



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

A thick, dark blue curved line that starts on the left side of the page, dips down in the middle, and then rises back up towards the right side.

RAPPORT DE CERTIFICATION V2010

CLINIQUE DE CHAMPAGNE

4 rue chaim soutine B.p. 3044 - 10012 - Troyes

SEPTEMBRE 2013

SOMMAIRE

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

5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	27
CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	29
PARTIE 1. Management stratégique	30
PARTIE 2. Management des ressources	55
PARTIE 3. Management de la qualité et de la sécurité des soins	96
CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT	122
PARTIE 1. Droits et place des patients	123
PARTIE 2. Gestion des données du patient	147
PARTIE 3. Parcours du patient	156
PARTIE 4. Prises en charge spécifiques	204
PARTIE 5. Evaluation des pratiques professionnelles	220
6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	227
7. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE	229

PREAMBULE

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

1. Les objectifs de la certification des établissements de santé

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

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

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

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

Elle ne note pas les professionnels de santé.

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

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

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

2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

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

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

Les décisions et les rapports de certification sont tous rendus publics sur le site internet de la Haute Autorité de Santé, <http://www.has-sante.fr>. Il revient aux établissements de santé d'en assurer la plus large publicité en interne et en externe, (notamment par le biais de leur site internet).

L'arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé dispose que le livret d'accueil doit indiquer les conditions de mise à disposition des personnes hospitalisées d'une information sur les résultats des différentes procédures d'évaluation de la qualité des soins, dont le rapport de certification.

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

1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

CLINIQUE DE CHAMPAGNE

Adresse : 4 rue chaim soutine B.p. 3044
10012 Troyes AUBE

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	84	0	0

Nombre de sites.:	Un site
Activités principales.:	Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO)
Activités de soins soumises à autorisation.:	Activité de médecine Activité de chirurgie Activité de chirurgie esthétique
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	Autorité de Sureté Nucléaire (ASN) soustraité à C2I santé pour : - IRM ingena 1,5 tesla - Scanner ingenuity CT Laboratoire d'analyse BIOLAVI

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	- Convention avec le laboratoire BIOLAVI - Convention avec la Polyclinique de Courlancy à Reims (MCO et oncologie) - Convention avec le Centre Hospitalier de Troyes (Néonatalité, réanimation et soins palliatifs) - Convention avec les centres de rééducations de PASTEUR et des ASCLEPIADES - Convention avec la HAD de la mutualité de l'Aube - Convention avec le Centre Hospitalier de Troyes en cancérologie et en chimiothérapie
Regroupement/Fusion.:	/
Arrêt et fermeture d'activité.:	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	Chimiothérapie

2.DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1.Niveau de certification

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

Décisions

RESERVE(S)

5.c (Gestion documentaire) .

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

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

RECOMMANDATION(S)

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

8.f (Gestion des évènements indésirables) .

14.a Court Séjour (Gestion du dossier du patient) .

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

- Sécurité incendie
- Sécurité électrique
- Hygiène alimentaire

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 26/03/2013 au 29/03/2013.

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

MANAGEMENT STRATÉGIQUE

1.a, 1.b, 1.c, 1.f, 2.e

MANAGEMENT DES RESSOURCES

5.c, 7.b, 7.c, 7.e

MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

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

DROITS ET PLACE DES PATIENTS

10.a Court Séjour, 10.e Court Séjour, 11.a Court Séjour, 11.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, 18.b Court Séjour, 19.b Court Séjour, 20.a Court Séjour, 20.a bis Court Séjour, 20.b Court Séjour, 22.b, 24.a Court Séjour

PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

26.a, 26.b Endoscopie, 26.c, 27.a

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

28.a, 28.b, 28.c

5.Suvi de la décision

L'établissement devra produire un rapport de suivi dans un délai de 12 mois sur l'ensemble de ses réserves. L'établissement a la possibilité de lever tout ou partie de ses recommandations par le biais de ce rapport de suivi. S'il ne souhaite pas ou n'a pas la possibilité de lever les recommandations dont il fait l'objet, il devra fournir dans le même délai à la Haute Autorité de Santé un plan d'actions avec échéancier.

3.PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS

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

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

Ensemble des thématiques du manuel

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

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

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

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

Pratiques exigibles prioritaires

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

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

Ces pratiques exigibles prioritaires concernent les critères suivants :

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

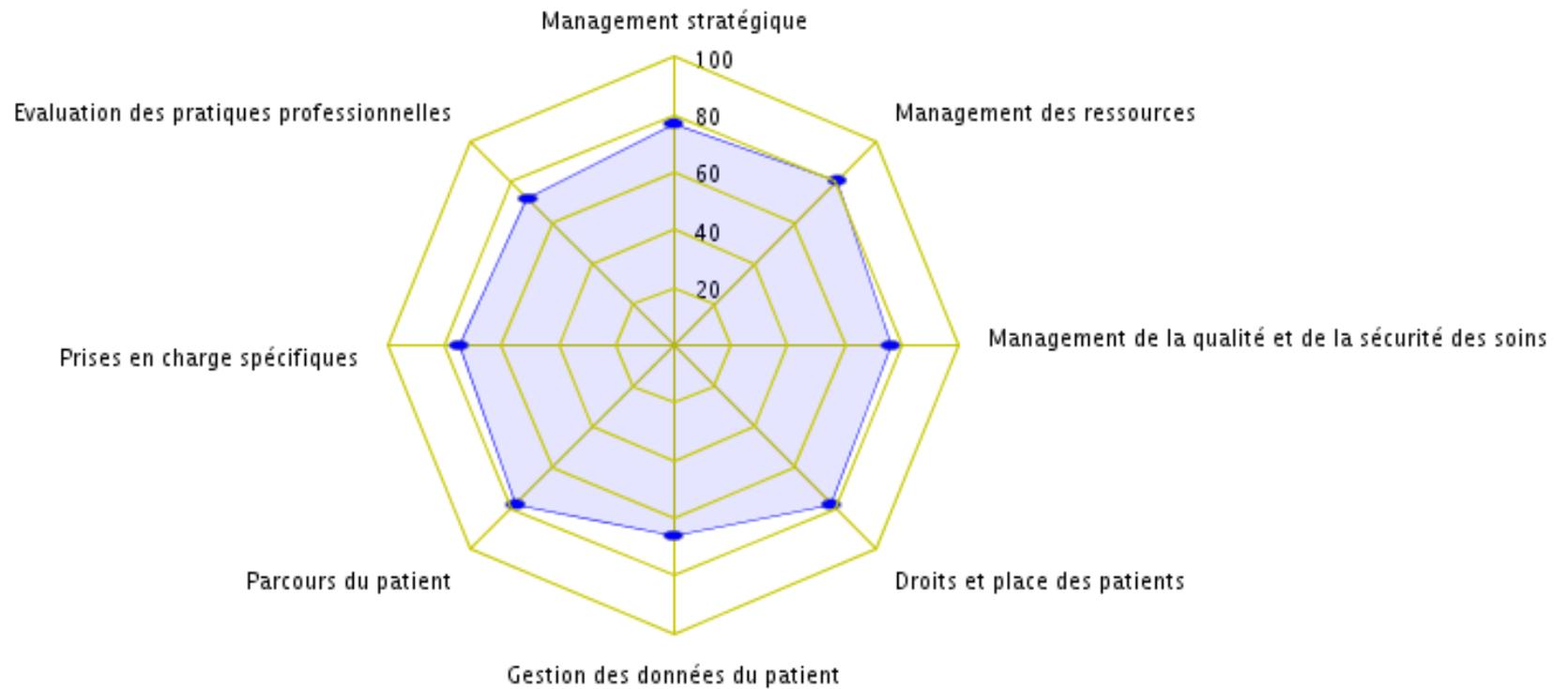
Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement.

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

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

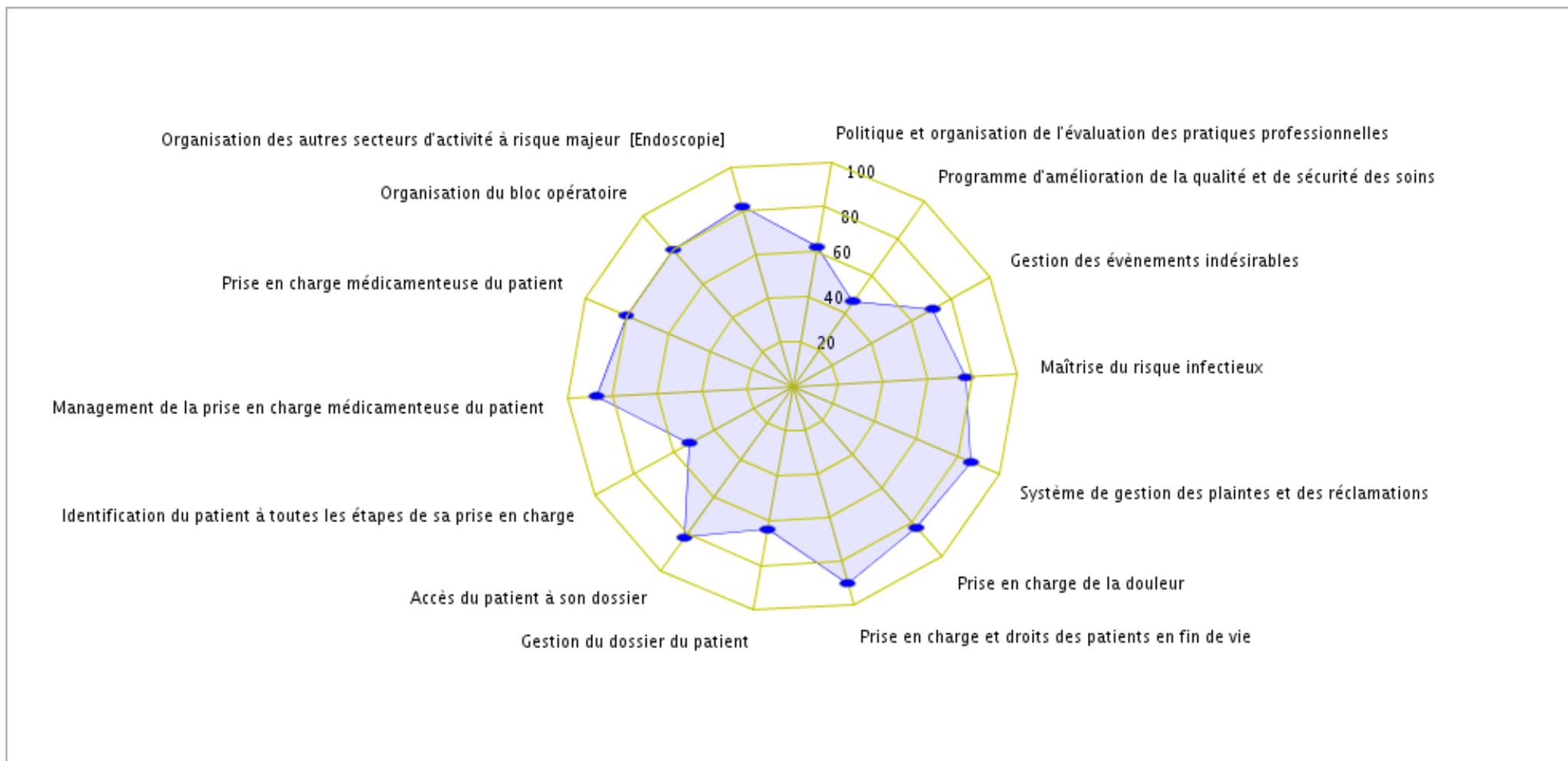
- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (10a),
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b),
- Respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c),
- Accueil et accompagnement de l'entourage (10d),
- Information du patient sur son état de santé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

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

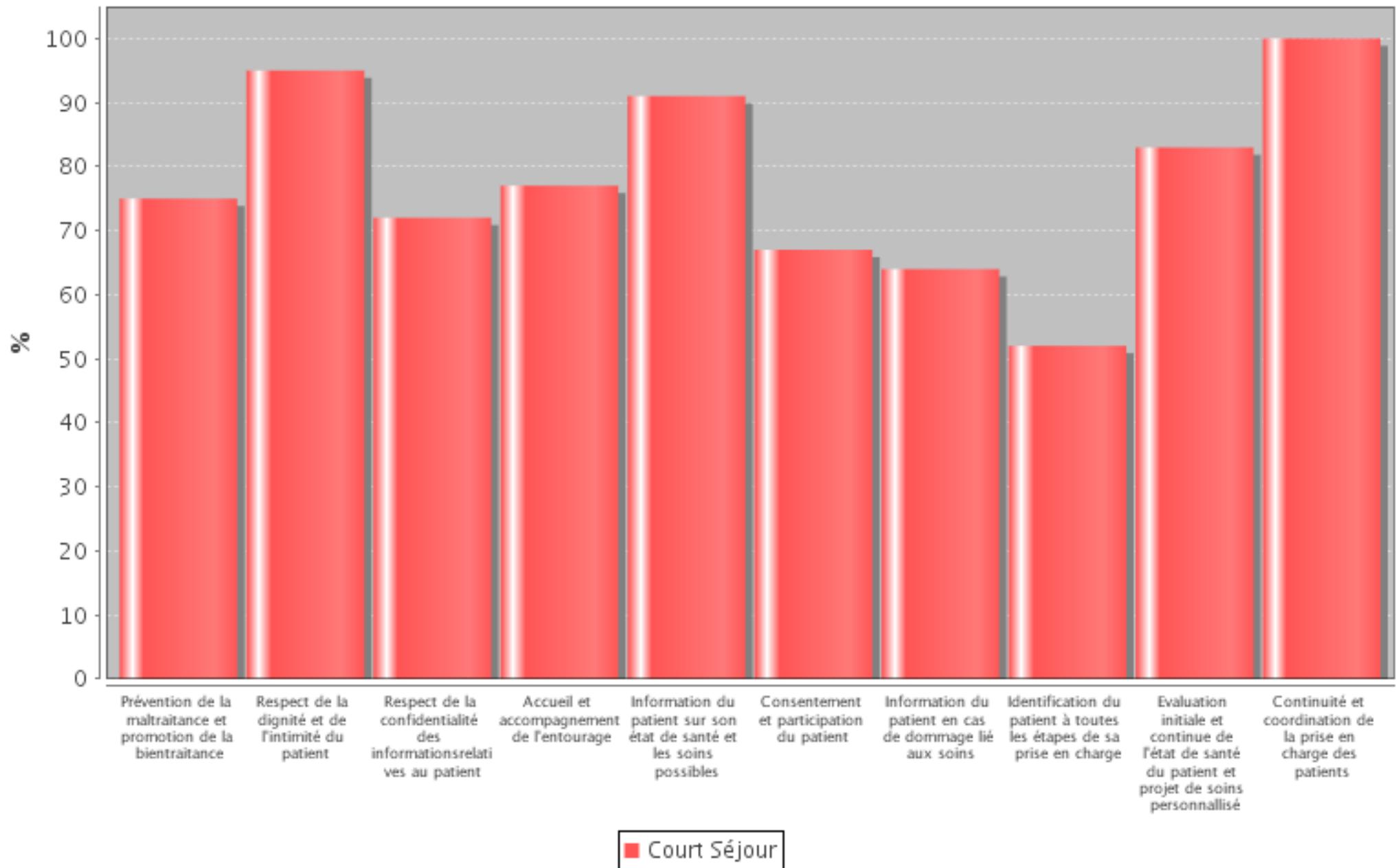


Les libellés des points fort (> 90%) sont en rouge.

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



3. Regard patient



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

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
24c MCO (La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient.).	Type 1	En cours	La réflexion bénéfice-risque est intégrée dans le projet thérapeutique en anesthésie. Pour les interventions chirurgicales, chaque praticien informe le patient et lui remet un document qui reprend les recommandations des sociétés savantes. En maternité, la réflexion bénéfice risque est en cours d'intégration.

5.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les orientations stratégiques sont élaborées en concertation avec les parties prenantes en interne et en externe.

En grande partie

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

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.	En grande partie	
Les valeurs et les missions de l'établissement sont communiquées au public et aux professionnels.	Partiellement	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La mise en œuvre des orientations stratégiques fait l'objet d'un suivi et d'une révision périodique.	En grande partie	
L'établissement fait évoluer ses partenariats sur la base des évaluations réalisées.	En grande partie	

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.

En grande partie

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.

Partiellement

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.	Oui	
Le développement durable est pris en compte en cas d'opérations de construction ou de réhabilitation.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le programme pluriannuel fait l'objet d'un suivi et de réajustements réguliers.	Partiellement	

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.c Démarche éthique

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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

Partiellement

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement**Critère 1.d
Politique des droits des patients****Cotation**

B

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

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

Oui

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

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

Oui

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

Non

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

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

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

En grande partie

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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



Cotation

C

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.

En grande partie

La politique qualité de l'établissement définit la politique des EPP. Toutefois, cette politique ne comprend pas d'objectifs précis. Les actions EPP sont suivies dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins par le président de la CME, le COPIL et le responsable assurance qualité et gestion des risques.

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

Oui

Dans l'établissement, les gestionnaires sont en même temps les médecins. C'est la CME, suite à une décision du 2 février 2010, qui prend en charge la validation et le suivi des EPP. Sont invités à la CME la direction, les pharmaciens, le cadre chargé de mission, le cadre de soins, le chef de bloc, l'IDE référent EOH et le responsable assurance qualité et gestion des risques.

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

Oui

Le règlement intérieur de la CME définit l'organisation des EPP. Le président de la CME, le responsable assurance qualité et gestion des risques sont en charge du suivi des EPP. La méthodologie pour chaque groupe EPP est apportée

	Oui	par le responsable assurance qualité et gestion des risques.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en œuvre de l'EPP.	Partiellement	Un accompagnement méthodologique est fait par le responsable assurance qualité et gestion des risques. Il apparaît dans différentes EPP que la méthodologie définie n'est pas toujours respectée.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	En grande partie	L'état d'avancement des démarches EPP est suivi par la CME et le responsable assurance qualité et gestion des risques. Un compte-rendu (avancement et résultats) est restitué en CME. Le suivi de l'impact des actions mises en place est réalisé pour certaines EPP par le biais des évaluations.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	Partiellement	Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière d'EPP et des résultats obtenus via les instances (CME, COPIL, COMEDIMS...). Les résultats des EPP sont diffusés sur "gestion documentaire". Toutefois, l'utilisation de l'outil informatique pour la recherche documentaire est très limitée. Il n'existe pas d'autres modes de communication des résultats des EPP pour l'ensemble du personnel.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	En grande partie	Le suivi de l'avancement des démarches EPP et éventuellement de leur impact est fait en réunion de CME. Un compte-rendu est fait au COPIL. Pour les autres instances, l'information est donnée ponctuellement si le thème de l'EPP les concerne (CLIN, COMEDIMS, CLUD).

La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	En grande partie	La stratégie de développement des EPP n'est pas révisée régulièrement. La CME peut en fonction des résultats obtenus modifier les thèmes des EPP ou en proposer de nouvelles.
--	------------------	---

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

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

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

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

Critère 2.a

Direction et encadrement des secteurs d'activités

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

Les organigrammes et les circuits de décision et de délégation sont révisés à périodicité définie.	En grande partie	
--	------------------	--

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.	En grande partie	

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

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

Critère 2.c Fonctionnement des instances

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

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

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

Critère 2.d Dialogue social et implication des personnels

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

PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.a Management des emplois et des compétences

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

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.c Santé et sécurité au travail

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

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

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.d Qualité de vie au travail

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Partiellement

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.a Gestion budgétaire

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

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

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.b Amélioration de l'efficience

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

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.a Système d'information

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

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

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.b Sécurité du système d'information

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.c Gestion documentaire

Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un dispositif de gestion documentaire est en place.

Partiellement

Deux systèmes de gestion documentaire coexistent, l'un sous forme papier, l'autre sous forme informatique. Une procédure-mère est établie, elle date de 2009 et ne précise pas les modalités respectives de gestion relatives à la coexistence de ces deux organisations. La base de gestion documentaire informatique n'est que partiellement construite à partir de l'arborescence définie dans la procédure. L'organisation en place ne permet pas de garantir que les documents accessibles sont les derniers à jour.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le dispositif est connu des professionnels.

En grande partie

Les principes généraux de gestion des documents sont connus de la plupart des professionnels rencontrés en cours de visite. Des séances d'information et de sensibilisation sont réalisées pour les nouveaux arrivants, et le livret d'information "Les essentiels" est donné.

Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent.	Partiellement	Les documents utiles sont pour la plupart accessibles en ligne sur l'Intranet de l'établissement ou dans des classeurs présents dans les secteurs d'activité ; certains ne sont cependant pas intégrés dans le dispositif de gestion documentaire. L'accès aux informations est rendu difficile du fait d'un rangement des documents sans classement dans les divers dossiers (que ce soit papier ou informatique), ces derniers ne disposant pas de sommaire ni de sous-dossiers thématiques ; la recherche par mot-clé n'est pas possible.
Le système de mise à jour des documents est opérationnel.	Partiellement	La mise à jour des documents est partiellement organisée, de nombreux documents utilisés dans les secteurs d'activité ne sont pas formalisés selon les normes de gestion documentaire définies, certains sont caduques, d'autres ne sont pas identifiables.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le dispositif est évalué, et fait l'objet d'actions d'amélioration.	Non	Le dispositif n'est pas évalué ; cependant, une enquête de satisfaction des personnels vis-à-vis du système de gestion documentaire est envisagée. Aucune action d'amélioration n'est inscrite dans le PAQSS.

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.a Sécurité des biens et des personnes

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

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

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

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.c Qualité de la restauration

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

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.d Gestion du linge

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

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.e Fonction transport des patients

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.f Achats écoresponsables et approvisionnements

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
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 écoresponsable.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les secteurs d'activité utilisateurs sont approvisionnés à périodicité définie et en cas d'urgence.	Oui	
L'établissement amorce une démarche d'achat écoresponsable pour certains produits ou services.	Oui	

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.g
Gestion des fonctions logistiques au domicile



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

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

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

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

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

Critère 7.a Gestion de l'eau

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

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

Critère 7.b Gestion de l'air

Cotation

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.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les paramètres de la qualité de l'air font l'objet d'un suivi périodique.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	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		B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
Un diagnostic énergétique est réalisé.	Oui		
Une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie est définie.	En grande partie		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	
Un plan de maintenance des installations est mis en oeuvre.	En grande partie		
Un programme d'actions hiérarchisées de maîtrise de l'énergie est mis en oeuvre.	En grande partie		

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

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

Critère 7.d Hygiène des locaux

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

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

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

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

Critère 7.e Gestion des déchets

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

En grande partie

Les procédures de gestion des déchets sont établies.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le tri des déchets est réalisé.

Oui

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

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) est élaboré, il comporte des actions classées selon les thèmes inscrits dans la politique d'amélioration de la qualité et gestion des risques 2012-2016 de l'établissement. Ce programme n'est pas décliné en plans d'actions pour les secteurs d'activité. Parallèlement au PAQSS, chaque instance définit et met en oeuvre les plans d'actions qui leur sont propres.

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

Partiellement

Le PAQSS intègre des actions identifiées suite à l'analyse des événements indésirables, aux réflexions menées par les groupes de travail, à certaines EPP. Les plans d'actions des instances et des vigilances réglementaires (CLIN, CLUD, COMEDIMS...), les actions de prévention des risques professionnels, les actions définies par la direction générale suite aux évolutions réglementaires et aux contrôles externes, les recommandations issues de l'analyse qualitative des plaintes et des réclamations et les actions menées par certains services n'y sont pas intégrés. Le PAQSS ne prend pas en compte l'exhaustivité des actions visant à

	Partiellement	l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
Les activités réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins sont prises en compte.	Partiellement	Seules certaines actions issues des démarches d'amélioration des pratiques réalisées par les praticiens dans le cadre de leur dispositif d'accréditation individuelle sont intégrées dans le PAQSS.
Le programme est soumis aux instances.	En grande partie	Le PAQSS est soumis selon une périodicité trimestrielle au COPIL, structure institutionnelle de coordination et de pilotage de la démarche qualité et gestion des risques. Une présentation de son suivi est effectuée lors de chaque réunion de la CME. Le PAQSS n'est pas soumis aux autres instances qui assurent la validation des plans d'actions qui leur sont propres.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en œuvre dans les secteurs d'activité.	Partiellement	Les actions du PAQSS sont mises en oeuvre dans l'établissement. Parallèlement, chaque instance met en oeuvre les plans d'actions qui leur sont propres. Les secteurs d'activité ne disposent pas de plans d'actions spécifiques. Aucune hiérarchisation des actions n'est définie. Les responsabilités nominatives, les délais de mise en oeuvre et les modalités de suivi ne sont pas définis pour chaque action identifiée.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	En grande partie	Le suivi et le réajustement des plans d'actions des instances sont effectués par les instances elles-mêmes selon une périodicité définie, ceux du PAQSS sont réalisés par le COPIL selon une périodicité trimestrielle. En l'absence de programme unique regroupant l'ensemble des plans d'actions de l'établissement, un pilotage global n'est pas possible.

L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	Partiellement	Le degré d'avancement des plans d'actions est suivi par le RAQ et par le COPIL. L'atteinte des objectifs des instances est évaluée annuellement par les instances elles-mêmes. Aucun bilan d'activité annuel regroupant les résultats des audits et enquêtes de satisfaction diverses, des EPP, des indicateurs de suivi... n'est établi afin de mesurer l'efficacité du dispositif de gestion de la qualité et de la sécurité des soins.
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	Partiellement	Le PAQSS et les divers plans d'actions déployés dans l'établissement sont actualisés par les diverses structures de pilotage en fonction des résultats obtenus. Ce réajustement ne fait pas l'objet d'un examen global.

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

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

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

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

Critère 8.c
Obligations légales et réglementaires

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une veille réglementaire est organisée par un responsable identifié.	En grande partie	
La direction établit un plan de priorisation des actions à réaliser à la suite des contrôles internes et externes. Ce plan prend en compte la parution de nouvelles exigences réglementaires.	En grande partie	Les actions d'amélioration sont définies et mises en oeuvre par la direction générale ; néanmoins, elles ne sont pas inscrites dans le PAQSS.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement met en oeuvre les actions consécutives aux recommandations issues des contrôles réglementaires, en fonction du plan de priorisation.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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

Critère 8.d
Evaluations des risques à priori

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

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

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

Critère 8.e
Gestion de crise

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

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

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

Critère 8.f
Gestion des évènements indésirables



Cotation	C	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation est en place afin d'assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.	En grande partie	Une procédure, révisée en février 2013 par la cellule de gestion des risques, définit sous forme d'un logigramme le circuit global de gestion des fiches d'événements indésirables, elle ne précise pas les modalités de déclaration, de traitement et d'analyse des événements indésirables. Un support papier unique permet la déclaration des événements indésirables, elle intègre les déclarations relatives aux vigilances réglementaires, les règles de calcul de la criticité y sont mentionnées. La gestion initiale est assurée par le RAQ qui effectue l'information des responsables et des référents des vigilances réglementaires concernés, la coordination opérationnelle est gérée selon une périodicité mensuelle par la cellule pluriprofessionnelle de gestion des risques, dont est membre le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, également président de la CME.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.	Oui	Le support de signalement est en place dans l'établissement depuis 2004. Un paragraphe sur la gestion des événements indésirables est inséré dans le document remis à tout nouveau personnel. Une sensibilisation des personnels à la gestion des risques est assurée annuellement par le RAQ depuis 2012, elle a concerné une majorité des personnels, toutes fonctions confondues.
Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	Oui	Le praticien responsable des RMM, le médecin responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, le RAQ, l'infirmière hygiéniste et le cadre de santé responsable de l'hospitalisation sont formés aux méthodes d'analyse des causes. Le praticien responsable des RMM et le cadre de santé responsable de l'hospitalisation sont également formés à la méthodologie spécifique des RMM, une information a été faite en CME. Le RAQ a assuré une sensibilisation des membres de la cellule de gestion des risques en février 2013.
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.	En grande partie	Il n'existe pas d'autres dispositifs identifiés d'analyse des EI graves en dehors des RMM mises en place par l'établissement. Le comité RMM assure depuis 2012 selon une périodicité trimestrielle une analyse pluriprofessionnelle des EI graves déclarés selon une méthodologie reconnue et formalisée dans une procédure validée. La sélection des dossiers s'effectue selon des critères définis et validés en CME. Le praticien responsable des RMM et le cadre de santé responsable de l'hospitalisation sont formés aux méthodes d'analyse des causes et à la méthodologie spécifique des RMM. La création d'un CREX est en projet. Un événement grave relatif à la sécurité du système d'information a été géré par une cellule de crise, des actions correctives et préventives ont été mises en oeuvre.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

Des actions correctives sont mises en œuvre à la suite des analyses.	Partiellement	Des actions d'amélioration sont définies et mises en oeuvre suite à l'analyse des événements indésirables. Certaines actions sont intégrées dans le PAQSS. Aucune hiérarchisation des actions à mener n'est définie. Le degré d'avancement des actions est suivi par le RAQ et validé par le COPIL ; cependant, les responsabilités nominatives, les délais de mise en oeuvre et les modalités de suivi ne sont pas définis pour chaque action identifiée.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	Partiellement	Les analyses réalisées par le comité RMM prennent en compte la fréquence des événements indésirables survenus dans l'établissement. Cependant, l'établissement n'a pas identifié de façon formelle ses événements indésirables récurrents. Il n'existe pas de dispositif spécifique d'analyse des EI récurrents.
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	Partiellement	Le degré d'avancement des actions est suivi par le RAQ et validé par le COPIL. Un bilan quantitatif des événements indésirables est effectué annuellement, il n'est pas complété par une analyse qualitative des données ; l'évaluation réalisée ne donne pas lieu à l'identification d'un plan d'actions. L'évaluation de l'efficacité du dispositif n'est pas organisée.

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

Critère 8.g
Maîtrise du risque infectieux



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

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

Critère 8.h
Bon usage des antibiotiques



Cotation	B	
Indicateur ICATB du tableau de bord des infections nosocomiales	Classe associée à la valeur du score ICATB	Constats
Score à disposition de l'établissement au moment de la visite.	A	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	
La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heure est inscrite dans le dossier du patient.	Partiellement	Trois audits ciblés sur la prescription médicamenteuse ont été menés depuis 2012 par la pharmacie ; les derniers résultats montrent que la réévaluation de l'antibiothérapie est partiellement tracée dans le dossier 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

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

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

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

Critère 8.j
Maîtrise du risque transfusionnel

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

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

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

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

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

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

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



Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La gestion des plaintes et des réclamations est organisée (CRU en place, procédure formalisée, responsabilités définies).	Oui	<p>La gestion des plaintes et réclamations est organisée. Une procédure décrit les étapes de la prise en charge d'une plainte. La personne responsable est la directrice des affaires générales. Elle centralise l'ensemble des plaintes. Un registre des plaintes est en place où sont consignées toutes les plaintes ainsi que les réponses données.</p> <p>La CRU fonctionne conformément à la réglementation et est saisie régulièrement des plaintes.</p> <p>Le plaignant a un accusé de réception dès réception de son courrier et une réponse définitive quelques semaines plus tard dès que la plainte a été investiguée. Le plaignant est informé de la possibilité de saisir la CRU s'il le souhaite.</p>
Le système de gestion des plaintes et des réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.	Partiellement	Il n'y a pas actuellement d'articulation entre le système de gestion des plaintes et le dispositif de signalement des événements indésirables. Toutefois, certaines plaintes orales peuvent faire l'objet d'un signalement par le biais de la fiche d'événement indésirable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	Pour chaque plainte, l'établissement implique systématiquement le professionnel concerné et lui demande une réponse écrite. Celle-ci sert à l'élaboration de la réponse faite au plaignant et si besoin à la mise en place d'actions correctives.
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en œuvre.	Oui	Suite à l'investigation de la plainte faite par les responsables de l'établissement, la réponse est adressée au patient. Celle-ci donne la possibilité au plaignant de saisir la CRU s'il le souhaite.
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.	En grande partie	Toutes les plaintes sont transmises à la CRU. L'analyse des plaintes est faite au sein de la CRU, et un certain nombre d'indicateurs sont suivis, tels que le nombre de plaintes et de réclamations reçues par thème et les délais de réponse. Des actions sont mises en place suite à l'analyse des plaintes. Ces actions ne sont pas systématiquement retrouvées dans le programme qualité.

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

Critère 9.b Evaluation de la satisfaction des usagers

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

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

CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS

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

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

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

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

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

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

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.c - Court Séjour****Respect de la confidentialité des informations relatives au patient****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

Les mesures permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient sont identifiées.

Oui

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

L'organisation et les pratiques de l'établissement permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.

En grande partie

Les modalités de partage des informations relatives au patient permettent le respect de la confidentialité.

En grande partie

Les professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient.

Oui

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

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.d - Court Séjour
Accueil et accompagnement de l'entourage**

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

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.	Non	
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		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement.	Oui	
Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.	En grande partie	
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.).	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

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

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

Critère 11.a - Court Séjour

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

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

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

Référence 11: l'information, la participation et le consentement du patient**Critère 11.b - Court Séjour
Consentement et participation du patient**

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

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

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

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

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

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

Référence 12: La prise en charge de la douleur

Critère 12.a - Court Séjour
Prise en charge de la douleur



Cotation		B
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement, en concertation avec le CLUD (ou équivalent).	Oui	Une stratégie de prise en charge de la douleur est définie dans le projet d'établissement 2012-2017 et est intégrée dans le programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins. Le CLUD qui existe depuis 2004, a élaboré cette stratégie qu'il a déclinée en plan d'actions.
Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.	En grande partie	Des protocoles de prise en charge de la douleur sont définis dans les secteurs d'activité. Ils sont disponibles sur l'outil de gestion documentaire informatisé. Il existe des protocoles de gestion de la douleur postopératoire spécifiques à l'enfant, des protocoles de prise en charge de la douleur en cancérologie. Dans le cadre de la douleur chronique cancéreuse, les patients sont pris en charge par l'unité mobile de soins palliatifs et de prévention de la douleur du centre hospitalier. Ces protocoles sont proposés et validés par le CLUD. La périodicité de réactualisation de ces protocoles n'est pas définie.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Une sage-femme a suivi une formation à l'acuponcture, et une infirmière référente douleur a un DU Douleur et une formation d'hypnose. Cette IDE travaille en collaboration avec les équipes sur des audits « douleur ». Des formations en interne sur la gestion de la douleur ont été dispensées par le pharmacien aux équipes paramédicales (physiologie de la douleur, palier thérapeutique, effet secondaire des traitements, utilisation de la pompe à morphine). Le CLUD identifie les besoins en formation et les intègre dans son programme.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Oui	Durant son séjour, le patient est informé par l'équipe médicale et soignante sur l'évolution de la prise en charge de sa douleur. Un dispositif d'annonce pour les patients pris en charge en cancérologie est en place et propose des actions d'éducation du patient dans la prise en charge de sa douleur. Un livret d'éducation du patient et de son entourage sur la douleur est remis aux parents d'enfants opérés. Des documents d'information sur la douleur sont à la disposition des patients : le livret d'accueil du patient, les fiches d'information en maternité.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Partiellement	Compte tenu de l'indicateur "Prise en charge de la douleur" et de sa valeur de 69 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [59-79] 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 systématiquement trois fois par jour en l'absence de douleur et tracée dans le dossier. En cas de traitement antalgique, l'évaluation de la douleur est réalisée selon un protocole pour vérifier l'efficacité du traitement antalgique et pour éventuellement l'adapter.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéroévaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Le CLUD a défini les échelles spécifiques mises à disposition du professionnel, telles que celle utilisée pour l'évaluation de la douleur chez l'enfant et l'échelle visuelle.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	Les cadres de santé et les référents des différents services, membres du CLUD réalisent des audits de pratiques. Les résultats de ces évaluations sont transmis aux équipes, et des rappels de bonnes pratiques sont faits. L'entretien annuel du personnel permet de valider la pratique des outils de la douleur.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	Les indicateurs IPAQSS du dossier patient sont réalisés annuellement depuis 2007. Une EPP sur la prise en charge de la douleur chez les enfants après amygdalectomie en chirurgie ambulatoire a été réalisée, le suivi de cette EPP se fait par des audits d'évaluation de l'efficacité de la prise en charge de la douleur à domicile. Ces évaluations sont coordonnées par le CLUD et le service qualité à périodicité définie. Des audits de pratique sur la prise en charge de la douleur sont déclenchés de façon inopinée par le CLUD dans les secteurs de soins.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Des actions d'amélioration de la prise en charge de la douleur ont été réalisées suite à des audits et à une EPP. Des actions de formation ont été réactivées suite à un audit de pratiques notamment sur l'utilisation de la pompe à morphine. Une feuille d'éducation du patient à la prise en charge de sa douleur a été mise en place suite à l'EPP "Prise en charge de la douleur après amygdalectomie chez l'enfant de moins de 12 ans". Un rappel des bonnes pratiques sur la traçabilité de la douleur systématiquement pour l'ensemble des patients a été réalisé.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Non	L'établissement n'a pas mis en place de dispositif de partage d'expériences structuré.

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 en fin de vie est en place. L'établissement dispose de trois lits dédiés aux soins palliatifs. Une équipe pluriprofessionnelle est référente sur les soins palliatifs dans l'établissement. Cette équipe est constituée d'un médecin oncologue, d'un cadre de santé, d'une IDE, d'une psychologue. Une convention entre l'unité mobile de soins palliatifs (UMSP) du centre hospitalisé de Troyes et l'établissement est signée. Cette UMPS intervient très régulièrement dans l'établissement à la demande de l'équipe référente. Une IDE dispose d'un DIU de soins palliatifs.

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

Oui

La personne de confiance est identifiée et tracée sur le dossier de soins. Pour les patients en situation de prise en charge palliative, une fiche d'admission en soins palliatifs est insérée dans le dossier du patient et est complétée par l'équipe soignante tout au long de sa prise en charge : les informations sur la conservation des directives anticipées du patient y sont tracées.

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	La charte de la personne hospitalisée affichée dans les services et insérée dans le livret d'accueil de l'établissement, informe le patient sur ses droits relatifs à la limitation et à l'arrêt des traitements. Le refus de soins est fait par le patient par écrit et remis au médecin.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en œuvre.	Oui	Il existe un projet personnalisé de soins (PPS) en cancérologie établi par l'équipe référente en oncologie. Une procédure de prise en charge du patient déclaré en soins palliatifs a été formalisée. Le projet de soins du patient est révisé lors de sa déclaration en soins palliatifs. L'évaluation du patient est faite par l'équipe médicale et paramédicale tout au long de sa prise en charge, et tracée. Il existe un dispositif de soutien des proches réalisé par le médecin, l'infirmière référente en soins palliatifs, le psychologue et l'UMSP. Des réunions de concertation hebdomadaire avec l'UMSP permettent de réviser le projet de vie.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Une formation a été réalisée par un organisme de formation en 2010 pour des soignants. Des formations animées par l'EMSP du centre hospitalier de Troyes ont régulièrement lieu, la dernière date d'octobre 2012 pour les soignants de l'établissement.
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) sont organisées au sein de l'établissement dans le cadre des comités de coordination en cancérologie (3C). Pour les patients en fin de vie, des réunions pluridisciplinaires sont organisées une fois par semaine. Les participants sont l'UMSP, le médecin responsable du patient, l'oncologue référent palliatif, l'infirmière du dispositif d'annonce et une infirmière des services. Ces RCP de soins palliatifs font l'objet d'un compte-rendu de réunion précisant les noms des participants, les noms des patients dont les dossiers ont été discutés. Un compte-rendu est réalisé par l'oncologue référent palliatif dans le dossier du patient dans un deuxième temps précisant la décision

	Oui	proposée au patient et à ses proches le cas échéant.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en œuvre.	Oui	Un soutien psychologique des professionnels est possible grâce à l'intervention d'un psychologue. Des réunions avec l'UMSP du centre hospitalier ont lieu dans l'établissement avant et après chaque prise en charge d'un patient.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	Des formations animées par l'EMSP du centre hospitalier de Troyes ont régulièrement lieu, la dernière date d'octobre 2012 pour les soignants de l'établissement. Ces formations portent aussi sur les dispositions de la loi du 22 avril 2005.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'établissement a établi une convention avec l'association JALMALV, une permanence est assurée le mardi. Par ailleurs, il existe une association de patients et de familles de patients de l'établissement aux antécédents de maladie carcinologique qui organise des conférences d'informations pratiques pour les patients. Des dépliants sont disponibles sur plusieurs présentoirs dans les services de soins.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, commission de soins, etc.).	Non	Il n'y a pas d'évaluation organisée actuellement sur la prise en charge de la fin de vie au sein de l'établissement.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Partiellement	Des réunions avec l'UMSP du centre hospitalier sont organisées dans l'établissement, et une RCP de soins palliatifs est en place. Il existe un comité d'éthique depuis deux mois, son caractère récent n'a pas encore permis de mener une réflexion sur la limitation ou l'arrêt des traitements.

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	A la suite des formations menées par l'UMSP du centre hospitalier de Troyes, il a été créé une salle des familles. La fiche de RCP des soins palliatifs a été modifiée pour y intégrer la conservation des directives anticipées.
---	-----	---

PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

En grande partie

Le dossier patient est présent sous une forme mixte : papier pour l'intégralité du volet médical, informatique pour le volet soins des services de chirurgie ambulatoire, bloc opératoire et hospitalisation de courte durée et le circuit du médicament en chimiothérapie. Le déploiement de l'informatisation est en cours, conformément aux objectifs définis dans le schéma directeur du système d'information. Un guide du dossier patient élaboré en 2009 précise les modalités d'utilisation des différents supports composant le dossier papier. Il est complété par des protocoles formalisés sous forme de logigrammes : constitution, classement, archivage, destruction, recherche aux archives ; les règles de circulation et le dispositif d'évaluation ne sont pas formalisés. Un guide utilisateur présente les modalités de gestion et d'utilisation du dossier informatique. Les procédures d'accueil administratif sont formalisées. Tous ces documents sont accessibles dans la base documentaire de l'établissement installée sur les postes informatiques des salles de soins. Le règlement intérieur et la charte de fonctionnement du DIM ne sont pas formalisés.

	En grande partie	L'information des professionnels sur les règles de tenue en vigueur se fait au travers du dispositif d'intégration des nouveaux arrivants.
Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et diffusées.	Partiellement	Hormis en ce qui concerne la recherche de dossiers aux archives, les règles d'accès au dossier (confidentialité, communication, accessibilité...), incluant les données issues de consultations et d'hospitalisations antérieures, ne sont pas formalisées. Les modalités d'accès au dossier informatique se font à travers un système de login et de mots de passe individuels. Les documents de référence précisant ces règles sont accessibles sur l'Intranet de l'établissement. L'accès permanent aux données des séjours précédents n'est pas possible pour tous les patients, du fait de l'externalisation sur un autre site d'archivage des dossiers antérieurs aux deux dernières années. De fait, la sortie des dossiers des séjours antérieurs n'est pas systématiquement effectuée lors de l'admission, elle n'est assurée au cas par cas que sur demande expresse du praticien référent du patient.
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.	Partiellement	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Tenue du dossier patient » et de sa valeur de 61 %, avec un intervalle de confiance à 95 % = [65 % – 73 %] pour la campagne 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.	En grande partie	Les modalités de communication du dossier ne sont pas formalisées, tant en interne à l'établissement qu'avec les correspondants externes impliqués dans la prise en charge des patients. Les données issues des consultations préalables à l'hospitalisation sont intégrées dans les dossiers des patients relevant de plusieurs disciplines. Le partage de données se fait par fax avec le laboratoire de biologie, par papier avec le cabinet d'imagerie et le laboratoire d'anatomo-pathologie. Une fiche de liaison est établie pour le suivi paramédical, accompagnée d'un courrier

	En grande partie	médical dans le cas des transferts des patients vers d'autres structures de santé. Un courrier est adressé au médecin traitant ou au médecin adresseur en cas de retour à domicile du patient ; il complète les rendez-vous, prescriptions médicales et consignes de soins donnés en mains propres au patient. La notion de temps utile n'est pas définie par l'établissement. L'indicateur IPAQSS 2011 relatif au courrier de fin d'hospitalisation (contenant les éléments nécessaires à la coordination des soins en aval) montre une conformité de 45 %.
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 oeuvre d'autres modalités d'évaluation, telles que les EPP, des audits de dossiers assurés conjointement par le service DIM et les professionnels de santé sur la prise en charge de la douleur, des escarres...
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Quelques actions d'amélioration sont inscrites dans le PAQSS. Une évaluation de 60 dossiers réalisée fin 2012 selon la méthodologie IPAQSS montre une amélioration significative des divers indicateurs de tenue du dossier.

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'accès du patient à son dossier est organisé.

Oui

Une procédure datant de 2008 définit les modalités d'accès du patient à son dossier, les modalités standards et spécifiques sont précisées ; elle est complétée par un formulaire de communication des documents médicaux.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'information sur les droits d'accès à son dossier est assurée à travers le livret d'accueil remis au patient. Le formulaire de communication de documents médicaux est accessible et téléchargeable sur la page « Droits des patients » du site Internet de l'établissement.

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

En grande partie

Une secrétaire médicale du DIM est identifiée en tant que référente pour assurer le respect des délais d'accès du patient à son dossier, elle ne dispose pas d'une fiche de fonction. Les délais d'accès sont suivis et transmis à la CRUQPC ; l'analyse du tableau de bord 2012 montre une conformité de 100 % pour les informations de plus de cinq ans (21 dossiers) mais les délais d'envoi de 3 des 19 dossiers datant de moins de cinq ans ne sont pas conformes à la réglementation (allant jusqu'à 39 jours).

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	Une évaluation des délais est réalisée annuellement ; cependant, aucune action d'amélioration n'est définie ni inscrite dans le PAQSS.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.	Oui	La CRUQPC est destinataire des informations relatives à l'accès du patient à son dossier : nombre de demandes, profils des demandeurs, motif des demandes, délais moyens.

Référence 15: l'identification du patient

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



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

La politique d'identification du patient et les objectifs ne sont pas formalisés. Un numéro unique d'identification patient est en place. L'établissement n'a pas identifié de référent en identitovigilance ni de plan d'actions. Une analyse des risques a priori ciblée sur cette thématique n'a pas été faite ; cependant, la cartographie générale des risques a permis d'identifier quelques points critiques. Une procédure d'identification du patient, élaborée en 2009 suite à l'analyse d'un événement indésirable, présente sous forme de logigramme les actions définies à chaque étape de la prise en charge des patients, elle est complétée par un document relatif aux patientes de maternité établi en 2012 ; ces documents ne précisent pas les règles de nommage définies, les modalités pratiques de création d'une identité, de gestion des homonymies et des doublons, de contrôle d'identité aux admissions et dans les services de soins, lors des actes à risques (administration de médicaments par exemple), etc. La gestion des situations particulières est partiellement formalisée (identification provisoire, anonymat). Les indicateurs de suivi et de performance ne

	Partiellement	sont pas définis.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	En grande partie	Une sensibilisation des personnels des admissions a été faite à travers la diffusion du guide élaboré par la MEAH en 2008 sur les procédures d'admission, elle a été complétée par des actions de formation à l'utilisation du logiciel administratif et des informations transmises à l'occasion des réunions de service comptabilité/DIM/facturation. Des formations spécifiques sur la surveillance et la prévention des erreurs d'identification n'ont pas été organisées, tant aux admissions que dans les services cliniques. Une formation ciblée sur les bonnes pratiques transfusionnelles a été assurée pour les infirmières et sages-femmes de tout l'établissement par le référent en hémovigilance en septembre 2011, une session de rappel a été faite en juillet 2012 pour le bloc opératoire suite à de nouvelles déclarations d'événements indésirables.
Le personnel de l'accueil administratif met en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Partiellement	Le système de création d'identité pour le dossier s'appuie sur les données inscrites sur la carte Vitale, cette organisation est inscrite dans les procédures d'accueil administratif des patients. Par ailleurs, une photocopie des documents réglementaires d'identité est demandée. Un audit flash réalisé en mars 2013 montre une traçabilité dans le dossier administratif à hauteur de 50 % des contrôles d'identité par les personnels des admissions.
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	L'organisation définit un contrôle d'identité par les professionnels de santé à l'arrivée du patient dans les services d'hospitalisation et au bloc opératoire, lors du transfert interservices, avant tout acte à risques (administration de médicaments, transfusion sanguine...). Le port du bracelet d'identification est généralisé. Un audit flash réalisé en mars 2013 montre une traçabilité dans le

	En grande partie	dossier de soins à hauteur de 90 % des contrôles d'identité par les infirmières des services d'hospitalisation, l'EPP sur le respect de la check-list montre une exhaustivité effective du contrôle d'identité au bloc opératoire. Les autres pratiques ne sont pas évaluées.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.	Partiellement	Le dispositif d'évaluation n'est pas structuré. Cependant, des audits ponctuels sont menés et une EPP est en cours sur le respect de la check-list au bloc opératoire. Les réunions périodiques de services (comptabilité/DIM/facturation, laboratoire/services de soins) permettent une sensibilisation des personnels et la régulation des pratiques. Les indicateurs de gestion des dossiers (taux de doublons, rapprochements d'identité...) ne sont pas suivis par le DIM. Le système de gestion des événements indésirables permet une évaluation par la cellule de gestion des risques liés à la fiabilité de l'organisation (le bilan 2012 montre une augmentation du nombre de FEI sur ce thème) ; cependant, le PAQSS ne fait pas mention d'actions de correction mises en oeuvre.

PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

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

B

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

Des modalités d'accueil du patient sont définies, notamment celles qui concernent la remise du livret d'accueil.

Oui

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

En grande partie

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

Oui

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

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

En grande partie

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

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

Critère 17.a - Court Séjour

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

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

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

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

Critère 17.b
Prise en charge somatique des patients



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

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

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

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

Critère 18.a - Court Séjour

Continuité et coordination de la prise en charge des patients

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

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

Critère 18.b - Court Séjour

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes âgées

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Enfants et adolescents

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes démunies

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes détenues

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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



Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés.	Oui	
L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge, en lien avec le CLAN ou son équivalent.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.	En grande partie	
Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.	Oui	Compte tenu de l'indicateur "Dépistage des troubles nutritionnels" et de sa valeur de 93 % avec un intervalle de confiance à 95 % (87-98) pour la campagne 2011.

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.c - Court Séjour Risque suicidaire

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.d Hospitalisation sans consentement

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

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

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

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a mis en place un système de management qualité de la prise en charge médicamenteuse permettant d'assurer une utilisation sécurisée, appropriée et efficiente du médicament. Cette politique de gestion de la prise en charge médicamenteuse comprend des objectifs précis et des indicateurs de suivi issus du CBUM. Des plans d'actions sont définis suite aux résultats de l'inspection de la PUI. Elle comprend également le projet d'informatisation du circuit du médicament.

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 a commencé en 2009 avec une aide à la prescription intégrée au dossier médical informatisé mis en service ambulatoire. Un informaticien a été recruté fin 2011 pour poursuivre le déploiement du dossier médical informatisé dans les services d'hospitalisation complète. L'échéance de ce projet est planifiée pour le quatrième trimestre 2013.

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, à l'analyse et à l'administration pharmaceutique sont mis à la disposition des professionnels. Les professionnels ont accès aux livrets thérapeutiques des médicaments et des antiseptiques. Il existe de nombreuses procédures telles que celle du bon usage des prescriptions médicales, du bon usage de certains médicaments (Kaskadil, Factane, Pabal, Remicade, Dopamine, Dantrium, Nalador, Venofer, Oliclinomel). Il existe des guides sur l'antibioprophylaxie préopératoire, les équivalences spécialités/DCI, la conservation des flacons multidoses, du bon usage des formes sèches, sur la maîtrise du circuit du médicament intégrant les notions réglementaires sur l'administration et la non administration des médicaments.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	Des formations des professionnels à la prévention des erreurs médicamenteuses ont été menées par le pharmacien, responsable du médicament. Des formations sur l'utilisation des pompes à perfusion et l'utilisation des logiciels de prescription administration ont été menées.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	En grande partie	Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse a commencé en 2009 avec une aide à la prescription intégrée au dossier médical informatisé mis en service en ambulatoire. Un informaticien a été recruté fin 2011 pour poursuivre le déploiement du dossier médical informatisé dans les services d'hospitalisation complète. La prescription des chimiothérapies est complètement informatisée.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est	Oui	Des audits sur la qualité de la prescription et de la traçabilité de l'administration sont réalisés dans le cadre d'une EPP et du CBUM. Les résultats des indicateurs de conformité de la prescription et de la traçabilité de l'administration sont

réalisé.	Oui	suivis, présentés en CME, et communiqués au personnel soignant par les IDE référentes et les cadres de santé. Les résultats d'IPAQSS sont recueillis tous les ans et diffusés à la CME et au COMEDIMS.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Partiellement	Il existe un dispositif de recueil spécifique des erreurs médicamenteuses. L'analyse et le traitement des déclarations sont réalisés au cas par cas par l'équipe de la pharmacie. Il n'y a pas de circuit défini et formalisé du traitement de ces événements indésirables. Il a été décidé de mettre en place un CREX prochainement.
Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	Oui	Suite aux résultats des audits sur la prescription et la traçabilité de l'administration, des actions correctives ont été mises en place : resensibilisation des médecins à l'importance du dosage, de la posologie et de la durée de traitement précisés sur la prescription. Des chariots de médicaments ont été déployés dans les services pour faciliter la traçabilité de l'administration en temps réel. Des armoires « plein-vide » sont installées dans les postes de soins pour améliorer la gestion des stocks médicaments dans les services. Des protocoles de bon usage des anticoagulants sont diffusés aux prescripteurs suite à une analyse de RMM. La communication se fait par l'intermédiaire de la CME, le COMEDIMS et l'encadrement soignant de proximité.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les règles des prescriptions sont formalisées dans la "procédure de bon usage des prescriptions médicales". Il existe un support unique de prescription et d'administration, validé par la CME et le COMEDIMS. Il existe un support de prescription/administration journalière spécifique des lits de surveillance continue. Un format informatisé de ce support est disponible pour la prescription de la chimiothérapie.

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

En grande partie

Une procédure de gestion du traitement personnel du patient est appliquée. Le traitement personnel est récupéré par les IDE dès l'admission du patient et est stocké dans l'armoire à pharmacie du poste de soins. Une délivrance nominative est assurée par la pharmacie pour le traitement personnel du patient. Les prescriptions à l'admission reprennent le traitement personnel du patient. Lors d'un transfert du patient vers un autre établissement, il existe une fiche de liaison sur laquelle est noté le traitement médicamenteux du patient. Les ordonnances de sortie ne tiennent pas compte du traitement dont disposait le patient avant son hospitalisation.

<p>Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La délivrance nominative des médicaments est réalisée pour les chimiothérapies, pour les traitements personnels des patients, pour certains antibiotiques et pour les traitements de stupéfiants en dehors de l'analgésie postopératoire immédiate.</p> <p>L'acheminement des médicaments vers les unités de soins se fait dans des caisses sécurisées. L'acheminement des stupéfiants et des chimiothérapies dans les services de soins se fait par une IDE après signature d'un accusé de réception auprès du pharmacien. Lorsque la présentation unitaire n'existe pas, le médicament est délivré dans un sachet comportant une étiquette avec un liseré correspondant à sa liste, comportant le nom, la forme, la voie d'administration, le numéro de lot et la date de péremption. La dotation est globale pour les autres médicaments. L'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient est réalisée uniquement pour les patients pris en charge en chimiothérapie. La dispensation de certains médicaments est réalisée dans des caisses sécurisées mais pour des raisons de place de stockage au niveau de la pharmacie, ces boîtes sont déposées devant l'ascenseur dans l'attente que l'IDE descende les chercher.</p>
<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les règles d'administration des médicaments sont formalisées. L'administration des médicaments est réalisée par les IDE après contrôle de la prescription, et une traçabilité de l'administration est effectuée en temps réel.</p> <p>Le rangement des médicaments dans les unités de soins se fait par un personnel habilité et sensibilisé à l'erreur médicamenteuse. Un contrôle de l'armoire à pharmacie, du réfrigérateur et du chariot d'urgence est réalisé et tracé mensuellement par une IDE et annuellement par le pharmacien. Une armoire à pharmacie a été mise en place dans l'un des postes de soins pour favoriser la gestion des stocks. Il existe des protocoles d'administration des médicaments à risques pour les chimiothérapies.</p>
<p>E2 Mettre en oeuvre</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>

Les règles de prescription sont mises en œuvre.	Partiellement	Compte tenu de l'indicateur « Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation » et de sa valeur de 23 % pour la campagne de recueil 2011.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Partiellement	L'analyse de la conformité des prescriptions est réalisée pour les délivrances nominatives pour certains médicaments : les antibiotiques injectables, les médicaments coûteux (Remicade, Eprex), les stupéfiants pour les patients hospitalisés en unité de soins continus (USC), en soins palliatifs et les médicaments hors livret thérapeutique. L'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient est réalisée uniquement pour les patients pris en charge pour une chimiothérapie.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	Oui	L'établissement a reçu une autorisation provisoire pour la préparation des anticancéreux. La préparation des anticancéreux est centralisée à la pharmacie sous la responsabilité des pharmaciens. Les locaux sont sécurisés et un personnel dédié est autorisé à rentrer dans ces locaux. Il s'agit d'une unité de construction récente et répondant aux normes de sécurité pour le personnel.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Oui	Les patients pris en charge pour une chimiothérapie sont informés par l'équipe médicale et paramédicale des risques liés à la chimiothérapie et de la bonne utilisation des traitements pour prévenir certains effets secondaires. Dans le cadre d'une EPP portant sur la prise en charge de la douleur après amygdalectomie chez l'enfant, l'information sur la prescription antalgique à domicile a été révisée et une fiche d'information a été établie. Des informations sont faites au patient sur les modalités d'utilisation des pompes PCA. L'établissement participe annuellement à la semaine d'information du patient. Le thème retenu a été « Bien utiliser les médicaments ».

La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'administration des médicaments est assurée en temps réel par les IDE et les sages-femmes sur le document unique « prescription/administration ». Cette traçabilité en temps réel a été facilitée par la mise en place de chariots sécurisés utilisés dans les services d'hospitalisation.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Des audits sur la traçabilité de l'administration médicamenteuse ont été réalisés. Leurs résultats ont permis de rappeler aux IDE l'obligation de tracer l'administration médicamenteuse en temps réel, mais aussi les non administrations par un sigle défini. Les chariots d'urgence et les armoires à pharmacie sont contrôlés tous les mois, et cette vérification est tracée.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Des actions de bon usage des médicaments sont mises en oeuvre. Les bonnes pratiques sont rappelées aux prescripteurs lors de la CME et aux référents lors du COMEDIMS. Des guides de bon usage sont mis à la disposition des professionnels comme le livret thérapeutique, les protocoles d'antibiothérapie, la liste des équivalences DCI/spécialités. Une formation sur la pharmacologie de la douleur a été faite dans l'établissement. Un médecin du centre hospitalier de Troyes référent sur l'antibiothérapie intervient à la demande des médecins de l'établissement selon une convention.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

Cotation		A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA		Constats
L'établissement dispose d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, en vue notamment de réduire la morbi-mortalité évitable.	En grande partie		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA		Constats
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		
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA		Constats

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

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

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

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

Critère 21.b Démarche qualité en laboratoire de biologie médicale

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

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

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

Critère 22.a - Court Séjour

Demande d'examen et transmission des résultats

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

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

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

Critère 22.b Démarche qualité en service d'imagerie

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

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

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

Critère 23.a - Court Séjour Education thérapeutique du patient

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

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

Référence 24: La sortie du patient

Critère 24.a - Court Séjour
Sortie du patient



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Partiellement	Compte tenu de la valeur de l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation" avec un intervalle de confiance à 95 % (34 - 56) pour la campagne 2011.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation". Il n'a pas mis en place d'autres modalités d'évaluation.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Non	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Non	

PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

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

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



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

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

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

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.a Organisation du bloc opératoire



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

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
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.	En grande partie	Une cartographie des risques a été établie pour les différentes prises en charge au bloc opératoire. Les risques identifiés ont été hiérarchisés. Au moment de la visite, les actions préventives n'avaient pas été validées ni intégrées au plan de gestion de risques de l'établissement.
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place (elle comprend l'ensemble des dimensions, y compris la gestion des locaux et des équipements).	Oui	La démarche qualité dans le secteur du bloc opératoire repose sur une implication forte de la direction qui est composée principalement de chirurgiens. Un système documentaire décrit les différents processus. Les responsabilités au sein du bloc sont bien définies et détaillées dans la charte du bloc. Celle-ci intègre également l'organisation et le fonctionnement des différentes modalités de prise en charge. Le suivi des prélèvements et des pressions d'air est régulièrement assuré et des actions sont mises en place en cas de résultat non-conforme.
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	Oui	Une charte de fonctionnement du bloc existe depuis 2004. Elle a été réactualisée récemment par les membres du conseil de bloc et a été validée par la CME. Elle précise les responsabilités des différents intervenants

responsabilités et les modalités d'élaboration et de régulation des programmes opératoires.	Oui	notamment pour l'élaboration du planning opératoire.
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.	En grande partie	L'échange d'informations entre le bloc opératoire et les différents secteurs cliniques ou logistiques est assuré au travers du dossier patient en ce qui concerne les secteurs cliniques ou par des fiches de liaison pour les secteurs logistiques. Ces différents modes de communication sont détaillés dans la charte du bloc. Un projet d'informatisation est prévu pour les semaines suivant la visite.
Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.	En grande partie	Le système d'information en vigueur au bloc au moment de la visite est pour la majorité des informations sous la forme papier. Certaines informations sont informatisées. L'informatisation de l'ensemble de l'établissement est en projet et il est prévu de le mettre en place dans les semaines qui suivront la visite.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un responsable régule les activités du bloc opératoire afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	Oui	L'activité de régulation du bloc est assurée par une chef de bloc. Son rôle est détaillé dans la charte du bloc. Elle assure principalement la mise en place et le respect du planning, la gestion des urgences, le traitement des dysfonctionnements, etc.
La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en œuvre pour toute intervention de l'équipe opératoire.	En grande partie	La mise en place de la check-list "Sécurité du patient au bloc opératoire" est effective. Un audit du respect de la check-list a été effectué en décembre 2012 et a montré que les différents thèmes sont renseignés dans la majorité des cas.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes, incluant les vérifications effectuées, est assurée.	Oui	Tous les dispositifs médicaux implantables sont tracés dans le dossier patient, sur papier et sur informatique. Cette traçabilité est croisée avec le service pharmacie qui utilise le même logiciel et suit par conséquence les DMI jusqu'à leur pose.

Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	En grande partie	Les professionnels médecins ou paramédicaux s'appuient pour leurs pratiques professionnelles dans la majorité des cas sur des procédures et protocoles actualisés et issus des consensus nationaux.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficacité, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est assuré, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Partiellement	La responsable du bloc suit certains indicateurs notamment d'activité et de taux de remplissage des salles. Toutefois, il n'y a pas d'indicateurs qualitatifs suivis. Les fiches d'événements indésirables donnent lieu à des actions d'amélioration mais ces actions ne sont pas intégrées dans le plan qualité de l'établissement.

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

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



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

Un responsable identifié régule les activités, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un recueil et une analyse des événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en œuvre 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	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un recueil et une analyse des événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en œuvre d'actions d'amélioration.	NA	
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		B	
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.	En grande partie	Une cartographie des risques a été établie pour les différentes prises en charge au bloc endoscopique. Les risques identifiés ont été hiérarchisés. Au moment de la visite, les actions préventives n'avaient pas été validées ni intégrées au plan de gestion de risques de l'établissement.	
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.	En grande partie	La démarche qualité dans le secteur du bloc opératoire repose sur une implication forte de la direction qui est composée principalement de chirurgiens. Un système documentaire décrit les différents processus en endoscopie, notamment tout ce qui concerne le nettoyage, désinfection et maintenance des endoscopes. Les responsabilités au sein du secteur endoscopie du bloc sont bien définies. Le suivi des prélèvements bactériologiques est régulièrement assuré et des actions sont mises en place en cas de résultat non-conforme.	

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.	En grande partie	L'échange d'informations entre le bloc opératoire et les différents secteurs cliniques ou logistiques est assuré au travers du dossier patient en ce qui concerne les secteurs cliniques ou par des fiches de liaison pour les secteurs logistiques. Ces différents modes de communication sont détaillés dans la charte du bloc. Un projet d'informatisation est prévu pour les semaines suivant la visite.
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	En grande partie	Le système d'information en vigueur au bloc au moment de la visite est pour la majorité des informations sous la forme papier. Certaines informations sont informatisées. L'informatisation de l'ensemble de l'établissement est en projet et il est prévu de le mettre en place dans les semaines qui suivront la visite.
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.	Oui	L'activité de régulation du bloc est assurée par un chef de bloc qui est assisté par un responsable du secteur endoscopie. Son rôle est détaillé dans la charte du bloc. Elle assure principalement la mise en place et le respect du planning, la gestion des urgences, le traitement des dysfonctionnements, etc.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	Oui	Les professionnels médecins ou paramédicaux s'appuient pour leurs pratiques professionnelles sur des procédures et protocoles actualisés et issus des consensus nationaux.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	Oui	Tous les dispositifs médicaux implantables sont tracés dans le dossier patient, sur papier et sur informatique. Cette traçabilité est croisée avec le service pharmacie qui utilise le même logiciel et suit par conséquent les DMI jusqu'à leur pose.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

<p>Un recueil et une analyse des événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en œuvre d'actions d'amélioration.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'analyse des événements indésirables est faite par la responsable du bloc. Cette analyse conduit à la mise en place d'actions d'amélioration. Toutefois, ces actions ne sont pas intégrées dans le plan qualité de l'établissement.</p>
<p>La réalisation d'audits et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>La responsable du bloc suit certains indicateurs notamment d'activité et de taux de remplissage des salles. Toutefois, il n'y a pas d'indicateurs qualitatifs suivis. Les fiches d'événements indésirables donnent lieu à des actions d'amélioration mais ces actions ne sont pas intégrées dans le plan qualité de l'établissement.</p>

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.c

Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique

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

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

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

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

PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.a

Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles



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

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

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles**Critère 28.b
Pertinence des soins****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

Les enjeux liés à la pertinence des soins sont identifiés au sein de l'établissement.

Oui

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

Des analyses de la pertinence des soins sont réalisées, et permettent la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.

En grande partie

Des guides de bon usage des soins sont mis à la disposition des professionnels.

En grande partie

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

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

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

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



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

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

6.INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Les indicateurs généralisés actuellement recueillis

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

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

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

Éléments de lecture du tableau

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

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

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

Remarque :

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

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

Etablissement : CLINIQUE DE CHAMPAGNE - TROYES (100002351)

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					

Etablissement : CLINIQUE DE CHAMPAGNE - TROYES (100002351)

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)	75 [71 - 78]		(-)	↗	69 [65 - 74]		(-)	NA	61 [56 - 65]		(-)	→				
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (%)	44 [33 - 55]		(-)	↗	48 [37 - 58]		(-)	→	45 [34 - 56]		(-)	→				
Traçabilité de l'évaluation la douleur (%)	73 [63 - 82]		(=)	→	74 [64 - 83]		(=)	→	69 [59 - 79]		(-)	→				
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 (%)	85 [77 - 93]		(=)	↗	88 [80 - 95]		(=)	→	93 [87 - 98]		(+)	→				

Etablissement : CLINIQUE DE CHAMPAGNE - TROYES (100002351)

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					

Etablissement : CLINIQUE DE CHAMPAGNE - TROYES (100002351)

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)	76 [73 - 78]		NA	↗	76 [74 - 79]		(-)	→	83 [79 - 86]		(=)	→				

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	HAS Certification V2	avril 2009	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stérilisation des dispositifs médicaux	Inspection de la pharmacie	27 décembre 2007	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Renouvellement d'autorisation d'activité de stérilisation DM
Désinfection des dispositifs médicaux	Inspection de la pharmacie	27 décembre 2007	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Renouvellement d'autorisation d'activité de stérilisation DM
Laboratoires d'analyses de biologie médicale			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sous-traité
Infrastructures			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas de contrôle
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input type="checkbox"/>	Commission de sécurité	25 mai 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"/>	
Sécurité électrique	Commission de sécurité	25 mai 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"/>	
Hygiène alimentaire et eau d'alimentation	DDCSPP de l'Aube	29 septembre 2011	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Notation B = non conformité mineur
Eaux à usage médical	Laboratoire d'analyses BIOLAVI	11 mai 2012	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contrôle selon le programme annuel de surveillance des eaux
Eaux à usage technique	Laboratoire d'analyse BIOLAVI	11 mai 2012	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contrôle selon le programme de surveillance des eaux
Eaux chaudes sanitaires	Laboratoire d'analyses des eaux du centre hospitalier de Troyes	février 2012	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Réaliser 1 à 2 fois par an
Déchets à risques infectieux et pièces anatomiques.	HAS Certification V2	avril 2009	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convention avec la société SITA DECTRA pour la collecte et l'élimination des déchets
Déchets à risques radioactifs	HAS Certification V2	avril 2009	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convention avec la société SITA DECTRA pour la collecte et

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	
										l'élimination
Déchets à risques chimiques et toxiques, effluents liquides			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas de contrôle
Produits sanguins labiles			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sous-traité
Sécurité anesthésique			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sous-traité
Secteur opératoire			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pas de contrôle
Imagerie et exploration fonctionnelle			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sous-traité
Radiothérapie			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sous-traité
Prévention des risques liés à l'inhalation de poussière d'amiante	SOCOTEC	7 juillet 2004	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	