



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION V2010

CLINIQUE DE LA CIOTAT

Boulevard lamartine - 13600 - La Ciotat

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

| | |
|--|------------|
| 5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES | 28 |
| CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT | 30 |
| PARTIE 1. Management stratégique | 31 |
| PARTIE 2. Management des ressources | 56 |
| PARTIE 3. Management de la qualité et de la sécurité des soins | 97 |
| | |
| CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT | 123 |
| PARTIE 1. Droits et place des patients | 124 |
| PARTIE 2. Gestion des données du patient | 151 |
| PARTIE 3. Parcours du patient | 160 |
| PARTIE 4. Prises en charge spécifiques | 209 |
| PARTIE 5. Evaluation des pratiques professionnelles | 228 |
| | |
| 6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE | 235 |
| | |
| 7. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE | 237 |

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 LA CIOTAT

Adresse : Boulevard lamartine
13600 La Ciotat BOUCHES-DU-RHONE

Site internet: www.clinique-de-la-ciotat.fr

Statut : Privé

Type d'établissement : Etablissement privé à but lucratif

| Type de prise en charge | Nombre de lits | Nombre de places | Nombre de séances |
|-------------------------|----------------|------------------|-------------------|
| Court séjour | 60 | 18 | 2634 |

| | |
|--|---|
| Nombre de sites.: | - 1 site |
| Activités principales.: | - Chirurgie. - Chirurgie esthétique. - Dialyse. |
| Activités de soins soumises à autorisation.: | - Activité de chirurgie. - Activité de chirurgie esthétique. - Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale. |
| Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.: | / |

Réorganisation de l'offre de soins

| | |
|--|---|
| Coopération avec d'autres établissements.: | <p>- Convention de coopération sanitaire interétablissements : « Dispositif d'orientation et de traitement des patients de la Clinique de La Ciotat relevant d'un Service d'Urgence / Dispositif d'orientation et de traitement des patients de la Clinique de La Ciotat relevant d'un Service de Réanimation » avec le Centre Hospitalier de La Ciotat (15.10.2005).</p> <p>- Convention de coopération sanitaire interétablissements : « Dispositif d'orientation et de traitement des patients de la Clinique de La Ciotat relevant d'un Service de Réanimation » avec la Clinique Vert Coteau (02.01.2012).</p> <p>- Convention de coopération sanitaire interétablissements : « Dispositif de traitement du cancer » avec la Clinique Vert Coteau (01.01.2012).</p> <p>- Convention de coopération sanitaire interétablissements : « Dispositif d'orientation et de traitement des patients de la Clinique de La Ciotat relevant d'un Scannographe » avec la Clinique Vert Coteau et avec le Centre Hospitalier de La Ciotat (01.01.2012).</p> |
| Regroupement/Fusion.: | / |

Réorganisation de l'offre de soins

| | |
|---|---|
| Arrêt et fermeture d'activité.: | / |
| Création d'activités nouvelles ou reconversions.: | - Confirmation d'autorisation d'activité de Traitement de l'Insuffisance Rénale Chronique par la pratique de l'Épuration ExtraRénale du Centre d'Autodialyse de La Ciotat (SAS SOMEDIA-130811052), après cession à la Clinique de La Ciotat (SAS Clinique de La Ciotat-130781867), avec transfert des locaux dans la Clinique de La Ciotat – Pôle de Santé Public-Privé (Articles R. 6122 et L. 6122 du Code de la santé publique) par décision de l'ARS PACA du 18 juillet 2011. |

2.DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1.Niveau de certification

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

Décisions

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

4. Critères investigués lors de la visite de certification

La visite de certification s'est déroulée du 10/09/2013 au 13/09/2013.
L'équipe d'Experts Visiteurs a investigué les critères suivants :

MANAGEMENT STRATÉGIQUE

1.a, 1.f, 2.e

MANAGEMENT DES RESSOURCES

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

MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

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

DROITS ET PLACE DES PATIENTS

10.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

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

PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

26.a, 26.b Endoscopie

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

28.a, 28.b, 28.c

5.Suvi de la décision

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

3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS

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

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

Ensemble des thématiques du manuel

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

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

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

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

Pratiques exigibles prioritaires

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

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

Ces pratiques exigibles prioritaires concernent les critères suivants :

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

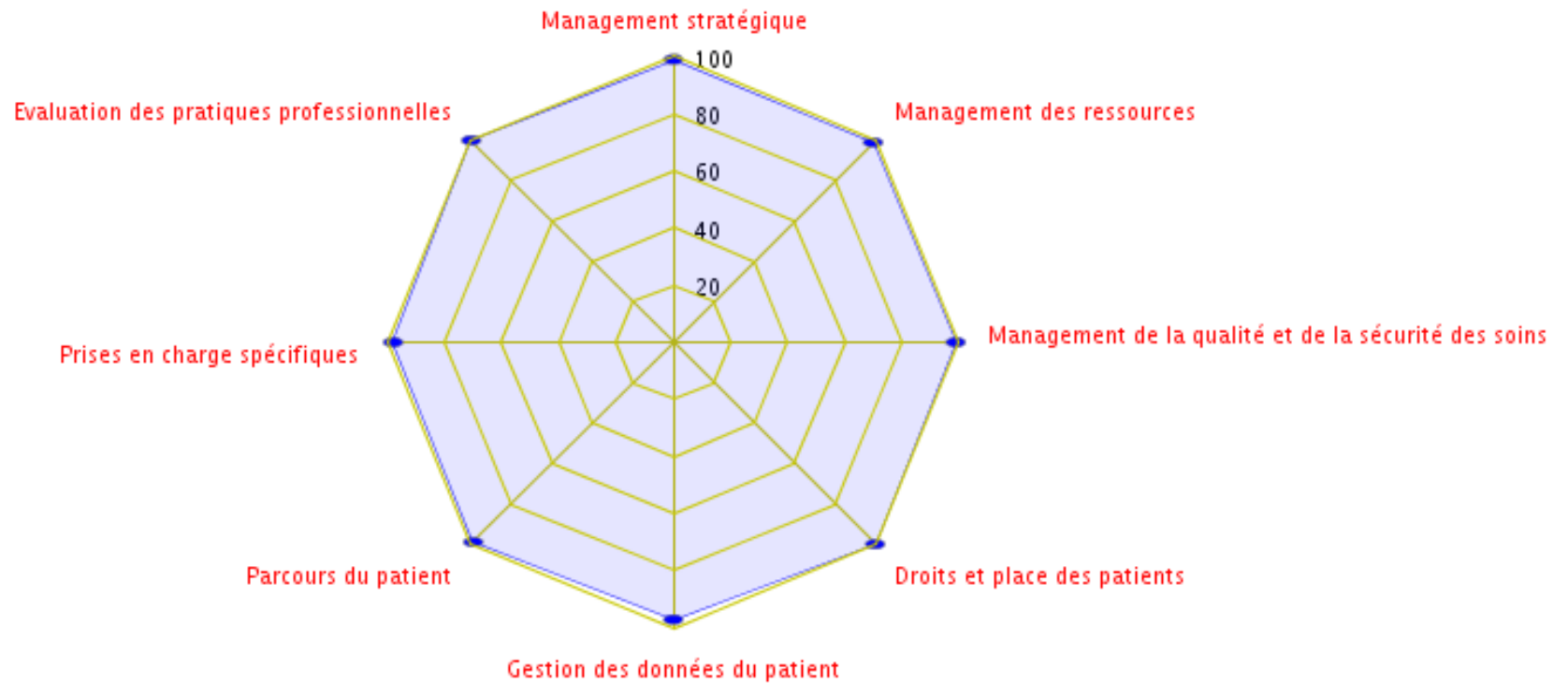
Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement.

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

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

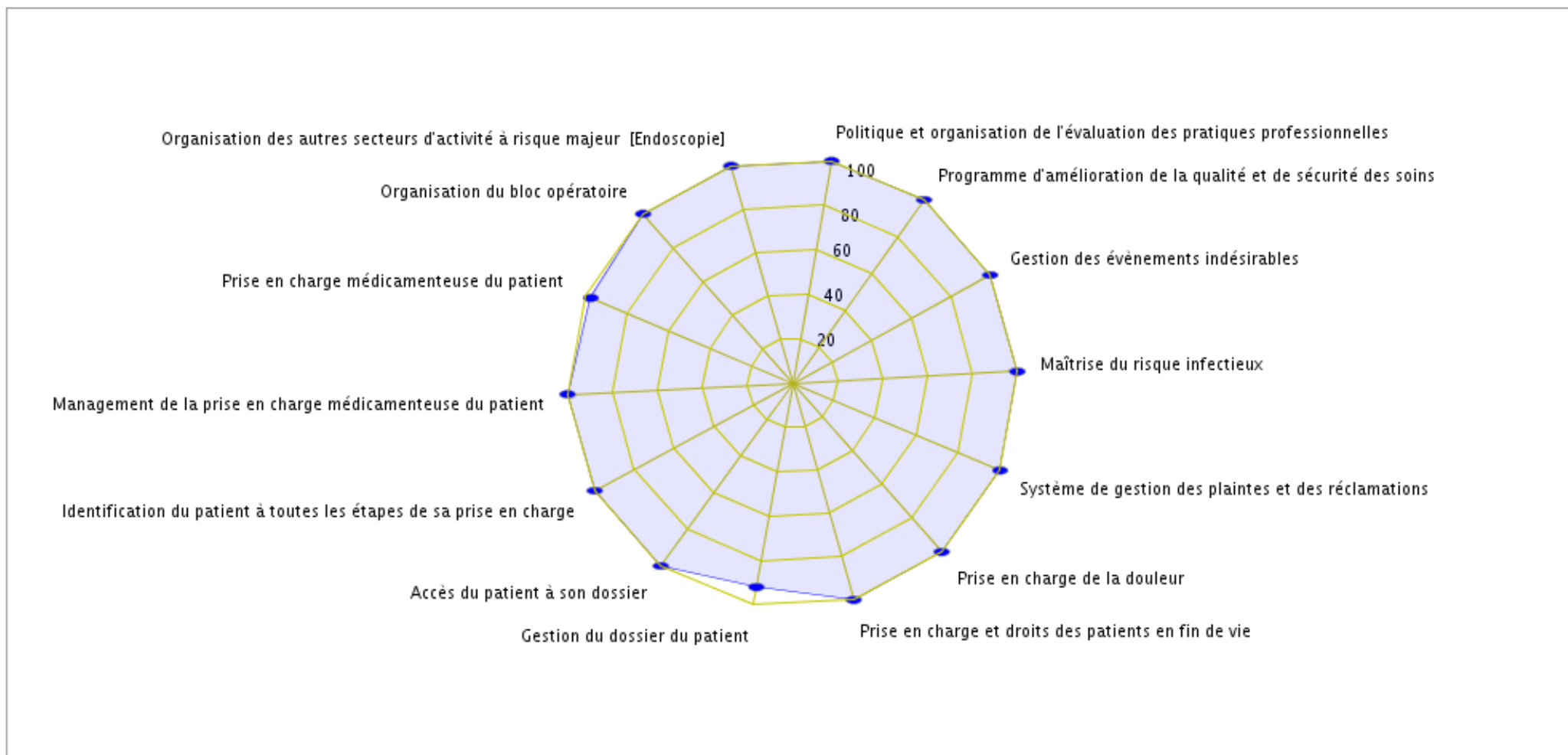
- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (10a),
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b),
- Respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c),
- Accueil et accompagnement de l'entourage (10d),
- Information du patient sur son état de santé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

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

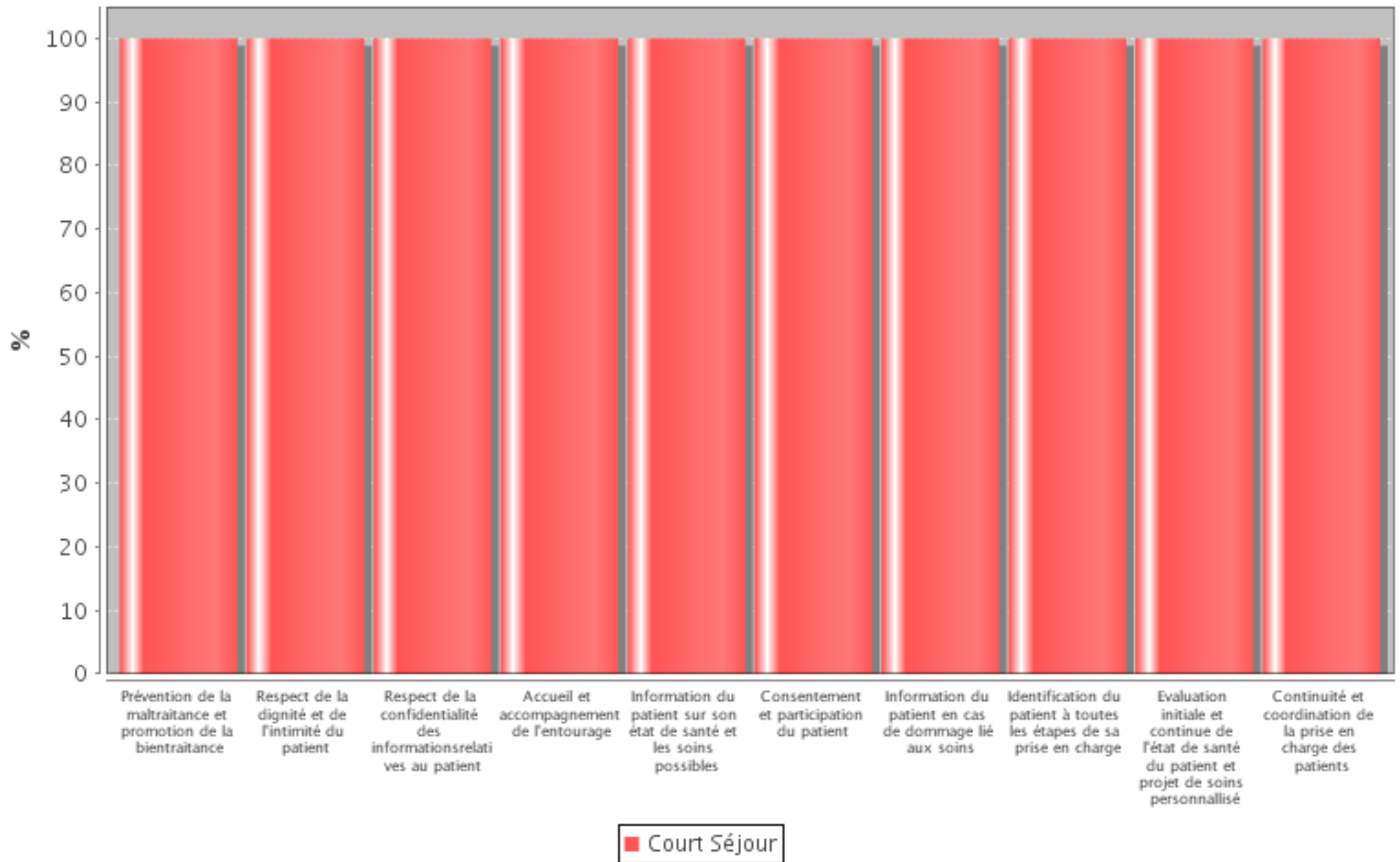


Les libellés des points fort (> 90%) sont en rouge.

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



3. Regard patient



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

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

5.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

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

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.b Engagement dans le développement durable

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.c Démarche éthique

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.d Politique des droits des patients

| Cotation | | |
|--|------------------------|-----------------|
| 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. | Oui | |
| E3 Evaluer et améliorer | Réponses aux EA | Constats |

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

| Cotation | | |
|---|-----------------|----------|
| E1 Prévoir | Réponses aux EA | Constats |
| La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est intégrée dans les orientations stratégiques. | Oui | |
| L'instance délibérante statue au moins une fois par an sur cette politique. | Oui | |
| E2 Mettre en oeuvre | Réponses aux EA | Constats |
| La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est diffusée dans l'établissement. | Oui | |
| Des objectifs et des indicateurs, validés par la direction, sont déclinés à l'échelle de l'établissement et par secteur d'activité. | Oui | |

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La stratégie de développement de l'EPP est formalisée et intégrée au projet d'établissement (2012-2016). La politique précise l'engagement de la clinique en termes d'EPP, les thèmes retenus, les objectifs et les modalités d'organisation. Le renforcement de l'évaluation des pratiques professionnelles est l'une des orientations de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

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

Oui

La politique EPP et le choix des thèmes des EPP ont été définis en CME par la Direction de façon consensuelle avec les médecins et les professionnels de santé. Des thèmes EPP ont été retenus, conformément aux directives de la HAS. Les EPP ont été choisis en fonction des activités de l'établissement dans le but d'harmoniser les pratiques et de comparer ces pratiques avec, si possible, les autres établissements du Groupe. Le dispositif de concertation est en place entre les professionnels de santé et la Direction dans le cadre d'une sous-commission de la CME.

| Les missions et les responsabilités sont définies afin d'organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médico-technique. | Oui | Les missions et les responsabilités relatives à l'organisation, la coordination, l'accompagnement, le suivi des démarches et la communication sont définies et décrites dans la politique EPP (médecin pilote, direction qualité, assistante de direction). Les EPP impliquent toutes les activités de la clinique et chaque EPP est pilotée par un médecin avec une participation pluriprofessionnelle. |
|--|------------------------|--|
| E2 Mettre en oeuvre | Réponses aux EA | Constats |
| Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en œuvre de l'EPP. | Oui | Les médecins pilotes bénéficient d'un soutien méthodologique assuré par une assistante de Direction Qualité, chargée des EPP. Les personnels soignants sont sollicités pour leur expertise et leur compétence. L'accompagnement est adapté aux besoins des professionnels. L'assistante de Direction Qualité formalise les outils d'évaluation et procède à l'analyse des résultats. |
| L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP. | Oui | La sous-commission EPP de la CME assure le suivi et l'évaluation des résultats des actions engagées. Le président de la CME est le correspondant médical EPP, et à ce titre coordonne les démarches engagées en lien avec ses confrères. Le comité de pilotage (COFIL) s'assure de l'état d'avancement des EPP au cours des Revues de Direction quadrimestrielles. En dehors des thèmes d'EPP retenus pour la Certification V2010, les résultats des différents audits des secteurs d'activité sont suivis et analysés dans les instances concernées et en Revue de Direction. |
| Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus. | Oui | Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP dans l'espace professionnel du site internet de la clinique, et dans le bulletin d'information interne. Les résultats des EPP sont suivis lors des CME et en Comité de Pilotage. Les comptes-rendus sont mis à disposition des professionnels sur le site internet. La communication des résultats des EPP est également réalisée au travers du bulletin d'information interne. |

| E3 Evaluer et améliorer | Réponses aux EA | Constats |
|--|-----------------|--|
| L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances. | Oui | Le suivi des EPP est réalisé lors de chaque CME dans le cadre de la sous-commission EPP, ainsi qu'en Comité de pilotage, en Revues de Direction, en Conseil de bloc. Les instances concernées par la thématique sont informées. |
| La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus. | Oui | La révision de la stratégie de développement de l'EPP est réalisée dans le cadre de la sous-commission EPP de la CME, et porte sur les objectifs, les actions engagées et les moyens utilisés en fonction des résultats obtenus. |

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

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

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

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

Critère 2.a

Direction et encadrement des secteurs d'activités

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

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

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

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

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

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

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

Critère 2.c Fonctionnement des instances

| Cotation | | |
|--|------------------------|-----------------|
| E1 Prévoir | Réponses aux EA | Constats |
| Les instances consultatives et délibérantes sont réunies à périodicité définie, et saisies sur toutes les questions qui relèvent de leurs compétences. | Oui | |
| E2 Mettre en oeuvre | Réponses aux EA | Constats |
| Les ordres du jour et procès-verbaux des instances sont communiqués au sein de l'établissement. | 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.). | Oui | |
|---|-----|--|

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

Critère 2.d Dialogue social et implication des personnels

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

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

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



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

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

PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.a Management des emplois et des compétences

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.c Santé et sécurité au travail

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

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

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.d Qualité de vie au travail

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

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

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.a Gestion budgétaire

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

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

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.b Amélioration de l'efficience

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

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.a Système d'information

| Cotation | | |
|---|------------------------|-----------------|
| 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. | Oui | |
|--|-----|--|

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.b Sécurité du système d'information

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

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.c Gestion documentaire

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.a Sécurité des biens et des personnes

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

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

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

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.c Qualité de la restauration

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

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

| E3 Evaluer et améliorer | Réponses aux EA | Constats |
|---|------------------------|-----------------|
| La satisfaction des consommateurs concernant la prestation restauration est évaluée, et des actions d'amélioration sont mises en 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. | Oui | |
| Les approvisionnements correspondent aux besoins des secteurs. | Oui | |

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.e Fonction transport des patients

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

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

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 éco-responsable. | 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 éco-responsable pour certains produits ou services. | Oui | |

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.g
Gestion des fonctions logistiques au domicile



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

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

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

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

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

Critère 7.a Gestion de l'eau

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

| | | |
|---|------------------------|-----------------|
| Un suivi des postes de consommation d'eau est assuré. | Oui | |
| Un suivi des différents types de rejet est assuré. | En grande partie | |
| 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.

Oui

Des dispositions sont prévues en cas de travaux.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Un plan et des procédures de surveillance et de maintenance de la qualité de l'air, en concertation avec l'EOH ou la CME et le CHSCT, sont mis en oeuvre.

Oui

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

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un diagnostic énergétique est réalisé.

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Un plan de maintenance des installations est mis en oeuvre.

Oui

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

En grande partie

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

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

Critère 7.d Hygiène des locaux

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

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

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

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

Critère 7.e Gestion des déchets

| | | |
|---|------------------------|-----------------|
| Cotation | A | |
| E1 Prévoir | Réponses aux EA | Constats |
| L'établissement a catégorisé et quantifié sa production de déchets et d'effluents. | Oui | |
| La politique en matière de déchets est définie en concertation avec les instances concernées. | Oui | |
| Les procédures de gestion des déchets sont établies. | Oui | |
| E2 Mettre en oeuvre | Réponses aux EA | Constats |
| Le tri des déchets est réalisé. | Oui | |

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

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

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

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Le programme d'amélioration de la qualité et sécurité des soins est formalisé. Il se présente sous la forme de plans d'action. Il est validé tous les 4 mois par la Revue de Direction, outil central de management de l'établissement et présenté aux instances. Les actions sont déclinées au niveau des services. Un comité de pilotage en assure le suivi avant chaque Revue de Direction. Une gestion et maîtrise documentaire s'intègrent à cette politique managériale. La Commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique infirmiers prend en compte dans ses objectifs le programme qualité. Le CPOM (2012-2016) a inscrit dans ses orientations des objectifs qualité qui complètent le programme de l'établissement.

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

Oui

Les instances et la Revue de Direction veillent au respect de la conformité du programme avec la réglementation. La CME valide le programme qualité. L'analyse des événements indésirables majeurs s'inscrit dans ce programme à travers le COVIGERIS (Comité des Vigilances et Gestion des Risques) qui agit en continu avec le service qualité et la Revue de

| | | |
|---|------------------------|---|
| | Oui | Direction. La lutte contre les infections liés aux soins ainsi que la politique du médicament sont intégrées en permanence au programme, ainsi que les alertes des autres vigilances. L'analyse des plaintes et réclamations est prise en compte dans le programme à travers la Revue de Direction. |
| Les activités réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins sont prises en compte. | Oui | Le dispositif d'accréditation des médecins est intégré lors de l'accueil d'un nouveau médecin. L'attestation HAS constitue un élément dans les pièces à fournir pour le dossier. Les médecins sont également informés qu'en cas d'événements porteurs de risques, il est important qu'une déclaration soit faite auprès de l'établissement par l'intermédiaire d'une fiche d'événement indésirable afin d'être prise en compte dans le programme d'action. Une évaluation annuelle du dispositif d'accréditation des médecins est faite en CME. |
| Le programme est soumis aux instances. | Oui | Les membres des différentes instances sont impliqués dans le management par la qualité, à travers le Comité de pilotage et la Revue de Direction. Les orientations et plans d'action sont présentés annuellement aux instances. |
| E2 Mettre en oeuvre | Réponses aux EA | Constats |
| Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en oeuvre dans les secteurs d'activité. | Oui | Des plans d'action sont validés tous les 4 mois dans une démarche-projet auprès de la Revue de Direction. Ils regroupent tous les secteurs d'activité. Ils s'appuient sur des indicateurs de suivi. Des actions prioritaires sont définies en fonction des enjeux, du contexte, avec un responsable projet qui en rend compte devant la Revue de Direction. |
| E3 Evaluer et améliorer | Réponses aux EA | Constats |
| Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré. | Oui | Le suivi des plans d'action par activité est géré par le directeur qualité et ses assistants. Il en vérifie l'état d'avancement et apporte une aide méthodologique si nécessaire. Le tableau de suivi est présenté à la Revue de Direction tous les 4 mois, par le directeur qualité et les plans spécifiques par les chefs de projets. Le suivi des CREX et RMM est assuré par le même pilotage. |

| | | |
|--|-----|--|
| L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement. | Oui | L'évaluation du programme qualité est faite chaque année lors de la première séance de la Revue de Direction, à partir d'un bilan de performance réalisé sur l'année N-1. Ce bilan annuel est aussi présenté dans les différentes instances. Il est communiqué sur le site internet à l'ensemble des professionnels. |
| Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations. | Oui | Chaque quadrimestre le programme est réajusté en Revue de Direction, instance managériale centrale de l'établissement. Tous les éléments nouveaux sont intégrés dans ces réajustements à 4 mois en lien avec la Direction qualité et la Direction de la gestion des risques. |

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

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

Critère 8.c
Obligations légales et réglementaires

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

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

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

Critère 8.d
Evaluations des risques à priori

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

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

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

Critère 8.e
Gestion de crise

| | | |
|---|------------------------|-----------------|
| Cotation | A | |
| 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. | Oui | |
| E2 Mettre en oeuvre | Réponses aux EA | Constats |
| Une cellule de crise est opérationnelle. | Oui | |

| | | |
|---|------------------------|-----------------|
| Les procédures d'alerte pour les situations de crise et les plans d'urgence sont opérationnelles. | 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. | Oui | |
| Il existe un système de retour d'expérience suite à ces exercices. | Oui | |

Critère 8.f
Gestion des évènements indésirables



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une organisation est en place afin d'assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.

Oui

Une organisation est en place pour assurer le signalement des événements indésirables. Elle est pilotée par le Comité de Vigilance et de Gestion des Risques (COVIGERIS). Une procédure de signalement est disponible. Elle décrit les modalités pratiques de transmission des informations, événements indésirables mineurs ou majeurs, au sein de l'établissement, ainsi que la déclaration a priori des risques. Elles concerne tous les personnels et tous les secteurs d'activité. Les risques professionnels y sont de fait intégrés. Un formulaire d'enregistrement est disponible en version papier et version informatisée. Il s'agit d'une information immédiate sur la base d'une observation ou d'un constat. Les notions de gravité et fréquence sous forme de matrice font parties des documents communiqués à l'ensemble des professionnels, relayés par l'encadrement. Selon la gravité de l'événement, une instruction définit les modalités de traitement des événements par les responsables de service au travers d'une enquête, afin de définir l'action correctrice immédiate. Les causes profondes font l'objet d'études structurées grâce à des outils adaptés (AMDEC, RMM, CREX).

| | | |
|--|------------------------|---|
| | Oui | Le Comité de Vigilances coordonne l'ensemble de la gestion des événements indésirables en lien avec la Direction qualité. La CRU participe à ce dispositif par l'analyse des plaintes et réclamations, de même que les correspondants des vigilances à travers leurs alertes spécifiques. |
| E2 Mettre en oeuvre | Réponses aux EA | Constats |
| Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement. | Oui | Les nouveaux arrivants sont formés aux procédures obligatoires de signalement et de traitement. Cette acquisition est contrôlée par l'encadrement. Tous les éléments d'information sont en ligne sur le site internet à la disposition des professionnels, information relayée par l'encadrement auprès des salariés. La gestion des risques s'inscrit dans les priorités du plan de formation annuel, et certains risques font l'objet de formations obligatoires (risque incendie, hygiène et lavage des mains, identification patient, etc.). |
| Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes. | Oui | Les pilotes du dispositif, en particulier les assistantes qualité et assistantes gestion des risques et encadrement ont été formés spécifiquement à la méthodologie d'analyse des causes. Ils sont chargés de former les professionnels de terrain à la hiérarchisation des risques et à l'analyse des causes. Il en va de même pour les risques professionnels. |
| L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés. | Oui | Chaque jour, la Direction des vigilances enregistre les fiches de signalement dans un logiciel en indiquant tous les éléments utiles au traitement. Elle évalue à son tour la gravité et la fréquence, afin de faciliter la bonne organisation de l'enquête. L'analyse des événements indésirables graves fait l'objet d'études spécifiques en lien avec des personnes ressources et les acteurs impliqués. Des méthodes adaptées sont utilisées (arbre des causes, AMDEC, CREX, etc.). Cette démarche est systématique pour tous les événements indésirables majeurs. Ils sont intégrés dans les plans d'action qualité. |
| E3 Evaluer et améliorer | Réponses aux EA | Constats |

| | | |
|---|-----|---|
| Des actions correctives sont mises en œuvre à la suite des analyses. | Oui | Des actions correctrices sont mises en œuvre en fonction du degré de gravité ou de fréquence des événements indésirables recueillis. Elles sont coordonnées par le COVIGERIS. |
| Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement. | Oui | Les causes profondes font l'objet d'un traitement particulier en lien avec les acteurs concernés, à travers l'analyse des causes profondes et ses outils. Une fiche d'écart permet le suivi des actions d'amélioration. Elles sont traitées en Revue de Direction quadrimestrielle pour s'intégrer dans les plans d'action qualité. Un bilan annuel est réalisé, et une présentation est faite aux instances. |
| L'efficacité des actions correctives est vérifiée. | Oui | Les événements indésirables graves ou récurrents alimentent la cartographie générale des risques, et font l'objet d'une prise en compte spécifique en Revue de Direction. Ils font l'objet d'un bilan annuel formalisé qui s'intègre à la politique qualité et gestion des risques. |

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

Critère 8.g
Maîtrise du risque infectieux



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

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

Critère 8.h
Bon usage des antibiotiques



| | | |
|--|---|--|
| Cotation | A | |
| Indicateur ICATB du tableau de bord des infections nosocomiales | Classe associée à la valeur du score ICATB | Constats |
| Score à disposition de l'établissement au moment de la visite. | A | |
| E2 Mettre en oeuvre | Réponses aux EA | |
| La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heure est inscrite dans le dossier du patient. | Oui | La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e heure et la 72e heure est inscrite dans le dossier patient informatisé. En l'absence de réévaluation à la 72e heure, l'administration est bloquée. |

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

Critère 8.i
Vigilances et veille sanitaire

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

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

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

Critère 8.j
Maîtrise du risque transfusionnel

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

| | | |
|--|------------------------|-----------------|
| Cotation | 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. | Oui | |

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

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

Critère 8.k
Gestion des équipements biomédicaux

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

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

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

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a défini une organisation pour la gestion des plaintes et réclamations. La surveillante générale remplit cette fonction. Elle exerce une permanence tous les jeudi, reçoit les usagers, et se rend régulièrement auprès des patients de la clinique. Le secrétariat de Direction peut recevoir directement plaintes et réclamations. Un registre unique est en place. Une procédure interne existe et se trouve formalisée dans le livret d'accueil des patients. La CRU se réunit tous les 3 mois. Elle se compose des différents corps professionnels et de la présence d'associations d'usagers. Elle est présidée par le directeur général. Le dispositif d'information des usagers est précisé. Les comptes-rendus de cette commission sont publiés et sont accessibles sur le site internet. Le dispositif de médiation est organisé.

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

Oui

Le système de déclaration des événements indésirables prend en compte les demandes des usagers en matière de plaintes et réclamations, ce que prévoit le règlement intérieur de la CRU. Dès lors cette procédure fait le lien entre les différents acteurs pouvant être impliqués, s'intégrant au

| | | |
|---|------------------------|---|
| | Oui | circuit de traitement des événements indésirables. Une copie est faite à la Direction. |
| E2 Mettre en oeuvre | Réponses aux EA | Constats |
| Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés. | Oui | Plaintes et réclamations sont enregistrées dans un registre unique, informatisé, mentionnant : date, nom de l'usager, objet de la demande, date de réponse. Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés et ceux-ci sont associés à la réponse. Tout événement indésirable fait l'objet, après analyse, de mesures correctives, et s'inscrit dans la politique d'amélioration de la qualité de la clinique. |
| Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en œuvre. | Oui | Le plaignant est informé des suites dans un délai qui n'excède pas huit jours. Si nécessaire le directeur, en lien avec la CRU, fait appel au médecin médiateur. Le faible nombre de plaintes et réclamations permet à l'établissement d'agir rapidement. |
| E3 Evaluer et améliorer | Réponses aux EA | Constats |
| L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et des réclamations, incluant le suivi du délai de réponse au plaignant, contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge. | Oui | L'intégralité des plaintes et réclamations fait systématiquement l'objet d'une étude au sein de la CRU. Elles sont réparties par service et par type de demande. Elles sont intégrées au rapport annuel de la CRU. Les rapports sont présentés régulièrement aux diverses instances. Elles sont accompagnées des actions d'amélioration mises en œuvre dans le plan d'action qualité. Les plaintes les plus significatives peuvent faire l'objet de fiches d'écart. Les délais font l'objet d'une analyse annuelle. |

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

Critère 9.b Evaluation de la satisfaction des usagers

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

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

CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.a - Court Séjour Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance

| 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. | Oui | |
| 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. | Oui | |
| Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre. | Oui | |
| E3 Evaluer et améliorer | Réponses aux EA | Constats |
| Les actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont suivies et évaluées. | Oui | |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.e - Court Séjour

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

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

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

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

Critère 11.a - 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.). | Oui | |

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

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

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

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

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

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

Critère 11.c - Court Séjour

Information du patient en cas de dommage lié aux soins

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

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

Référence 12: La prise en charge de la douleur

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a défini une politique et une stratégie de prise en charge de la douleur. Politique et stratégie sont précisées dans le règlement intérieur du CLUD. Ce règlement intérieur, formalisé, comporte des objectifs de prise en charge, l'identification des modes de prise en charge de la douleur ainsi que les moyens mis en œuvre pour tous les secteurs d'activité. Cette stratégie a été définie avec tous les acteurs concernés, les référents douleur, la surveillante générale et les membres du CLUD. Elle est déployée dans tous les secteurs d'activités de la clinique.

Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.

Oui

Plusieurs protocoles ont été définis, adaptés aux différentes prises en charge. Ils répondent à la prévention des douleurs aiguës, aux douleurs induites par les soins et aux douleurs chroniques : protocole en salle de SSPI, protocole douleur en service de soins, protocole des blocs nerveux périphériques par cathéter, protocole douleur relais per os des antalgiques, etc. Les protocoles de prévention des douleurs liées aux actes diagnostiques et aux traitements

| | | |
|---|------------------------|---|
| | Oui | potentiellement douloureux sont définis. Les protocoles sont rédigés en associant les professionnels, dans le cadre du CLUD. Ils sont réactualisés tous les ans par la surveillante générale et les équipes de soins, et sont validés par le CLUD. L'accessibilité des protocoles est facilitée. Ils se trouvent dans les secteurs de soins en version papier et/ou version informatique. |
| E2 Mettre en oeuvre | Réponses aux EA | Constats |
| Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité. | Oui | L'établissement met en place chaque année à l'intention des soignants, un programme de formation relative à la prise en charge de la douleur. Le programme et les supports de formation en attestent. En interne, l'IDE référente douleur et la présidente du CLUD dispensent des formations sur le thème très régulièrement et systématiquement pour les nouveaux arrivants. L'IDE référente est détachée un jour par mois pour mener à bien les formations, les audits ainsi que la réactualisation des protocoles. Un module de formation spécifique douleur est en cours de développement dans le cadre de la formation interne des personnels soignants à partir d'un programme en E-learning. |
| Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur. | Oui | Le patient est informé sur les modalités de prise en charge de la douleur au sein de l'établissement : lors de la consultation avec le praticien et plus particulièrement lors de la consultation d'anesthésie, au travers du livret d'accueil, du livret d'information patient, de panneaux d'affichage et lors de son admission par le personnel soignant. Dès l'entrée, un livret spécifique douleur est remis au patient. Pour la prise en charge de la douleur de l'enfant, des supports spécifiques comportant des informations et des conseils éducatifs sont remis aux parents. Ces différents livrets servent de support aux professionnels pour mettre en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur. Dans l'espace patient, sur le site internet de la clinique, les patients ont à leur disposition des informations |

| | | |
|--|------------------------|---|
| | Oui | sur la prise en charge de la douleur. |
| La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée. | Oui | Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation la douleur » et de sa valeur de 100 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [100 %-100 %] pour la campagne de recueil 2011. |
| Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur. | Oui | L'efficacité d'un traitement algique, dans tous les secteurs d'activité, fait l'objet d'une évaluation. La douleur est évaluée dès l'entrée du patient, et l'évaluation est tracée. En postopératoire, la réévaluation (toutes les 4 heures) est systématique. Le traitement est ajusté en fonction des évaluations et tracé dans le dossier informatisé du patient. Le suivi de la prise en charge de la douleur tout au long du séjour est tracé sur les supports mis en place par l'établissement : <ul style="list-style-type: none"> - sur le recueil de données lors de l'admission du patient ; - sur le diagramme de surveillance dans le suivi informatisé du patient (une courbe en couleur permet de visualiser rapidement l'évaluation de la douleur) ; - sur la fiche de suivi kinésithérapie dans le cadre de l'évaluation de la douleur lors de mobilisations douloureuses ; - sur la feuille de surveillance en SSPI. Les différentes échelles d'hétéro-évaluation déterminent l'intensité de la douleur, et les seuils de traitements sont régis par des protocoles. |
| Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels. | Oui | Les besoins en moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants sont identifiés. Des échelles spécifiques sont mises à disposition des professionnels. |
| E3 Evaluer et améliorer | Réponses aux EA | Constats |

| | | |
|--|------------|---|
| <p>Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.</p> | <p>Oui</p> | <p>Des actions d'évaluation du niveau d'appropriation et d'utilisation des outils sont en place. Des audits de pratique et des formations sont menés régulièrement par l'infirmière référente et les membres du CLUD. Les résultats des audits sont communiqués en CLUD, en Revues de Direction et lors des réunions de la commission des soins infirmiers, et restitués aux personnels soignants.</p> |
| <p>La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.</p> | <p>Oui</p> | <p>L'établissement recueille l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation la douleur ». Il a mise en œuvre d'autres modalités d'évaluation. La satisfaction de la prise en charge de la douleur est mesurée par des questionnaires spécifiques douleur. Des audits sont menés régulièrement par l'IDE douleur. Une EPP (V2007) est toujours suivie par l'établissement. L'analyse des questionnaires par le DIM est présentée au CLUD, en commission de soins et en réunions de service.</p> |
| <p>Des actions d'amélioration sont mises en place.</p> | <p>Oui</p> | <p>Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats des audits de pratique, des audits formation et de l'analyse des questionnaires douleur (livret spécifique douleur pour les enfants, actions de sensibilisation des masseurs kinés, questionnaire douleur post-sortie en ambulatoire). L'absence de traçabilité de l'évaluation de la douleur à l'entrée bloque le dossier informatisé. La surveillance des effets indésirables des antalgiques a été intégrée au diagramme de soins. Le CLUD, l'IDE douleur organisent leur mise en œuvre. Un tableau de suivi et un plan d'amélioration sont en place.</p> |
| <p>L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.</p> | <p>Oui</p> | <p>L'établissement participe à des partages d'expériences à travers l'interCLUD des établissements du groupe. Elle est membre du réseau douleur régional PACA OUEST. Tous les ans, la clinique participe à une analyse des pratiques (auto-questionnaire) relative à la prise en charge de la douleur avec l'ensemble des établissements de santé privés et publics de la région à partir de thèmes validés par le réseau. Dans le cadre de la prise en charge de la douleur chronique</p> |

| | |
|-----|---|
| Oui | et des soins palliatifs, la clinique est membre de l'Association Pour les Soins Palliatifs PACA, et participe à des groupes de travail régionaux. |
|-----|---|

Référence 13: La fin de vie

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La clinique a mis en place une organisation pour la prise en charge des patients, dont l'état de santé justifie une démarche palliative. Plusieurs procédures sont formalisées : Prise en charge d'un patient nécessitant des soins palliatifs, Identification d'un patient nécessitant des soins palliatifs, Prise en charge d'un patient nécessitant des soins palliatifs ayant des troubles de l'appétit, des troubles de la communication, des troubles digestifs, des troubles de goût, des troubles psychologiques, des troubles respiratoires, des troubles du sommeil. Une équipe pluridisciplinaire est prête à intervenir si besoin, comprenant une psychologue, un masseur kiné, une diététicienne, une IDE référente douleur.

Cette organisation définit les objectifs de prise en charge. Le processus est en cohérence avec l'organisation de l'établissement. Les acteurs clés sont identifiés et leurs missions définies. La surveillante générale a mis en place des outils d'analyse de fonctionnement (registre et tableau de bord de suivi). Les résultats de ces analyses sont présentés lors des revus de direction, et sont remontés aux équipes pendant les réunions de service. Cette organisation

| | | |
|--|------------------------|---|
| | Oui | peut reposer, si besoin, sur l'adhésion de la clinique au réseau régional APSP PACA (Association Pour les Soins Palliatifs PACA). De plus, l'équipe mobile du centre hospitalier de La Ciotat peut aussi intervenir à la demande. |
| Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies. | Oui | La clinique dispose d'une procédure de recueil des volontés du patient. La procédure est connue des professionnels. Une procédure de modalités d'insertion des directives anticipées est formalisée dans le suivi informatisé. Elle est accessible aux professionnels dans les secteurs de soins. Les directives anticipées sont recueillies tout au long de la prise en charge par l'équipe pluridisciplinaire, et tracées dans le dossier. Sur demande du patient, un document spécifique lui est proposé afin qu'il puisse rédiger des directives anticipées. L'identité de la personne de confiance est recueillie dès son entrée. |
| Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées. | Oui | Le livret d'accueil informe le patient de la possibilité d'être renseigné sur ses droits et la fin de vie, et notamment sur les dispositions de la loi du 22 avril 2005 relatives à la limitation et à l'arrêt des traitements. Les documents « Droits et fin de vie » et « Directives anticipées » sont disponibles sur le site internet de la clinique, et peuvent être imprimés par l'équipe et proposés au patient à sa demande. Les directives anticipées rédigées par le patient seront intégrées au suivi informatisé. Le dispositif d'information est structuré ; ce sont les soignants qui dès l'admission informent le patient. |
| E2 Mettre en oeuvre | Réponses aux EA | Constats |
| Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre. | Oui | Les secteurs d'activité définissent et mettent en œuvre des projets de prise en charge personnalisés au fur et à mesure du séjour du patient, lors des visites médicales et des réunions collégiales pluriprofessionnelles. Ces projets sont réajustés au quotidien en fonction de l'évolution de la maladie. Les réajustements sont tracés dans le suivi médical et les transmissions ciblées du suivi informatisé du patient. Un dispositif de soutien et d'accompagnement des proches est en place. La psychologue du groupe est à disposition, et |

| | | |
|---|-----|---|
| | Oui | reste très réactive si besoin. Des formations sont proposées aux professionnels tous les ans : dispositif de formation par la psychologue, la référente douleur et le médecin douleur effectif en interne à la demande des soignants et de la surveillante générale. |
| Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative. | Oui | Le personnel bénéficie de formations spécifiques : la formation « Accompagnement du patient en fin de vie » est dispensée chaque année. Les responsables de soins et les personnels soignants participent régulièrement à des formations, colloques, conférences proposés par l'Espace Éthique Méditerranéen sous l'égide du Comité Central National d'Éthique (CCNE). Les IDE titulaires du DIU Douleur interviennent auprès des patients en fin de vie et des professionnels si besoin. |
| Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place. | Oui | Les secteurs concernés par des prises en charge visant à préserver la qualité de vie des patients accueillis organisent des réunions pluriprofessionnelles autant que de besoin. Les conclusions de ces réunions sont tracées dans le dossier informatisé. Ces réunions visent à réévaluer les stratégies de soins mises en place, à inscrire les prises de décision de manière collégiale, et à s'assurer de la compréhension par tous des objectifs de prises en charge. Durant ces réunions, la clinique peut faire intervenir les membres d'une équipe mobile de soins palliatifs du centre hospitalier de La Ciotat et ainsi que ceux de l'Association Pour les Soins Palliatifs PACA. |
| Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en œuvre. | Oui | En fonction des situations rencontrées, des entretiens individuels, des groupes de paroles sont organisés à l'attention des professionnels. Ils sont animés par un praticien de la clinique et/ou par la psychologue. Ces rencontres peuvent faire l'objet d'une réflexion en Commission éthique. Ces espaces de parole permettent aux professionnels de verbaliser, d'être soutenus psychologiquement et d'éviter les situations d'épuisement professionnel. Le soutien psychologique s'effectue |

| | | |
|--|------------------------|---|
| | Oui | également lors de rencontres individuelles ou collectives avec la surveillante générale. L'Association Pour les Soins Palliatifs peut aussi intervenir en cas de besoin. |
| Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie. | Oui | L'établissement a mis en œuvre un processus structuré d'information des professionnels sur l'esprit et les dispositions de la loi du 22 avril 2005. Un document consultable sur le site internet de la clinique informe les professionnels sur les droits des patients, la fin de vie et les directives anticipées. Le bulletin d'information interne d'octobre 2012 rappelle aux praticiens et aux personnels les droits des patients et la fin de vie. Une information est également donnée lors des Commissions d'éthique et des Commissions du service de soins infirmiers. |
| L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée. | Oui | L'établissement a formalisé les conditions d'intervention des associations et des bénévoles (convention formalisée). La clinique adhère à l'Association Pour les Soins Palliatifs PACA (APSP PACA). À la demande des patients, l'intervention de l'association est effective. Des personnes ressources (« parrains » de la clinique), faisant partie d'une EMSP, peuvent être contactées par les équipes soignantes dans le cadre de l'association. |
| E3 Evaluer et améliorer | Réponses aux EA | Constats |
| La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (Comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, commission de soins, etc.). | Oui | Tous les secteurs peuvent être concernés par la prise en charge des patients à l'état de santé nécessitant la mise en œuvre d'une démarche palliative. Le dispositif d'évaluation s'effectue dans le cadre des réunions collégiales. La surveillante générale est la personne référente. Les méthodes d'évaluation sont orientées vers l'analyse des pratiques, par le biais d'audits et de RMM animés par la surveillante générale et l'équipe. La concertation avec les instances concernées est organisée (CME, Commission éthique, CLUD, CLAN, CSSI). Ces instances évaluent aussi la |

| | | |
|--|-----|--|
| | Oui | démarche palliative par le biais des rapports réalisés par la surveillante générale. |
| Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements. | Oui | Des modalités de réflexion et de discussion sont aménagées au sein des secteurs confrontés aux décisions de poursuite, de limitation ou d'arrêt des traitements curatifs ou de suppléance vitale. La réflexion comporte une dimension pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. |
| Des actions d'amélioration sont mises en œuvre. | Oui | Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats des réflexions menées dans les secteurs d'activités concernés : action de sensibilisation pour les professionnels, protocoles de prise en charge réajusté (ce thème a été intégré systématiquement à la commission éthique, à la commission de soins infirmiers et lors des réunions du CLUD). La coordination et le suivi de leur mise en œuvre sont assurés par la surveillante générale, qui retransmet les informations aux différentes instances. |

PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

Référence 14: Le dossier du patient

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



| Cotation | | A |
|---|-----------------|---|
| E1 Prévoir | Réponses aux EA | Constats |
| Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées. | Oui | La clinique a formalisé un guide d'utilisation définissant les règles de tenue du dossier du patient. Le processus d'information est structuré ; dès l'embauche, les professionnels sont informés des règles de tenue par l'intermédiaire du guide. La surveillante générale fait régulièrement des rappels pendant les réunions de service. Plusieurs infirmières référentes sont formées afin de relayer les informations aux nouveaux arrivants. Le guide est mis à la disposition de l'ensemble des professionnels de santé, y compris les intervenants extérieurs (médecins, masseur kinésithérapeute) intervenant sur le dossier patient. Le guide version informatique est consultable sur le site internet de la clinique dans l'espace professionnel. Le guide du suivi informatisé du patient complète le guide d'utilisation du dossier patient, et est accessible dans les différents secteurs. |

| | | |
|--|------------------------|---|
| Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et diffusées. | Oui | L'établissement a formalisé plusieurs procédures, protocoles afin de définir les règles d'accès au dossier par les professionnels : accès au dossier du patient archivé, le circuit du dossier du patient, procédure générale DIM (gestion, codage, contrôle, archivage du dossier du patient). Les professionnels sont informés des règles d'accès par la surveillante générale dès le recrutement, et par des rappels si nécessaires des infirmières référentes. Les documents sont accessibles aux professionnels concernés dans les secteurs des soins en version informatique et papier. |
| E2 Mettre en oeuvre | Réponses aux EA | Constats |
| Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient. | Oui | Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Tenue du dossier patient » et de sa valeur de 93 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [91 %-95 %] pour la campagne de recueil 2011. |
| La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile. | En grande partie | L'établissement a mis en œuvre un système de communication du dossier entre les professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes. Une procédure a été formalisée (circuit du dossier du patient). Elle précise les supports et mode de communication, les règles de confidentialité et d'accessibilité. L'investigation a marqué une divergence au regard de la valeur de l'indicateur HN associé au moment de la visite. |
| E3 Evaluer et améliorer | Réponses aux EA | Constats |
| L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs. | Oui | L'établissement recueille l'indicateur « Tenue du dossier patient ». Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation : un audit sur la qualité de la tenue du dossier patient est réalisé de façon quadrimestrielle. |
| Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires. | Oui | Des actions d'amélioration sont identifiées au regard des résultats des évaluations de la gestion du dossier patient : indicateurs IPAQSS, audit de dossier (action de sensibilisation des professionnels sur les règles de tenue du dossier patient informatisé). La coordination et le suivi de |

| | |
|-----|---|
| Oui | leur mise en œuvre sont assurés par la surveillante générale, les résultats sont transmis en Revue de Direction tous les quatre mois. |
|-----|---|

Référence 14: Le dossier du patient

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



| Cotation | | |
|--|-----------------|---|
| A | | |
| E1 Prévoir | Réponses aux EA | Constats |
| L'accès du patient à son dossier est organisé. | Oui | L'établissement a organisé l'accès du patient à son dossier, conformément à la réglementation. Une procédure a été formalisée et validée : « Modalités d'accès aux informations du dossier patient ». Elle est en place et connue des professionnels. Un formulaire de traçabilité du suivi de la demande est présent. Le suivi de la demande est assuré par la surveillante générale en concertation avec les médecins responsables du patient, le médecin DIM et la Direction. Les modalités standards et spécifiques d'accès au dossier sont définies dans la procédure, y compris pour les ayants droit en cas de décès du patient. Un formulaire de traçabilité du suivi de la demande est en place. |
| E2 Mettre en oeuvre | Réponses aux EA | Constats |
| Le patient est informé des droits d'accès à son dossier. | Oui | L'établissement a mis en œuvre un processus d'information du patient sur les droits d'accès à son dossier. L'information se fait dès l'entrée du patient grâce au livret d'accueil et aux panneaux d'affichage situés dans les secteurs de soins. La procédure, décrivant les modalités d'accès aux informations du dossier patient, est consultable sur le site internet de la |

| | | |
|--|------------------------|--|
| | Oui | clinique dans l'espace professionnel. Les patients peuvent avoir accès à ces informations dans l'espace patient. |
| L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation. | Oui | L'établissement a mis en place des indicateurs de suivi (nombre de demandes, délai de transmission). La procédure « Modalités d'accès aux informations du dossier du patient » précise les délais réglementaires. La surveillante générale, en lien avec le DIM, a été identifiée personne référente afin d'assurer le respect des délais d'accès du patient à son dossier. Un formulaire spécifique a été élaboré, et assure le suivi et la traçabilité de la demande. |
| E3 Evaluer et améliorer | Réponses aux EA | Constats |
| L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration. | Oui | Des actions d'amélioration peuvent être identifiées en fonction des résultats des analyses des délais de transmission. À ce jour, aucune action d'amélioration n'a été mise en place suite aux résultats positifs des évaluations. Chaque trimestre, un bilan et une évaluation du suivi des demandes de communication des dossiers patients sont réalisés par la surveillante générale, qui les communique à la CRU et lors des Revues de Direction (tous les quatre mois). La coordination et le suivi de leur mise en œuvre sont réalisés par la surveillante générale. |
| La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre. | Oui | Les bilans et les évaluations trimestriels du suivi des demandes de communication des dossiers patients sont communiqués à la CRU qui les intègre à son bilan annuel. Le nombre de demande d'accès, les délais de transmission et la mise en place des actions d'amélioration, quand il y en a, font partie des éléments qui sont transmis à la CRU. |

Référence 15: l'identification du patient

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La politique d'identitovigilance s'inscrit dans la politique qualité de l'établissement. Il existe une autorité de gestion de l'identité, encadrée par un règlement intérieur, validé en CME, dans le respect de la réglementation en vigueur. Elle regroupe le responsable de la gestion des risques, son assistant, le DIM et l'identitovigilant missionné sur l'établissement. Une procédure d'identitovigilance est formalisée à partir de la cartographie des risques. Elle tient compte des points critiques repérés dans l'ensemble des processus de prise en charge du patient. Les missions de l'identitovigilant sont inscrites dans une fiche de poste. Cette vigilance est intégrée au COVIGERIS de l'établissement et dans le COVIGERIS interétablissements. Cette mission est dévolue à la surveillante générale de l'établissement, du fait de sa fonction de liaison entre les services administratifs et services de soins. Elle vérifie que chaque processus intègre, dans ses procédures et son activité quotidienne, les modalités de vérification de l'identité du patient. Tout point de défaillance remonte à l'autorité de gestion de l'identité, pour identification et traitement. Des indicateurs de suivi

| | Oui | (modalités d'accueil, contrôle bracelet, formation) sont mis en place dans chaque secteur d'activité, gestion administrative et gestion des soins. Des contrôles réguliers sont menés ainsi qu'un audit pour évaluer la qualité du dispositif : erreurs de saisie, doublons, collisions et corrections en lien avec les utilisateurs. Le système d'information permet de sécuriser les données. La Revue de Direction fait le point tous les 4 mois sur les principales erreurs enregistrées pour les intégrer dans la politique qualité. La gestion des situations particulière est assurée (anonymat). Ce qui confirme la valeur de l'indicateur HN associé en référence au seuil de progression au moment de la visite. |
|--|------------------------|--|
| E2 Mettre en oeuvre | Réponses aux EA | Constats |
| Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient. | Oui | Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de soins sont formés en continu, à la prévention des erreurs d'identification des patients. Cette formation est évaluée. Tout nouvel arrivant est immédiatement formé à cette prévention. Tous les points critiques, dans les différents processus de prise en charge des patients, font l'objet d'un logo spécifique permettant un repérage rapide et une mise en alerte des professionnels. Le plan annuel de formation sur l'identitovigilance prend en compte les besoins des professionnels et les intègre. Une charte de l'identitovigilance est communiquée à chaque salarié. Une sensibilisation régulière est faite par le site internet et par des affichages dans les services. |
| Le personnel de l'accueil administratif met en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient. | Oui | Les procédures administratives décrivent les modalités de vérification de l'identité du patient. Une affiche sur place rappelle aux professionnels à tous moments quelles sont les consignes à respecter. Un document officiel d'identification permet à tout agent administratif de s'assurer, lors de la préadmission, du contrôle des éléments d'identification avec l'édition d'étiquettes d'identification qui apparaissent sur toutes les fiches de traçabilité du dossier patient. Lors de |

| | | |
|--|------------------------|--|
| | Oui | l'admission, l'attribution d'un numéro unique et permanent est délivrée par le logiciel de gestion 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. | Oui | Lors de l'admission dans les services de soins avec accueil personnalisé du patient, une nouvelle vérification est faite entre un contrôle oral, avec question directe et un rapprochement du document officiel de l'identité communiqué par les services administratifs. Cette identification est renforcée par l'impression d'un bracelet et sa pose à partir des éléments administratifs communiqués par la gestion informatisée. Ce bracelet est conservé durant tout le séjour du patient. Des check-lists régulières, des étiquettes, permettent de vérifier en continu la concordance entre l'identité du bénéficiaire et la prescription. Cette démarche est réalisée obligatoirement avant tout acte diagnostique ou thérapeutique, comme pour l'administration des médicaments ou l'activité opératoire. |
| 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. | Oui | Une évaluation est faite à toutes les étapes de la prise en charge du patient. Le COVIGERIS met en place des audits de pratiques et des audits de formation, en lien avec la responsable de l'identitovigilance, les cadres et les professionnels. Les résultats sont examinés tous les 4 mois en Revue de Direction. Suite aux propositions et actions du COVIGERIS, la Revue de Direction établit des plans d'actions institutionnels intégrés aux plans qualité. Le COVIGERIS en assure la coordination, et la Revue de Direction en évalue les résultats et le suivi régulier. Un CREX est venu compléter en 2012 ce dispositif d'évaluation et d'amélioration. |

PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

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

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

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

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 | 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 est réalisée dans un délai adapté à son état de santé. | Oui | |
| Un projet de soins personnalisés est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD). | Oui | |

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

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

Critère 17.b
Prise en charge somatique des patients



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

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

| E3 Evaluer et améliorer | Réponses aux EA | Constats |
|--|-----------------|---|
| L'organisation de la prise en charge somatique est évaluée, et des actions d'amélioration sont mises en 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 |
| 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. | Oui | |

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes âgées

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Enfants et adolescents

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes 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 | | A | |
|---|------------------------|-----------------|--|
| E1 Prévoir | Réponses aux EA | Constats | |
| Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins. | Oui | | |
| E2 Mettre en oeuvre | Réponses aux EA | Constats | |
| La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre. | Oui | | |
| La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective. | Oui | | |
| E3 Evaluer et améliorer | Réponses aux EA | Constats | |

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes 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 | | |
|---|-----------------|---|
| A | | |
| E1 Prévoir | Réponses aux EA | Constats |
| Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés. | Oui | |
| L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge, en lien avec le CLAN ou son équivalent. | Oui | |
| E2 Mettre en oeuvre | Réponses aux EA | Constats |
| Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage. | Oui | |
| Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient à l'admission. | Oui | Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » et de sa valeur de 99 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [96 %-100 %] pour la campagne de recueil 2011. |

| E3 Evaluer et améliorer | Réponses aux EA | Constats |
|--|-----------------|---|
| La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée. | Oui | L'établissement recueille l'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels ». Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation : une EPP « Prise en charge de l'état nutritionnel de l'adulte » a été réalisé en 2012, et a abouti à la mise en œuvre d'une surveillance nutritionnelle de tous les patients par la diététicienne, systématiquement une fois par semaine. |
| 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. | Oui | |
| Tout suicide ou tentative de suicide, intervenant dans le temps de la prise en charge, fait l'objet d'une analyse pluriprofessionnelle, en particulier psychiatrique, et formalisée. | Oui | |
| Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient. | Oui | |

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.d Hospitalisation sans consentement

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

| | | |
|---|------------------------|-----------------|
| 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

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient est formalisée dans le projet d'établissement. La politique comporte des directives, des objectifs précis, des indicateurs de suivi. La mise en œuvre de cette politique se fait au travers d'une instance émanant de la CME multidisciplinaire, organisée et structurée qui se réunit trois fois par an : la COMEDIMS. Le programme d'action de cette instance répond aux missions du règlement intérieur de la COMEDIMS qui intègre les références et les critères du manuel de certification V2010 en rapport avec les médicaments et les dispositifs médicaux stérile.

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

Oui

La prise en charge médicamenteuse est informatisée dans le cadre du suivi informatisé du patient. Le système est intégré au schéma directeur du système d'information.

| Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels. | Oui | Il existe des outils d'aide à la prescription et à l'administration des médicaments : - une banque de données « Claude Bernard » est accessible et consultable par tous les praticiens et soignants dans le cadre de l'accès au suivi informatisé patient tant dans chaque unité de soins qu'à distance par connexion sécurisée ; - livret thérapeutique mis à jour une fois par an ; - protocoles d'Antibioprophylaxie ; - guide du nouveau prescripteur. |
|--|------------------------|---|
| 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 | La sensibilisation et la formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées au travers des actions suivantes : - réalisation en collaboration avec l'ARS d'un diaporama mis en ligne sur le site internet de la clinique ; - diffusion de la plaquette ARS « Prévenir et déclarer les erreurs médicamenteuses » accompagnée de sessions de formations (transposition de cet outil sous forme de e-learning) pour l'ensemble du personnel soignant ; - bulletin d'information interne de la clinique ; - mise à jour du site internet (veille réglementaire/RBU, etc.) ; - diffusion des notes d'information ; - une fois par an, le pharmacien s'assure de la bonne connaissance de la procédure Dantrium® par tous les professionnels de santé ; - enquête connaissance CBU réalisée par la PUI dans tous les services. |
| L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée. | Oui | L'informatisation de la prescription, de la dispensation et de l'administration est déployée dans toutes les unités de soins. Taux de lits et places avec prescription complète informatisée et saisie systématique dans les unités de soins = 100 % (rapport CBU). Ce que confirme la valeur de l'indicateur HN associé, en référence au seuil de progression au moment de la visite. |

| E3 Evaluer et améliorer | Réponses aux EA | Constats |
|---|-----------------|---|
| Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé. | Oui | <p>La COMEDIMS élabore des plans d'actions suivis contenant des indicateurs notamment ceux du rapport d'étape du CBU.</p> <p>L'établissement réalise :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des audits relatifs au chapitre « Politique de bon usage » demandés dans le cadre du CBU ; - des audits IPAQSS ; - des enquêtes « PUI - Mesure de la satisfaction et Écoute des services de soins » ; - des enquêtes « Connaissance CBU » ; - suivi et évaluation périodique de l'utilisation des molécules onéreuses (suivi des consommations, suivi financier, suivi des indications). <p>Tous Les résultats sont présentés en COMEDIMS.</p> |
| Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés. | Oui | <p>Le recueil des EI, en lien avec le médicament, est effectué par la cellule de vigilance selon les modalités définies dans l'instruction de travail « Gestion des risques - Analyse et transmission des fiches de signalement des EI par la Cellule de vigilance ».</p> <p>L'analyse des EI est réalisée par le directeur/responsable vigilances avec les professionnels concernés. Un bilan de la répartition des EI majeurs est présenté lors de chaque COVIGERIS et en Revue de Direction. Le point sur les EI en lien avec le circuit du médicament et des dispositifs médicaux est effectué en COMEDIMS. La mise en place d'un CREX (Comité de Retour d'Expérience) médicament, complète ce système ainsi que des RMM s'il y a lieu.</p> |
| Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels. | Oui | <p>Le traitement d'un dysfonctionnement peut nécessiter l'ouverture d'une fiche d'écart, en fonction de la gravité et/ou de la récurrence du dysfonctionnement ou de la nécessité de planifier plusieurs actions. Une analyse de causes du dysfonctionnement est réalisée a minima à partir de la méthode des 5M. Le détail de ce fonctionnement est décrit dans la référence relative à la gestion des événements indésirables. Le CREX PECM (Comité de Retour d'Expérience, Prise En Charge Médicamenteuse) met en œuvre des actions</p> |

| | |
|-----|---|
| Oui | d'amélioration sur les événements porteurs de risque (optimisation du rangement et de l'identification des solutés dans les services de soins et à la PUI, amélioration de la réactivité de la PUI pour la dispensation des traitements hors dotation, etc.). |
|-----|---|

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La procédure « Prescription/Administration » définit les règles et les modalités d'utilisation des supports de prescription et d'administration en vigueur dans l'établissement. Seules les prescriptions réalisées sur le logiciel dédié sont délivrées par la pharmacie et administrées par le personnel de l'établissement. Un document de formation à l'attention des prescripteurs a été édité par la société ayant créé le logiciel. Ce document est accessible sur le site internet de la clinique. Un logiciel de prescription spécifique et informatisé est également en place dans le service de dialyse.

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

En grande partie

Les règles en matière de gestion du traitement personnel sont définies et formalisées. Ces règles sont définies dans la procédure « Prescription/Administration », dans le manuel de pharmacie ainsi que dans le livret d'accueil et le livret d'information du patient. Le logiciel de suivi informatisé du patient (SIP) permet la continuité des soins de la consultation du praticien jusqu'à la sortie du patient, en prenant en charge la prescription et le recueil du traitement

| | | |
|--|------------------|--|
| | En grande partie | personnel jusqu'à l'ordonnance de sortie. Pendant l'hospitalisation, aucun traitement personnel n'est laissé à disposition du patient. L'outil informatique offre la possibilité d'imprimer l'ensemble du traitement prescrit. Cependant, l'ordonnance de sortie est manuscrite et ne comporte pas l'ensemble des traitements prescrits. |
| Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies. | Oui | Le service Pharmacie a accès à la prescription nominative informatisée du patient. L'intégrité de la prescription est analysée, et fait l'objet d'une délivrance nominative hors dotation d'urgence. Le service Pharmacie a accès aux informations techniques sur le médicament. Il peut rechercher les équivalents (avec différents niveaux d'équivalence) ou rechercher les génériques des produits prescrits. La dispensation des médicaments est effectuée par un pharmacien ou, sous sa responsabilité, par un préparateur en pharmacie en présence effective d'un pharmacien. Les médicaments font l'objet d'une double vérification de concordance entre médicament prescrit et médicament prêt à être délivré. Ceux-ci sont délivrés dans un conditionnement individualisé par patient. Si, lors de la délivrance, le service Pharmacie émet des commentaires ou conseils sur les traitements délivrés (substitution, délivrance d'un générique, délivrance d'un dosage différent de celui noté sur la prescription, précautions, etc.), ceux-ci seront portés sur la copie de la prescription nominative informatisée. Ce document annoté est faxé au service et conservé dans le dossier patient. Une procédure est en place pour les situations d'urgence d'accès à la pharmacie. L'accès à la PUI est réservé au seul personnel habilité. Des dispositions sont en place afin d'anticiper une éventuelle pénurie de médicaments la nuit et les week-ends. Le transport des produits pharmaceutiques entre la pharmacie et les unités de soins se fait dans des conteneurs clos, assurant la sécurité du contenu. La chaîne du froid est respectée pour les médicaments le nécessitant (sortie du réfrigérateur au moment de la délivrance ; transport entre la pharmacie et le service de soins à l'aide de contenants |

| | | |
|---|------------------------|--|
| | Oui | isothermes munis de packs réfrigérés ; rangement immédiat dans le réfrigérateur dès l'arrivée dans le service de soins). Une dotation pour besoins urgents est définie et validée. |
| Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée. | Oui | La procédure « Prescription/Administration » définit les règles d'administration des médicaments et les modalités d'utilisation des supports de prescription et d'administration en vigueur dans l'établissement. La traçabilité informatique est organisée avec une identification par clef biométrique. Les médicaments sont administrés par des infirmiers diplômés d'État ou les praticiens. Un document de formation à l'attention des soignants a été édité par la société responsable du logiciel. Ce document est accessible sur le site internet de la clinique. Des protocoles d'administration et de surveillance sont intégrés dans le logiciel. |
| E2 Mettre en oeuvre | Réponses aux EA | Constats |
| Les règles de prescription sont mises en oeuvre. | Oui | Compte tenu de la valeur du critère « Rédaction des prescriptions médicamenteuses durant l'hospitalisation » de l'indicateur « Tenue du dossier » et de sa valeur de 93 % pour la campagne de recueil 2011. |
| Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé. | Oui | Le déploiement de l'analyse pharmaceutique et de la délivrance nominative est effectif : - nombre de lits, places bénéficiant de l'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient = 100 % (rapport CBU) ; - état d'avancement de la délivrance nominative = 100 % (rapport CBU) ; - les éventuels commentaires pharmaceutiques sont portés sur les prescriptions ou transmis par messagerie. La trace de l'analyse pharmaceutique est enregistrée au regard des prescriptions et visible par les soignants. |

| | | |
|--|------------------------|--|
| Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.). | NA | Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable. |
| Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments. | Oui | En cas de situations nécessitant une information des patients ou d'une recherche de renseignements nécessitant sa participation, le pharmacien se déplace dans l'unité de soins. Des plaquettes d'informations sont distribuées aux patients, et des informations sont portées dans le Livret d'Accueil du Patient (LAP) ainsi que dans le Livret d'Information du Patient (LIP). Une plaquette spécifique relative au bon usage des médicaments a été éditée. |
| La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée. | Oui | Le logiciel permet l'enregistrement, en temps réel, de toute administration de médicament. La traçabilité informatique est organisée avec une identification par clef biométrique. Les médicaments sont administrés par des infirmiers diplômés d'État ou les praticiens. |
| 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 | L'établissement évalue les objectifs prévus au CBU. Sont réalisés, chaque année, dans le cadre du chapitre « Politique du bon usage » des audits de pratique (dispensation et traitement personnel du patient) et des audits sur dossier relatifs au circuit du médicament (prescription et administration). Une grille de recueil spécifique est prévue pour chaque audit, et permet de générer de façon automatique un bilan des résultats. Ces bilans sont transmis avec le rapport d'étape annuel. |
| Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.). | Oui | Des EPP sur la pertinence des prescriptions sont en place. Le CBU recense les actions de bon usage mises en place et demandées chaque année dans le rapport d'étape. Des actions d'amélioration issues de l'analyse des EI permettent de mettre en œuvre des pistes d'amélioration en matière de bon usage. |

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. | Oui | | |
| 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. | Oui | |

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

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

Critère 21.b Démarche qualité en laboratoire de biologie médicale

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

| 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. | Oui | |
| Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées. | Oui | |

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

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

Critère 22.b Démarche qualité en service d'imagerie

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

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

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

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

| | | |
|--|------------------------|-----------------|
| proposer au patient une inscription dans un programme autorisé dans son environnement proche, en lui ayant présenté l'intérêt de l'ETP pour la gestion de sa maladie. | Oui | |
| L'établissement définit, dans son plan, une formation à l'ETP (sensibilisation des professionnels impliqués dans la prise en charge des maladies chroniques, et acquisition de compétences pour ceux qui mettent en 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. | Oui | |

Référence 24: La sortie du patient

Critère 24.a - Court Séjour
Sortie du patient



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

| | | |
|---|------------------------|--|
| Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis. | Oui | |
| Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires. | Oui | Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » et de sa valeur de 90 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [83 %-97 %] pour la campagne de recueil 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 œuvre d'autres modalités d'évaluation. |
| La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée. | Oui | |
| Des actions d'amélioration sont mises en place. | Oui | |

PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

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

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



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

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

| | | |
|---|------------------------|-----------------|
| La disponibilité des lits d'hospitalisation est analysée en temps réel. | NA | |
| Les professionnels sont formés à l'accueil et à l'orientation des patients. | NA | |
| L'établissement a développé une offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les secteurs de soins (consultations, hospitalisations directes). | NA | |
| 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 | A | |
|---|-----------------|--|
| E1 Prévoir | Réponses aux EA | Constats |
| <p>Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.</p> | <p>Oui</p> | <p>La clinique dispose de deux blocs opératoires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un bloc opératoire général dans le cadre d'un GCS avec le centre hospitalier de La Ciotat ; - un bloc opératoire ambulatoire. <p>L'identification et l'analyse des processus à risques des blocs opératoires ont été réalisées à partir d'une cartographie reprenant le parcours et les différentes étapes de la prise en charge du patient au bloc opératoire (processus interventionnel, processus supports, processus organisationnels). Le programme d'actions préventives et de surveillance est établi dans le cadre des Revues de Direction quadrimestrielles, des réunions du GCS et du Conseil de bloc à partir d'objectifs définis avec la Direction et d'indicateurs de suivi (taux d'infection du site opératoire, taux d'occupation des salles, taux d'activité par praticien, etc.).</p> |
| <p>Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place (elle comprend l'ensemble des dimensions, y compris la gestion des locaux et des</p> | <p>Oui</p> | <p>La démarche qualité s'est structurée à partir de la cartographie des processus à risque afin d'assurer la mise à disposition des ressources humaines, matérielles et logistiques indispensables à la qualité et la sécurité de l'acte</p> |

| | | |
|---|-----|--|
| équipements). | Oui | opérateur. Les professionnels de santé des blocs opératoires bénéficient : - d'un système documentaire structuré et actualisé (procédures, protocoles, formulaires d'enregistrement) ; - de formations spécifiques (plan de formation pour nouvelles IDE, bionettoyage, radioprotection, risque infectieux) ; - d'un dispositif de signalement des événements indésirables ; - d'outils d'évaluation (audits) et d'indicateurs de suivi permettant d'engager si nécessaire des actions d'amélioration. Un service biomédical assure, en collaboration avec les responsables du bloc, la gestion des locaux et équipements. |
| La Charte de fonctionnement, définie et validée par un conseil de bloc, précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, dont l'ambulatoire et les urgences, et établit les responsabilités et les modalités d'élaboration et de régulation des programmes opératoires. | Oui | Une charte de bloc, validée par un Conseil de bloc, définit les modalités spécifiques de prise en charge des patients au bloc opératoire (fonctionnement et circuits, responsabilités, élaboration et validation du programme opératoire, etc.). Celle-ci est réévaluée tous les ans et signée par tous les praticiens. Le fonctionnement des blocs opératoires respecte cette charte. |
| L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé entre le bloc opératoire, les secteurs d'activité clinique, médico-technique, technique et logistique. | Oui | L'organisation en place permet d'assurer la coordination entre les différents secteurs et intervenants dans le cadre de la prise en charge périopératoire : - une fiche de réservation prévisionnelle, comportant toutes les informations spécifiques au patient et à l'intervention, permet la planification de l'intervention dans le programme opératoire ; - une fiche de liaison entre les services de soins et les blocs opératoires permet de vérifier, depuis la préparation du patient jusqu'à l'accueil au bloc, un certain nombre de critères, et plus particulièrement l'identité du patient, la préparation et le site opératoire ; |

| | | |
|---|------------------------|--|
| | Oui | <ul style="list-style-type: none"> - une fiche de suivi en SSPI ; - la prise en charge du patient en peropératoire est coordonnée et s'effectue selon une organisation connue des professionnels pour garantir une qualité et une sécurité des soins tout au long de l'intervention et durant la phase de réveil. Ces modalités d'organisation sont encadrées par l'utilisation de la check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire », par des procédures et différents supports de traçabilité ; - l'établissement recueille l'indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » avec une valeur de 97 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [96 %-98 %] pour la campagne de recueil 2011. |
| Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier. | Oui | Le système d'information des blocs est intégré à celui de la clinique (suivi informatisé du patient). Des formulaires d'enregistrement assurent la traçabilité des différentes étapes et des intervenants tout au long de parcours du patient au sein du bloc opératoire. Ce que confirme la valeur de l'indicateur HN associé en référence au seuil de progression au moment de 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 | <p>Les responsables de bloc :</p> <ul style="list-style-type: none"> - assurent la régulation de l'activité du bloc, y compris la prise en charge des urgences ; - gèrent la préparation du programme opératoire, en collaboration avec le service planification et les cabinets médicaux, à partir d'un outil informatique ; - s'assurent de la mise à disposition des moyens humains et matériels nécessaires au bon déroulement et au respect du programme opératoire ; - gèrent les éventuels dysfonctionnements. |

| La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en œuvre pour toute intervention de l'équipe opératoire. | Oui | La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en œuvre en respectant les trois temps de concertation pluridisciplinaire. Elle est validée par les différents intervenants et intégrée au dossier du patient. |
|--|------------------------|---|
| La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes, incluant les vérifications effectuées, est assurée. | Oui | Le cahier du bloc opératoire permet d'assurer la traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des dispositifs médicaux stériles, des actes et des vérifications effectués et des différents intervenants pour chaque intervention. Le dossier patient papier comporte également la trace des DMI et des actes. |
| Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés. | Oui | Les blocs opératoires (bloc opératoire général GCS et bloc ambulatoire) dispose chacun d'un système qualité spécifique (procédures/protocoles/supports de traçabilité) élaboré à partir de recommandations de bonnes pratiques : - procédures du bloc opératoire ; - fiche de suivi d'intervention ; - fiche d'anesthésie peropératoire ; - procédures de la SSPI ; - fiche de surveillance SSPI ; - fiches de préparation d'intervention par spécialité et/ou par praticien validées périodiquement et signées par les praticiens. L'ensemble du système documentaire est disponible sur le site internet de la clinique dans un espace professionnel avec accès sécurisé, et fait l'objet d'une revalidation annuelle. |
| E3 Evaluer et améliorer | Réponses aux EA | Constats |
| Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficience, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est assuré, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre. | Oui | Le management des blocs opératoires s'effectue à travers l'analyse de différentes thématiques abordées en Revue de Direction : - ressources humaines (effectifs et plannings théoriques et réels, formation) ; - locaux (maintenance et équipement) ; - matériel (inventaire et besoins) ; - système d'information ; |

| | |
|------------|---|
| <p>Oui</p> | <ul style="list-style-type: none"> - gestion des risques (événements indésirables) ; - qualité (procédures, audits, suivi d'indicateurs) ; - Divers/Suivi Revue précédente. <p>Le management du bloc opératoire s'effectue également à travers les réunions du GCS, avec des tableaux de bord et des indicateurs quantitatifs et qualitatifs (activité, effectifs, etc). Les EI spécifiques aux blocs opératoires sont suivis en continu dans le cadre du recueil des EI de chaque établissement. Le logiciel de gestion des fiches d'événements indésirables permet d'extraire spécifiquement celles concernant les blocs opératoires. Le Comité des Vigilances et de Gestion des Risques (COVIGERIS) effectue trois fois par an une analyse des EI. Une présentation systématique et une analyse des EI majeurs du bloc sont effectuées en Revue de Direction, voire en Conseil de bloc et en RMM selon leur nature.</p> <p>Les EI graves sont analysés et suivis mensuellement par la cellule de vigilance. Ils font en outre l'objet d'un suivi lors des Revues de Direction quadrimestrielles (analyse, suivi, mesures correctives et préventives).</p> |
|------------|---|

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 | | A |
|--|-----------------|--|
| E1 Prévoir | Réponses aux EA | Constats |
| Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels. | Oui | Les activités d'endoscopie de la clinique et du centre hospitalier sont réalisées au bloc ambulatoire de la clinique dans le cadre du GCS. L'identification et l'analyse des processus à risques liées à l'activité d'endoscopie ont été réalisées à partir d'une cartographie reprenant le parcours et les différentes étapes de la prise en charge du patient. Le programme d'actions préventives et de surveillance est établi dans le cadre des Revues de Direction quadrimestrielles, des réunions du GCS et du Conseil de bloc, à partir d'objectifs définis avec la Direction (désinfection sécurisée, qualité de la programmation, etc.) et d'indicateurs de suivi (activité, programme réalisé/programme prévisionnel, audits de pratiques, etc.). |
| Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place. | Oui | La démarche qualité s'est structurée à partir de la cartographie du processus afin d'assurer la mise à disposition des ressources humaines, matérielles et logistiques indispensables à la qualité et la sécurité de l'acte endoscopique. Les professionnels de santé bénéficient : - d'un système documentaire structuré et actualisé (révision |

| | | |
|---|------------------------|--|
| | Oui | <p>annuelle) (procédures, protocoles, formulaires d'enregistrement) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - de formations spécifiques ; - d'un dispositif de signalement des événements indésirables ; - d'outils d'évaluation (audits) et d'indicateurs de suivi permettant d'engager si nécessaire des actions d'amélioration. <p>Un service biomédical assure, en collaboration avec le responsable du bloc ambulatoire, la gestion des locaux et équipements.</p> |
| L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique. | Oui | <p>L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient en endoscopie est organisé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une fiche de réservation prévisionnelle, comportant toutes les informations spécifiques au patient et à l'acte, permet la planification de l'acte dans le programme opératoire ; - une fiche de liaison entre les services de soins et le secteur d'endoscopie permet de vérifier un certain nombre de critères, et plus particulièrement l'identité et la préparation du patient ; - une fiche de suivi en SSPI ; - la prise en charge du patient en peropératoire est coordonnée, et s'effectue selon une organisation connue des professionnels pour garantir une qualité et une sécurité des soins tout au long de l'acte endoscopique et durant la phase de réveil. Ces modalités d'organisation sont encadrées par l'utilisation de la check-list « Sécurité du patient en endoscopie », par des procédures et différents supports de traçabilité. |
| Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier. | Oui | <p>Le système d'information du bloc ambulatoire (logiciel spécifique) est intégré à celui de la clinique (suivi informatisé du patient), et des formulaires d'enregistrement assurent la traçabilité des différentes étapes et des intervenants tout au long du parcours du patient au sein du secteur d'endoscopie.</p> |
| 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 | Le responsable du bloc ambulatoire (secteur d'endoscopie) : - assure la régulation de l'activité d'endoscopie, y compris la prise en charge des urgences ; - gère la préparation du programme opératoire, en collaboration avec le service planification et les cabinets médicaux, à partir d'un logiciel de planification spécifique ; - s'assure de la mise à disposition des moyens humains et matériels nécessaires au bon déroulement et au respect du programme opératoire ; - gère les éventuels dysfonctionnements. |
| Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés. | Oui | Le secteur d'endoscopie dispose d'un système qualité spécifique (procédures/protocoles/supports de traçabilité), élaboré à partir de recommandations de bonnes pratiques : - procédures d'endoscopie ; - fiche de suivi d'intervention ; - fiche d'anesthésie peropératoire ; - procédures de la SSPI ; - fiche de surveillance SSPI. L'ensemble du système documentaire est disponible sur le site internet de la clinique dans l'espace professionnel avec accès sécurisé, et fait l'objet d'une revalidation annuelle. |
| La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée. | Oui | Les différentes traçabilités qui relèvent de l'endoscopie et des vérifications effectuées (acte, opérateur, patient, ATNC, traçabilité des différentes étapes de la désinfection, prélèvements, etc.) sont assurées (cahier du bloc et dossier patient). |
| 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. | Oui | Les EI spécifiques aux secteurs interventionnels sont suivis en continu dans le cadre du recueil des EI de l'établissement, selon les modalités définies dans la procédure « Gestion des risques – Signalement des événements indésirables ». Le logiciel de gestion des fiches EI permet d'extraire celles concernant le secteur d'endoscopie. Une présentation systématique et une analyse des EI majeurs du secteur endoscopie sont effectuées en |

| | | |
|---|-----|--|
| | Oui | Revue de Direction, éventuellement en Conseil de bloc et en RMM selon leur nature, voire en CREX. Les EI graves sont analysés mensuellement, et font l'objet d'un suivi par la cellule de vigilance. Ils font en outre l'objet d'un suivi lors des Revues de Direction quadrimestrielles (analyse, suivi, mesures correctives et préventives). |
| La réalisation d'audits et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration. | Oui | Le suivi de l'activité d'endoscopie s'effectue à travers les Revues de Direction, les réunions du GCS et le Conseil de bloc. Des actions d'amélioration sont engagées à partir du résultat des audits de pratique (chariot de ménage, tenue professionnelle, désinfection des endoscopes, etc.) et du suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs. |

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 | A | |
| 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. | Oui | |
| Dans les établissements autorisés, les bonnes pratiques de prélèvement sont mises en oeuvre. | NA | Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable. |
| E3 Evaluer et améliorer | Réponses aux EA | Constats |

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

PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.a

Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles



| Cotation | | |
|---|-----------------|---|
| A | | |
| E1 Prévoir | Réponses aux EA | Constats |
| Les différents secteurs d'activité clinique ou médico-technique organisent la mise en 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. | NA | Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable. |
| E2 Mettre en oeuvre | Réponses aux EA | Constats |
| Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mettent en œuvre des démarches d'EPP. | Oui | |

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

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles**Critère 28.b
Pertinence des soins**

| Cotation | | |
|---|------------------------|-----------------|
| 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. | Oui | |
| Des guides de bon usage des soins sont mis à la disposition des professionnels. | Oui | |
| E3 Evaluer et améliorer | Réponses aux EA | Constats |

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

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

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



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

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

6.INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Les indicateurs généralisés actuellement recueillis

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

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

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

Éléments de lecture du tableau

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

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

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

Remarque :

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

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

Résultats des indicateurs de qualité
Dossier du Patient - Champ MCO

Référence Nationale

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

Etablissement : CLINIQUE DE LA CIOTAT (130781867)

| 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) | 61 [59 - 64] | ● | (-) | → | 79 [76 - 81] | ● | (=) | NA | 93 [91 - 95] | ● | (+) | ↗ | | | | |
| Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (%) | 1% [0% - 4%] | ● | (-) | → | 54% [43% - 65%] | ● | (-) | ↗ | 90% [83% - 97%] | ● | (+) | ↗ | | | | |
| Traçabilité de l'évaluation la douleur (%) | 98% [94% - 100%] | ● | (+) | → | 99% [96% - 100%] | ● | (+) | → | 100% [100% - 100%] | ● | (+) | → | | | | |
| Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 (%) | 91% [85% - 97%] | ● | (+) | ↗ | 96% [92% - 100%] | ● | (+) | → | 99% [96% - 100%] | ● | (+) | → | | | | |

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 LA CIOTAT (130781867)

| 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) | 97 [95 - 98] | | NA | → | 88 [86 - 89] | | (+) | ↘ | 97 [96 - 98] | | (+) | ↗ | | | | |

7.BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE

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

| DOMAINES DE SÉCURITÉ | ORGANISME DE CONTRÔLE | DATE DU DERNIER CONTRÔLE | RECOMMANDATIONS | | DÉCISIONS | | SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT | | | OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT |
|---|--|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| | | | OUI | NON | FAVORABLE | DÉFAVORABLE | RÉALISÉ | EN COURS | NON PRIS EN COMPTE | |
| Circuit du médicament | ARS | 10.01.2012 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autorisation création PUI GCS |
| Stérilisation des dispositifs médicaux | ARS | 10.01.2012 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autorisation activité optionnelle stérilisation |
| Désinfection des dispositifs médicaux | Visite de conformité | 19.04.2012 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - |
| Laboratoires d'analyses de biologie médicale | Non concerné | - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - |
| Infrastructures | Gaz et combustibles : GIE Sainte-Marguerite | 01.09.2011 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - |
| | Ascenseurs : SEMI | 13.05.2011 08.09.2011 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - |
| | Portes automatiques : SNAF / CITEC | Mai 2011 Nov. 2011 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - |
| | Gaz médicaux : AIR LIQUIDE | Décembre 2011 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - |
| | Appareils de radioprotection : Bureau VERITAS | 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"/> | - |
| 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 Communale de Sécurité | 21.12.2011 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - |
| Sécurité électrique | QUALI CONSULT | 22.11.2011 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - |
| Hygiène alimentaire et eau d'alimentation | Non concerné | - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Activité de restauration externalisée |

| 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 | |
| Eaux à usage médical | Visite de conformité | 19.04.2012 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - |
| Eaux à usage technique | Visite de conformité | 19.04.2012 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - |
| Eaux chaudes sanitaires | ALPABIO | 20.12.2011 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - |
| Déchets à risques infectieux et pièces anatomiques. | Visite de conformité | 19.04.2012 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - |
| Déchets à risques radioactifs | Non concerné | - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - |
| Déchets à risques chimiques et toxiques, effluents liquides | Aucun contrôle réalisé | - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - |
| Produits sanguins labiles | Aucun contrôle réalisé | - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - |
| Sécurité anesthésique | Visite de conformité | 19.04.2012 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - |
| Secteur opératoire | Visite de conformité | 19.04.2012 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - |
| Imagerie et exploration fonctionnelle | Aucun contrôle réalisé | - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - |
| Radiothérapie | Non concerné | - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - |
| Prévention des risques liés à l'inhalation de poussière d'amiante | Non concerné | - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Construction 2010 - 2011 |