, le CLAN, la Commission du service de soins infirmiers, la Commission d'éthique et des RMM.



	Oui	La concertation avec les instances concernées est organisée. Dans le cadre d'une évaluation de pratique professionnelle, l'établissement a évalué la qualité de la prise en charge des patients recevant des soins palliatifs. Des actions d'améliorations ont été mises en place.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	Des modalités de réflexion et de discussion sont aménagées au sein des secteurs confrontés aux décisions de poursuite, de limitation ou d'arrêt des traitements curatifs ou de suppléance vitale. La réflexion comporte une dimension pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Une évaluation des pratiques professionnelles sur la limitation ou l'arrêt des traitements a permis de mettre en place des formations spécifiques, une procédure et une brochure interne.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	Des actions d'améliorations sont identifiées en cohérence avec les résultats des réflexions menées dans les secteurs d'activité concernés et dans les différentes commissions. Leur mise en oeuvre et le suivi sont organisés dans les différentes commissions. La coordination est assurée quadrimestriellement lors des revues de direction.

## PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

## Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.	Oui	Hormis les services de réanimation et de soins continus, le dossier patient est composé d'un dossier "papier" et d'un dossier informatisé, appelé "suivi informatisé du patient" (SIP). Un guide d'utilisation du dossier SIP versus papier est formalisé par secteur d'activité. Les services de réanimation et de soins continus ont un dossier patient papier sans aucune composante informatisée. Un guide d'utilisation du dossier patient papier est formalisé et adapté à chaque service concerné. Tous ces guides sont consultables sur le site Internet de l'établissement.
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 aux dossiers ont fait l'objet de procédures définissant les modalités de circulation des dossiers. Ces procédures sont consultables sur le site Internet de l'établissement. Pour les services ayant le SIP, l'accès des données issues de consultations spécialisées ou d'hospitalisations antérieures est immédiat et direct. L'accès informatisé au SIP est sécurisé et maîtrisé.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Tenue du dossier patient" et de sa valeur de 89 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [87 % - 91 %] pour la campagne de recueil 2011.
La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.	Oui	<p>La procédure du circuit du dossier patient définit les modalités de communication du dossier avec les supports et modes de communication utilisés, les délais de communication du dossier, les règles d'accessibilité et de confidentialité.</p> <p>L'accès au SIP s'effectue par une clé USB biométrique personnelle à chaque utilisateur avec identification digitale et autorisation d'accès en lien avec la fonction.</p> <p>La communication des données du dossier avec les correspondants externes s'articule autour du courrier de sortie, des comptes-rendus d'hospitalisation ou opératoires et des fiches de liaison soignantes.</p> <p>L'investigation a marqué une divergence au regard de la valeur de l'indicateur « Hôpital numérique » associé.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Tenue du dossier patient". Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation : audits quadrimestriels sur la tenue du dossier patient, évaluations de la pratique professionnelle concernant la tenue du dossier anesthésique.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	<p>Des actions d'améliorations sont identifiées en cohérence avec les résultats des évaluations de la gestion du dossier patient.</p> <p>Elles sont pilotées par les commissions et instances concernées comme la CME, le CLUD, le COVIGERIS, le CSTH ou dans le cadre de réunions de services.</p> <p>La coordination et le suivi de leur mise en œuvre sont examinés quadrimestriellement en réunion de direction.</p> <p>Ce que confirme la valeur de l'indicateur « Hôpital numérique » associé en référence au seuil de progression au</p>

Oui	moment de la visite.
-----	----------------------

## Référence 14: Le dossier du patient

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



### Cotation

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

L'accès du patient à son dossier est organisé.

Oui

L'accès du patient à son dossier fait l'objet d'une procédure formalisée "Modalités d'accès aux informations du dossier patient". Un formulaire de traçabilité du suivi de la demande a été mis en place "Suivi de la demande d'informations ou de copie de dossier médical". Le suivi de la demande est assuré par le Département de l'information médicale (DIM) en concertation avec les médecins responsables du patient, le médecin DIM et la direction de la clinique. Toutes les étapes de la démarche sont tracées et tous les documents sont classés et archivés dans un dossier spécifique. La procédure prend en compte les cas spécifiques tels que les ayants droit, les demandes faites par un patient mineur, par un patient faisant l'objet d'une mesure de tutelle, etc.

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Le patient est informé du droit d'accès à son dossier ainsi que des modalités d'accès. Ces informations sont présentes dans le livret d'accueil du patient, sur les tableaux d'affichage situés à l'accueil ainsi que dans les services d'hospitalisation et également sur le site Internet de la

	Oui	clinique. L'espace professionnel réservé aux praticiens et au personnel de la clinique met à disposition de tous les informations sur ce sujet.
L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	Oui	La procédure "Modalités d'accès aux informations du dossier patient" intègre les éléments relatifs aux délais règlementaires à respecter. Le médecin DIM est la personne référente qui s'assure du bon respect des délais de transmission des données. Le formulaire "Suivi de la demande d'information ou de copie du dossier médical" permet la traçabilité du suivi des délais.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	L'établissement réalise un bilan trimestriel d'évaluation du suivi des demandes de communication des dossiers. Ces bilans sont communiqués à la CRU. Selon les résultats, des actions d'améliorations peuvent être réalisées.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	Les bilans et évaluations trimestriels concernant le suivi des demandes et des délais de communication sont adressés à la CRU. Le bilan annuel de la CRU, très complet, reprend l'ensemble des informations règlementaires, dont celles relatives aux demandes de dossiers et aux délais de transmission. Il inclut également les actions d'améliorations engagées.

## Référence 15: l'identification du patient

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



### Cotation

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

La direction a défini une politique d'identito-vigilance validée par la CME. Elle est encadrée par une Autorité de gestion de l'identité, cellule transversale aux établissements du groupe. L'identito-vigilance fait partie intégrante du COVIGERIS. Une Charte d'identification ainsi qu'une cartographie des risques liés à l'identito-vigilance ont été formalisées et un référent nommé. Une organisation permet de garantir la fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Ce que confirme la valeur des indicateurs « Hôpital numérique » associés en référence au seuil de progression au moment de la visite.

#### 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

Les responsables de secteurs d'activité ont suivi des formations spécifiques à l'identito-vigilance et ont sensibilisé l'ensemble du personnel administratif et soignant. Au sein de toutes les procédures de l'établissement, les situations nécessitant une attention particulière en matière d'identito-vigilance sont soulignées



	Oui	par un logo spécifique. Il existe un support commun de formation et d'évaluation des personnels, utilisé par le référent identito-vigilance. L'établissement sensibilise également son personnel par le bulletin d'information interne et des affiches. Les documents et comptes-rendus de l'AGI sont disponibles sur le site Internet de la clinique.
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Les procédures administratives décrivent les modalités de vérification de l'identité du patient pour chaque secteur. L'identification du patient est assurée lors de la pré-admission, puis à l'admission au moyen d'un document officiel d'identité. Lors de l'admission, il est attribué au patient un numéro d'identifiant permanent et unique (NIP).
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	Lors de l'admission dans le service de soins par le personnel soignant, un nouveau contrôle oral est réalisé permettant le rapprochement avec le document officiel d'identité. Pour garantir l'identification des patients dans le respect de la confidentialité, la pose systématique d'un bracelet d'identification est effectuée dès l'entrée dans le service d'hospitalisation. Ce bracelet est conservé par le patient durant toute la durée du séjour. Par la suite, lors des transferts internes, notamment du passage au bloc opératoire, le personnel soignant réalise un contrôle oral par une question ouverte (nom, prénom, date de naissance) renforcé par la vérification du bracelet. Cependant, l'EV a pu constater lors de sa visite en service de médecine que ce contrôle n'était pas tracé.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.	Oui	Des audits de pratique et des audits de connaissance portant sur l'identito-vigilance sont réalisés tous les quadrimestres par le référent. Les résultats sont analysés en COVIGERIS et présentés en revue de direction. En octobre 2012, un Comité de retour d'expériences est venu compléter ce dispositif. Les résultats tirés de ces audits peuvent, si nécessaire, déboucher sur des actions d'améliorations mises en oeuvre.

## PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de prise en charge.	Oui	

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

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

### Critère 17.a - Court Séjour

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé, et prend en compte l'ensemble de ses besoins.	Oui	
L'organisation des prises en charge en fonction des objectifs de soins permet aux patients hospitalisés sans consentement et aux détenus l'accès aux activités thérapeutiques.	NA	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	Oui	
Un projet de soins 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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.*

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

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



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

### Critère 18.a - Court Séjour

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

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

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - Personnes âgées

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

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

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

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	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.*

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

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	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.*

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - Personnes démunies

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

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - Personnes détenues

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

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

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

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



## Référence 19: Les prises en charge particulières

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



Cotation		A
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.	Oui	
Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Dépistage des troubles nutritionnels" et de sa valeur de 94 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [88 % - 99 %] pour la campagne 2011.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Dépistage des troubles nutritionnels". Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation, telles que des audits mensuels "Poids" et "IMC" ainsi qu'une EPP concernant la "Pertinence de la voie parentérale pour les prescriptions de nutrition".
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.d Hospitalisation sans consentement

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

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

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

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



**Cotation**

A

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

Le projet d'établissement comporte une politique du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. La mise en œuvre de cette politique se fait au travers d'une instance émanant de la CME multidisciplinaire, organisée et structurée qui se réunit trois fois par an : la COMEDIMS. Cette Commission coordonne et uniformise les politiques des établissements du groupe auquel appartient la clinique. Le programme d'actions de la COMEDIMS couvre :

- la gestion des médicaments, y compris gaz médicaux ;
- la gestion des dispositifs médicaux stériles ;
- la définition des médicaments et des patients à risques ;
- le respect de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse ;
- la participation à la formation en matière d'erreur médicamenteuse ;
- le respect des engagements du contrat de bon usage et de la réglementation ;
- l'informatisation.

	Oui	
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 comporte, à travers un outil informatique de suivi informatisé du patient (SIP), la prescription et la traçabilité de l'administration. Le SIP est intégré dans le schéma directeur du système informatique. Tous les secteurs d'activité sont concernés par le SIP, sauf les unités de réanimation et de soins continus pour lesquelles est prévue une informatisation de la prise en charge médicamenteuse spécifique.
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 d'aide à la prescription et à l'analyse pharmaceutique, ainsi qu'à l'administration des médicaments sont intégrés dans le logiciel du suivi informatisé du patient telle une banque de données, accessible et consultable par tous les praticiens et soignants dans le cadre de l'accès au SIP dans chaque unité de soins. D'autres outils y sont associés tels qu'un guide d'utilisation du SIP (suivi informatisé du patient) en ligne sur les sites Internet de l'établissement, un livret thérapeutique mis à jour une fois par an lors de la réunion de la Commission locale du livret thérapeutique, des protocoles d'antibioprophylaxie et le guide du nouveau prescripteur. Les procédures sont validées par la direction générale et mises en ligne sur le site Internet de la clinique et/ou à disposition des professionnels dans les services.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	La sensibilisation et la formation sont mises en œuvre par l'établissement : - réalisation en collaboration avec l'ARS d'un diaporama mis en ligne sur le site Internet de la clinique ; - diffusion de la plaquette ARS « Prévenir et déclarer les erreurs médicamenteuses » accompagnée de sessions de



	Oui	<p>formations ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- création d'un outil sous forme de e-learning pour l'ensemble du personnel soignant ;</li> <li>- bulletin d'information interne de la clinique ;</li> <li>- mise à jour du site Internet (veille réglementaire, etc.) ;</li> <li>- diffusion des notes d'information ;</li> <li>- enquête sur la connaissance du CBU réalisée par la PUI dans tous les services.</li> </ul>
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	En grande partie	<p>L'informatisation de la prescription et de la traçabilité de l'administration est déployée quasiment dans toutes les unités de soins.</p> <p>Le taux de lits et places avec prescription informatisée et traçabilité de l'administration est de 90 % (rapport CBUM).</p> <p>Les services non concernés par le SIP (unités de réanimation et de soins continus) ont déployé des solutions informatiques différentes.</p> <p>Ce que confirme la valeur de l'indicateur « Hôpital numérique » associé en référence au seuil de progression au moment de la visite.</p>
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Oui	<p>La COMEDIMS élabore des plans d'actions suivis qui contiennent des indicateurs. Ce plan d'actions comporte :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- des audits relatifs au chapitre « Politique de bon usage » demandés dans le cadre du CBU selon la méthodologie régionale ;</li> <li>- des audits IPAQSS ;</li> <li>- des enquêtes « PUI - Mesure de la satisfaction et écoute des services de soins » ;</li> <li>- des enquêtes « Connaissance CBU » ;</li> <li>- plusieurs enquêtes de pertinence concernant l'utilisation des PSL, l'antibiothérapie en réanimation et l'évaluation de l'alimentation parentérale.</li> </ul>

<p>Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le recueil des événements indésirables, en lien avec les erreurs médicamenteuses, est effectué par la Cellule de vigilance selon des modalités définies. Un CREX (Comité de retour d'expériences) médicament et la RMM permettent de recueillir d'autres erreurs médicamenteuses.</p> <p>L'analyse approfondie des événements indésirables médicamenteux est réalisée par le directeur, responsable vigilances et son équipe en lien avec les personnels.</p>
<p>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.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le traitement d'un dysfonctionnement est réalisé par l'ouverture d'une fiche d'écart, selon la gravité et/ou de la récurrence du dysfonctionnement ou de la nécessité de planifier plusieurs actions. Une analyse de causes du dysfonctionnement doit être réalisée a minima à partir de la méthode des 5M.</p> <p>Le CREX met en œuvre des actions d'améliorations sur les événements porteurs de risques.</p> <p>La rétro-information aux professionnels est réalisée.</p>

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.	Oui	<p>La prescription des traitements est effectuée sur le SIP (suivi informatisé du patient) avec identification par clef biométrique. Une procédure « Prescription/administration » définit les modalités d'utilisation des supports de prescription et d'administration en vigueur dans l'établissement et ceux intégrés dans le SIP. Un document de formation à l'attention des prescripteurs a été édité par la société ayant créé le logiciel. Ce document est accessible sur le site Internet de la clinique. Un logiciel de prescription spécifique et informatisé est également en place dans les services d'oncologie (logiciel Oncobaze). Les unités de réanimation et de surveillance continue ont développé une prescription informatisée sur mesure.</p>
La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.	En grande partie	<p>L'établissement a défini des règles permettant d'assurer la continuité du traitement médicamenteux dans une procédure « Prescription/administration ».</p> <p>Le livret d'accueil et le livret d'information du patient</p>

	En grande partie	<p>comportent des explications sur la gestion des traitements personnels à l'entrée du patient.</p> <p>Le logiciel de suivi informatisé du patient (SIP) permet la continuité des soins de la consultation du praticien jusqu'à la sortie du patient en prenant en charge la prescription et le recueil du traitement personnel jusqu'à l'ordonnance de sortie. De même que le logiciel prévu pour les unités de réanimation et de soins continus.</p> <p>Cependant, à la sortie, il n'existe pas de procédure sur la conciliation entre le traitement antérieur et le traitement reçu pendant l'hospitalisation.</p>
Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.	Oui	<p>L'accès des pharmaciens et des préparateurs au logiciel de prescription est sécurisé par une clé biométrique ou un code.</p> <p>Le service pharmacie a accès à la prescription nominative informatisée du patient. Au moment de l'analyse pharmaceutique, le pharmacien a accès à l'intégralité du traitement du patient (y compris au traitement personnel) ainsi qu'aux données cliniques et biologiques qui lui permettent l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance.</p> <p>Dans le SIP, le service pharmacie a accès aux banques de données qui lui permettent de rechercher des informations pharmaceutiques.</p> <p>La dispensation des médicaments est effectuée par un pharmacien ou, sous sa responsabilité, par un préparateur en pharmacie en présence effective d'un pharmacien.</p> <p>Les médicaments en délivrance nominative individuelle font l'objet d'une double vérification de concordance entre médicament prescrit et médicament prêt à être délivré. Ceux-ci sont délivrés dans un conditionnement individualisé par patient.</p> <p>Si, lors de la délivrance, le service pharmacie émet des commentaires ou conseils sur les traitements délivrés (exemple : substitution, délivrance d'un générique, délivrance d'un dosage différent de celui noté sur la prescription, précautions, etc.), ceux-ci seront portés sur la copie de la prescription nominative informatisée. Ce</p>

	Oui	document annoté est faxé au service et conservé dans le dossier patient. Le transport des produits pharmaceutiques se fait dans des conteneurs clos jusqu'à la salle de soins. La dotation pour besoins urgents fait l'objet d'une organisation formalisée.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	Une procédure « Prescription/administration » définit les modalités d'administration en vigueur dans l'établissement et ceux intégrés dans le SIP. La traçabilité informatique est organisée avec une identification par clef biométrique des infirmières. Les médicaments sont administrés par des infirmiers diplômés d'État ou les praticiens. Un document de formation à l'attention des soignants a été édité par la société ayant créé le logiciel. Ce document est accessible sur le site Internet de la clinique. Le logiciel SIP donne toutes les informations nécessaires à l'administration. Des protocoles d'administration et de surveillance sont intégrés dans le logiciel SIP. Des protocoles sont également prévus pour les dossiers pharmaceutiques informatisés hors SIP.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	Compte tenu de la valeur du critère "Rédaction des prescriptions pendant l'hospitalisation", de l'indicateur "Tenue du dossier" et de sa valeur de 81 % pour la campagne de recueil 2011.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	L'analyse pharmaceutique est effectuée du fait de l'accès des pharmaciens à la prescription nominative qui couvre l'ensemble des patients et des traitements prescrits. La délivrance nominative, sur plusieurs jours, est effective pour les médicaments à délivrance nominative. Les dotations pour besoins urgents sont stockées dans les services.

<p>Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).</p>	<p>Oui</p>	<p>La préparation des médicaments cytotoxiques est centralisée au sein d'une URCC (unité de reconstitution centralisée des cytotoxiques) autorisée par l'ARS, située au sein du service d'oncologie où a lieu l'administration de ces traitements. Elle est effectuée dans le respect des bonnes pratiques de fabrication par un préparateur en pharmacie formé, assisté par un infirmier du service d'oncologie, sous la responsabilité d'un pharmacien. Le transport des médicaments cytotoxiques vers l'URCC est assuré par la PUI dans un emballage spécifique clos.</p>
<p>Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Les situations nécessitant une information des patients n'ont pas été définies. De ce fait, une information directe et adaptée n'est pas toujours fournie au patient. La traçabilité de l'information n'est pas systématique. Cependant, il existe des plaquettes d'information pour divers médicaments (anticoagulants) et pour les patients âgés.</p>
<p>La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le logiciel de prescription/administration permet l'enregistrement, en temps réel, de toute administration de médicaments. La traçabilité informatique est organisée après une identification par clef biométrique. Les médicaments sont administrés par des infirmiers diplômés d'État ou les praticiens. Un document de formation à l'attention des soignants a été édité par la société ayant créé le logiciel. Ce document est accessible sur le site Internet de la clinique. Le logiciel donne toutes les informations nécessaires à l'administration. Des protocoles d'administration et de surveillance sont intégrés dans le logiciel. Des protocoles sont également prévus pour les dossiers pharmaceutiques informatisés hors SIP.</p>
<p><b>E3 Evaluer et améliorer</b></p>	<p><b>Réponses aux EA</b></p>	<p><b>Constats</b></p>

<p>Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement évalue les objectifs prévus au CBU selon le guide régional d'audits. Sont réalisés, chaque année, dans le cadre du chapitre « Politique du bon usage », des audits de pratique (dispensation et traitement personnel du patient ; composition des armoires à pharmacie et des chariots d'urgence) et des audits sur dossier relatifs au circuit du médicament (prescription et administration). Une grille de recueil spécifique est prévue pour chaque audit et permet de générer de façon automatique un bilan des résultats. Ces bilans sont transmis avec le rapport d'étape annuel. Pour les objectifs relatifs aux chimiothérapies, une grille de recueil spécifique est également réalisée.</p>
<p>Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions visant le bon usage des médicaments sont réalisées : EPP sur la pertinence d'utilisation des PSL, des antibiotiques en réanimation et de l'alimentation parentérale ; recensement par le CBU des actions de bon usage mises en place et demandées chaque année dans le rapport d'étape ; améliorations issues de l'analyse des événements indésirables. Ces actions sont réalisées en lien avec les services concernés.</p>

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

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



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

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

### Critère 21.a - Court Séjour

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

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

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

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

### Critère 21.b Démarche qualité en laboratoire de biologie médicale

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

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

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

### Critère 22.a - Court Séjour

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des règles de fonctionnement sont définies, en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les secteurs d'imagerie (y compris externalisés).	Oui	
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen d'imagerie médicale.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à 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.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.	Oui	

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

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

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

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

**Référence 23: l'éducation thérapeutique à destination du patient et de son entourage****Critère 23.a - Court Séjour  
Éducation thérapeutique du patient**

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'offre de programmes d'éducation thérapeutique, au sein de l'établissement et au sein du territoire de santé, est identifiée.	Oui	
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	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	Oui	



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

## Référence 24: La sortie du patient

### Critère 24.a - Court Séjour 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	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation" et de sa valeur de 93 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [87 % - 98 %] pour la campagne de recueil 2011.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation". Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation telles que des questionnaires de satisfaction adressés aux médecins correspondants, portant notamment sur les délais de réception du compte-rendu d'hospitalisation.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

## PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

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

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



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

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

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

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

### Critère 26.a Organisation du bloc opératoire



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

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
<p>Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les processus à risques du bloc opératoire ont été identifiés pour chaque type de prise en charge à partir d'une cartographie de processus : hospitalisation complète, chirurgie ambulatoire, urgences immédiates et urgences différées.</p> <p>Le processus interventionnel est maîtrisé : arrivée du patient, induction de l'anesthésie, acte opératoire, surveillance postopératoire, remise en l'état de la salle.</p> <p>Le processus support est maîtrisé : gestion des ressources humaines, de l'information, de la pharmacie, du linge, des transports intra-établissement ou extérieurs, des achats et de l'immobilier.</p> <p>Le programme d'actions préventives et de surveillance est établi dans le cadre des revues quadrimestrielles de direction à partir d'objectifs définis avec la direction et d'indicateurs de suivi.</p>
<p>Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place (elle comprend l'ensemble des dimensions, y compris la gestion des locaux et des</p>	<p>Oui</p>	<p>La démarche qualité est en place. Elle s'est structurée à partir de la cartographie du processus. Elle comprend l'engagement de la direction et des médecins, l'existence d'un système documentaire entretenu, le management, la</p>

équipements).	Oui	formation, la formation d'intégration des nouveaux arrivants, la gestion des événements indésirables, les outils de suivi et d'évaluation en vue des actions d'améliorations.
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.	Oui	Une Charte de fonctionnement est définie et validée par le Conseil de bloc. Elle est signée par tous les praticiens. Ce document précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge et établit les responsabilités et les modalités d'élaboration et de régulation des programmes opératoires.
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé entre le bloc opératoire, les secteurs d'activité clinique, médico-technique, technique et logistique.	Oui	Une organisation est en place pour assurer la coordination entre les différents secteurs et les différents professionnels sur la prise en charge péri-opératoire. L'établissement recueille l'indicateur "Tenue du dossier d'anesthésie" avec une valeur de 85 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [81 % - 88 %] pour la campagne de recueil 2011. L'établissement a défini et mis en œuvre un plan d'actions associé à l'indicateur.
Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.	Oui	Il existe un système d'information au bloc opératoire qui permet la gestion des soins. Des modalités d'intégration au système d'information de l'établissement sont définies. Ce que confirme la valeur de l'indicateur « Hôpital numérique » associé en référence au seuil de progression au moment de la visite.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un responsable régule les activités du bloc opératoire afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	Oui	L'activité de régulation du bloc est assurée. Un responsable, cadre de santé, est identifié. Le respect du programme fait l'objet d'un suivi. Les dysfonctionnements sont identifiés et traités.
La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en oeuvre pour toute intervention de l'équipe opératoire.	Oui	La check-list "Sécurité du patient au bloc opératoire" est mise en place. Elle est utilisée et intégrée au dossier du patient. Elle prévoit les modalités de traçabilité de la vérification.



La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes, incluant les vérifications effectuées, est assurée.	En grande partie	Le cahier du bloc opératoire permet d'assurer la traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des dispositifs médicaux stériles, des actes effectués et des différents intervenants pour chaque intervention. Cependant, la traçabilité dans le dossier patient n'est pas systématique.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	Oui	Les professionnels disposent d'un système qualité spécifique élaboré à partir de recommandations de bonne pratique. Ce système est évalué annuellement. Il est disponible sur le site Internet de l'établissement.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficience, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est assuré, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	Il existe un tableau de bord d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs. L'analyse des indicateurs et des fiches d'événements indésirables donnent lieu à des actions d'améliorations. Les événements indésirables graves font l'objet d'un suivi lors des revues de direction quadrimestrielles. Le retour d'expériences est organisé. Un plan d'améliorations défini est mis en oeuvre.

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

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



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

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

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

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



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

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

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

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.	Oui	Les processus à risques en endoscopie sont identifiés à partir d'une cartographie de processus. Le programme d'actions préventives est en place : il intègre notamment la réglementation et les check-lists "Sécurité". Il est établi dans le cadre des revues de direction quadrimestrielles à partir d'objectifs définis avec la direction et d'indicateurs de suivi.
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.	Oui	La démarche qualité est en place. Elle s'est structurée à partir de la cartographie du processus. Elle inclut l'engagement de la direction, l'existence d'un système documentaire entretenu, l'organisation du secteur, les ressources humaines, la gestion des installations, endoscopes et autres matériels, la prise en charge du patient et son suivi, la gestion des risques ainsi que l'information du patient en cas de dommage associé aux soins et les outils de suivi et d'évaluation.

L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.	Oui	Des modalités d'échanges d'informations avec les différents intervenants dans la prise en charge du patient sont en place : fiche de réservation prévisionnelle, fiche de liaison entre les services de soins et le service d'endoscopie, utilisation de la check-list, procédures et différents supports de traçabilité.
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	Oui	Le système d'information du secteur est intégré au système de l'établissement pour la gestion des rendez-vous et par l'intermédiaire du suivi informatisé du patient avec notamment les prescriptions médicales.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un responsable identifié régule les activités, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	Oui	Le cadre de santé responsable de la régulation des activités est identifié. Il élabore le planning des patients compte tenu de critères précis pour les actes programmés et les urgences. Il dispose d'outils de suivi.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	Oui	Le secteur dispose d'un système documentaire spécifique élaboré à partir de recommandations de bonne pratique, de documents de référence nationaux et internationaux, actualisés et validés tels que la check-list "Sécurité". L'ensemble du système documentaire est disponible sur le site Internet de l'établissement. Il est évalué annuellement.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	En grande partie	Les professionnels concernés assurent la traçabilité respective des DMI, des actes d'endoscopie et des vérifications effectuées dans le cadre de la check-list "Sécurité" validée. Le cahier d'endoscopie permet la traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des dispositifs médicaux stériles. La traçabilité n'est pas systématique dans le dossier patient.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un recueil et une analyse des événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	Oui	Il existe un dispositif de déclaration et d'analyse des événements indésirables et des événements porteurs de risques associés aux soins. Une présentation et une analyse des événements indésirables graves de ce secteur sont exposées et suivies en réunion de direction et selon leur

	Oui	nature en RMM. Le retour d'expériences est organisé et opérationnel.
La réalisation d'audits et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	Oui	L'établissement a mis en place des audits réguliers de pratique comme le respect du protocole des tenues professionnelles, le bionettoyage, la check-list et la désinfection des endoscopes. Les actions d'améliorations de la qualité définies à la suite des différentes évaluations sont mises en œuvre. Ces actions ainsi que des indicateurs quantitatifs et qualitatifs sont suivis en revue de direction.



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

### Critère 26.c

#### Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique

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

<b>Cotation</b>	A	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement a formalisé sa participation aux activités ou à un réseau de prélèvement d'organes et de tissus.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique, et sont formés, notamment en matière d'information des familles.	Oui	
Dans les établissements autorisés, les bonnes pratiques de prélèvement sont mises en oeuvre.	NA	La Clinique Vert Coteau ne dispose pas d'autorisation pour réaliser des prélèvements d'organes et de tissus.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

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

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

## PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

## Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28.a

#### Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles



Cotation		
A		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique ou médico-technique organisent la mise en oeuvre des démarches d'EPP.	Oui	
Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.	Oui	
Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.	Oui	Compte tenu de la valeur moyenne de 100 % de l'indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire » pour la campagne de recueil 2011.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mettent en oeuvre des démarches d'EPP.	Oui	

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

## Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28.b Pertinence des soins

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

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



## Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

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



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

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

## 6.INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## Les indicateurs généralisés actuellement recueillis

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

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

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_493937/ipaqs-indicateurs-pour-l-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-](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.

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

### Référence Nationale

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

Libellé indicateur	Année 2009				Année 2010				Année 2011				Année 2012			
	Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire :			
	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.
Tenue du dossier patient (score sur 100)	58 [54 - 62]		(-)	↘	72 [69 - 75]		(-)	NA	89 [87 - 91]		(+)	↗				
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (%)	3% [0% - 6%]		(-)	→	3% [0% - 6%]		(-)	→	93% [87% - 98%]		(+)	↗				
Traçabilité de l'évaluation la douleur (%)	31% [21% - 41%]		(-)	→	78% [68% - 87%]		(=)	↗	93% [87% - 98%]		(+)	→				
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 (%)	44% [33% - 55%]		(-)	↗	80% [71% - 89%]		(=)	↗	94% [88% - 99%]		(+)	→				

## Résultats des indicateurs de qualité Dossier d'anesthésie - Champ MCO

### Référence Nationale


Libellé indicateur	Année 2009			Année 2010			Année 2011			Année 2012		
	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre
	Nb d'ES	Valeur		Nb d'ES	Valeur		Nb d'ES	Valeur		Nb d'ES	Valeur	
Tenue du dossier d'anesthésie (score sur 100)	1015	75	NA	1012	80	80	1004	84	80			

Libellé indicateur	Année 2009				Année 2010				Année 2011				Année 2012			
	Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire :			
	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.
Tenue du dossier d'anesthésie (score sur 100)	55 [51 - 60]		NA	↗	64 [59 - 68]		(-)	→	85 [81 - 88]		(+)	↗				

**Résultats des indicateurs de qualité  
Réunion de concertation pluridisciplinaire - Champ MCO**

**Référence Nationale**

Libellé indicateur	Année 2011			Année 2012			Année 2013		
	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre
	Nb d'ES	Valeur		Nb d'ES	Valeur		Nb d'ES	Valeur	
Niveau 2 - la trace d'une réunion de concertation pluridisciplinaire datée, comportant la proposition de prise en charge et réalisée avec au moins trois professionnels de spécialités différentes est retrouvée dans le dossier du patient (RCP 2) (%)	656	70%	80%						

Libellé indicateur	Année 2011				Année 2012				Année 2013			
	Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire :				Recueil obligatoire :			
	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.
Niveau 2 - la trace d'une réunion de concertation pluridisciplinaire datée, comportant la proposition de prise en charge et réalisée avec au moins trois professionnels de spécialités différentes est retrouvée dans le dossier du patient (RCP 2) (%)	100% [100% - 100%]		(+)	Effectif <= 30								

## 7.BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE



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

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Circuit du médicament	ARS	10.02.2012	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Procès verbal de visite de conformité d'une installation de chirurgie esthétique
Stérilisation des dispositifs médicaux	ARS	10.02.2012	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Procès verbal de visite de conformité d'une installation de chirurgie esthétique
Désinfection des dispositifs médicaux	Aucun contrôle réalisé		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Laboratoires d'analyses de biologie médicale	Non concerné		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infrastructures	Gaz et combustibles : APAVE	05.03.2012	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Chaufferie : APAVE	05.03.2012	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ascenseurs : APAVE	25.10.2012	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Portes automatiques : SNAF	05.12.2012	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Gaz médicaux : APAVE	05.03.2012	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Autoclaves COLUSSI	28.11.2012	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



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	
Prévention des risques liés à l'inhalation de poussière d'amiante	ARS	19.04.2012	<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
/	/	/

COMMENTAIRES DE L'ÉTABLISSEMENT
/