



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION V2010

CLINIQUE SAINT JEAN

Avenue georges bizet - 83000 - TOULON

OCTOBRE 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	55
PARTIE 3. Management de la qualité et de la sécurité des soins	96
CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT	122
PARTIE 1. Droits et place des patients	123
PARTIE 2. Gestion des données du patient	146
PARTIE 3. Parcours du patient	154
PARTIE 4. Prises en charge spécifiques	202
PARTIE 5. Evaluation des pratiques professionnelles	218
6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	225
7. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE	227

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 SAINT JEAN

Adresse : Avenue georges bizet
83000 TOULON VAR

Site internet: www.clinique-st-jean.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	139	0	0

Nombre de sites.:	- 1 site
Activités principales.:	- MCO
Activités de soins soumises à autorisation.:	- Activité de médecine - Activité de chirurgie - Activité de chirurgie esthétique - Activité de gynécologie-obstétrique - Traitement du cancer par chirurgie
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	- Stérilisation : Certification AFNOR/AFAQ ISO 9001 obtenue en novembre 2003 sur les processus « Préparation et stérilisation des dispositifs médicaux ». Audit de renouvellement réalisé en décembre 2012. - Endoscopie : Certification AFNOR/AFAQ ISO 9001 obtenue en novembre 2003 sur les processus « Préparation et désinfection des endoscopes digestifs et pulmonaires ». Audit de renouvellement réalisé en décembre 2012.

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	- Adhésion au Comité de Coordination en Cancérologie 3C Var Ouest - Convention de coopération sanitaire inter-établissements pour la chimiothérapie (Centre associé de la Clinique Sainte-Marguerite Hyères) conformément au COPM (Juillet 2012) - Convention de coopération sanitaire inter-établissements : « Dispositif d'orientation et de traitement des patients de la Clinique Saint-Jean relevant d'un service de soins de médecine d'urgence / - Dispositif d'orientation et de traitement des patients de la Clinique Saint-Jean relevant d'un service de soins de Réanimation » avec le Centre Hospitalier Intercommunal Toulon - La Seyne sur Mer - Convention de coopération sanitaire inter-établissements : « Dispositif d'orientation et de traitement de femmes dont l'âge de la grossesse est inférieur à 36 semaines d'aménorrhée ou dont la pathologie ne peut être prise en charge par le service de maternité de la clinique Saint-Jean qui est classé en niveau 1 / Dispositif d'orientation et de traitement de nouveau-né présentant un âge gestationnel inférieur à 36 semaines d'aménorrhée ou une pathologie ne pouvant être prise en charge par le service de maternité (niveau 1) » avec le Centre Hospitalier Intercommunal Toulon - La Seyne sur Mer - Convention de coopération avec l'Association de Dialyse Varoise (A.DI.VA) (Implantation sur site de la clinique Saint-Jean)
--------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Réorganisation de l'offre de soins

	prévue fin 2013)
Regroupement/Fusion.:	/
Arrêt et fermeture d'activité.:	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	- Médecine en hospitalisation complète

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 04/06/2013 au 07/06/2013.
L'équipe d'Experts Visiteurs a investigué les critères suivants :

MANAGEMENT STRATÉGIQUE

1.a, 1.f, 2.e

MANAGEMENT DES RESSOURCES

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

MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

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

DROITS ET PLACE DES PATIENTS

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

GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

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

PARCOURS DU PATIENT

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

PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

26.a, 26.b Endoscopie

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

28.a, 28.b, 28.c

5.Suvi de la décision

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

3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS

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

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

Ensemble des thématiques du manuel

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

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

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

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

Pratiques exigibles prioritaires

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

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

Ces pratiques exigibles prioritaires concernent les critères suivants :

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

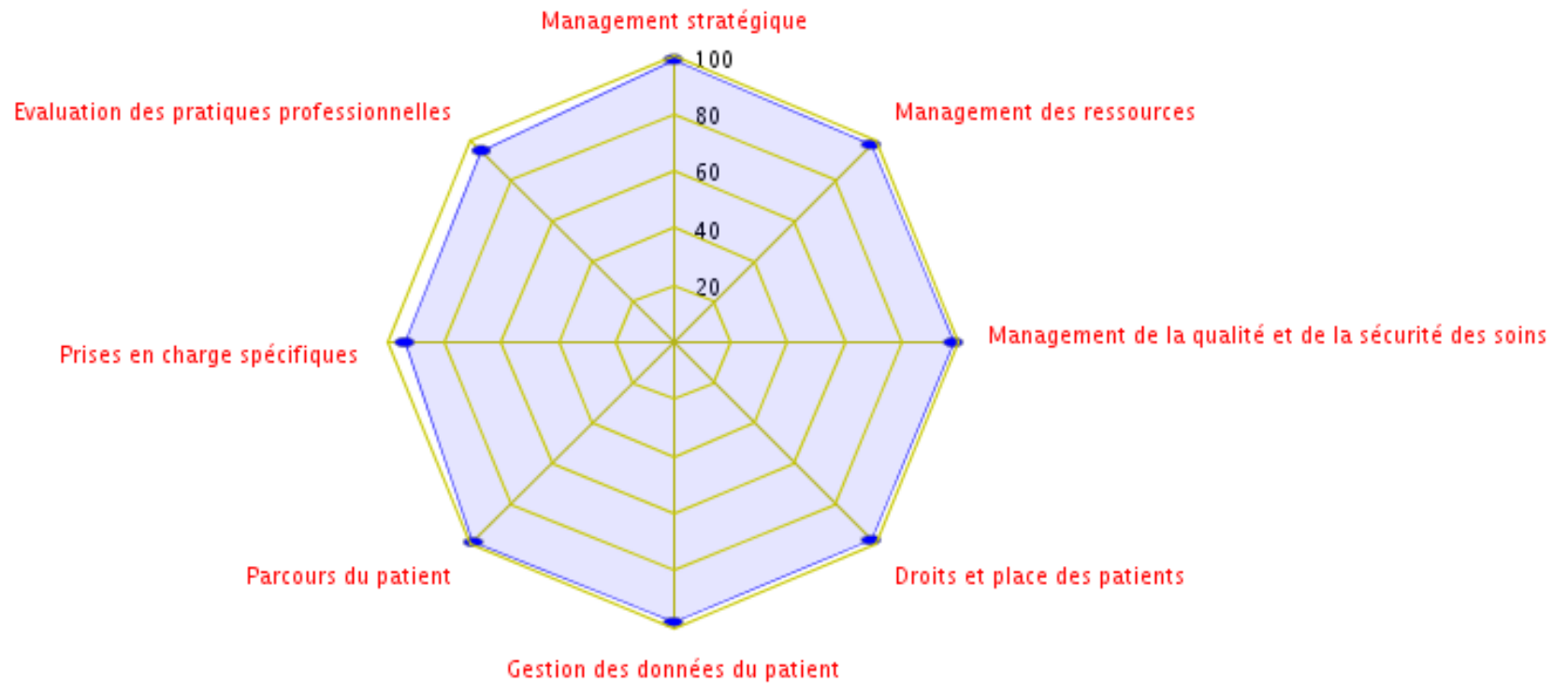
Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement.

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

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

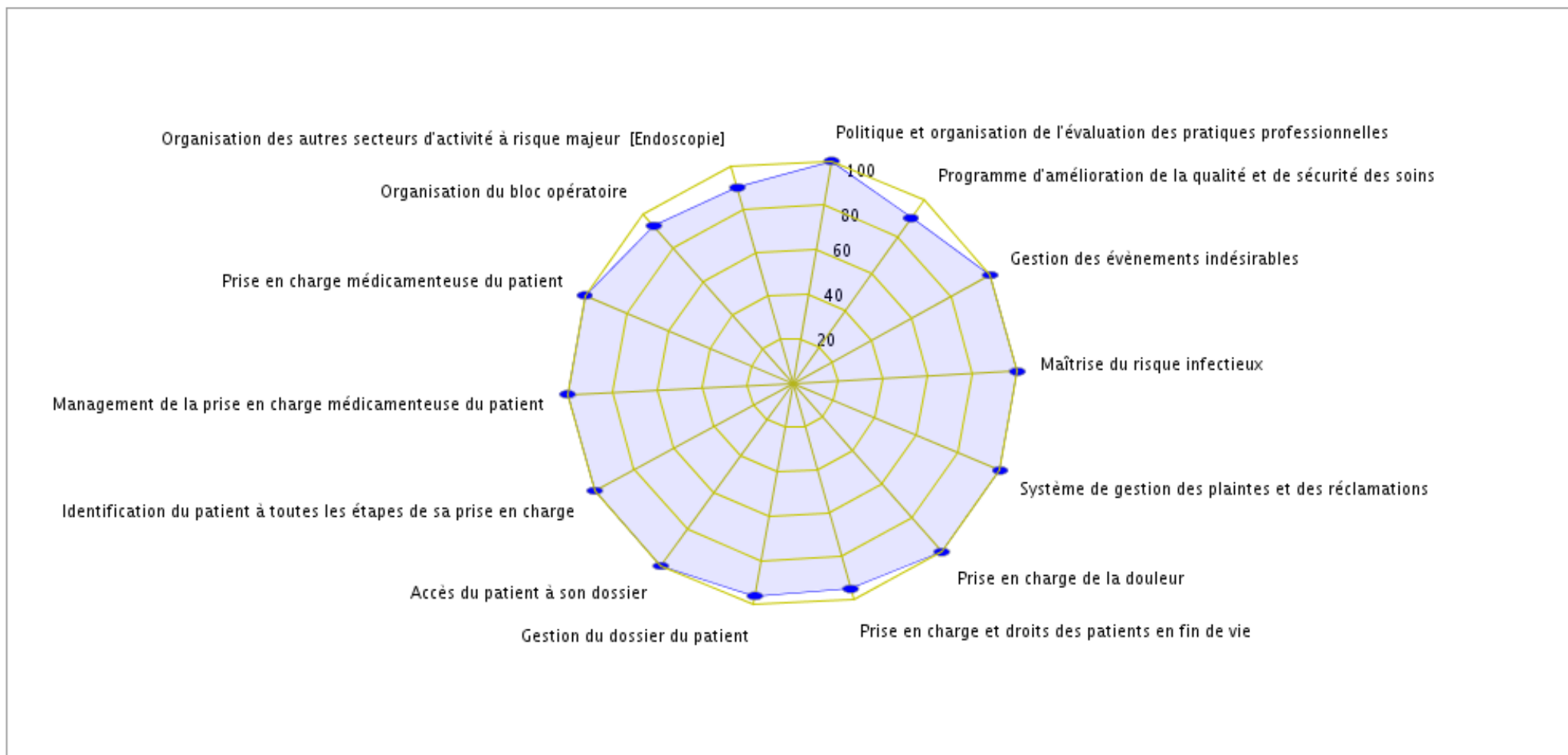
- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (10a),
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b),
- Respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c),
- Accueil et accompagnement de l'entourage (10d),
- Information du patient sur son état de santé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

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

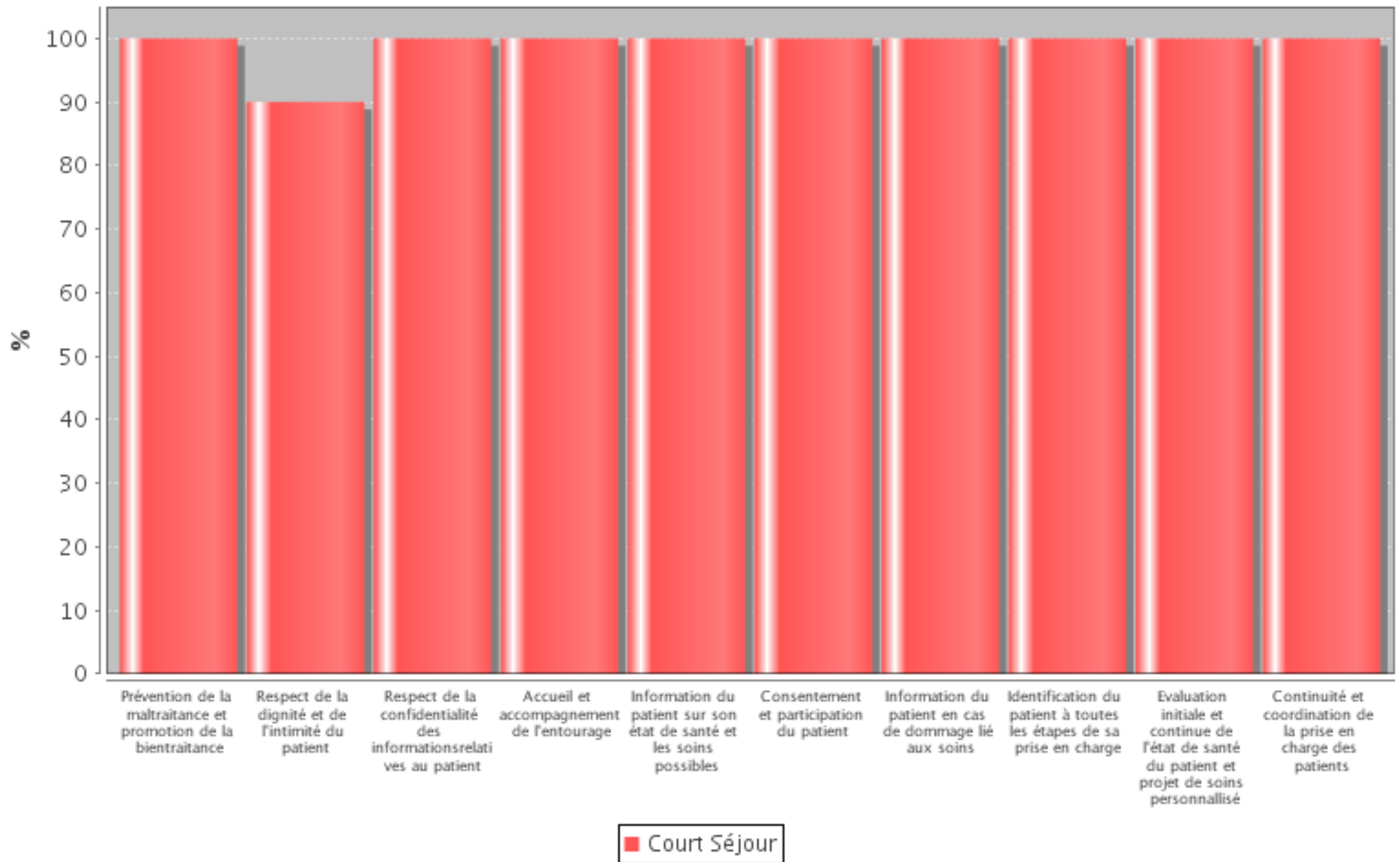


Les libellés des points fort (> 90%) sont en rouge.

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



3. Regard patient



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

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

5.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les orientations stratégiques sont élaborées en concertation avec les parties prenantes en interne et en externe.	Oui	
La stratégie de l'établissement prend en compte les besoins de la population définis dans les schémas de planification sanitaire et, le cas échéant, le projet médical de territoire.	Oui	
Les valeurs et les missions de l'établissement sont déclinées dans les orientations stratégiques.	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	Le volet "Politiques" du projet d'établissement expose les objectifs stratégiques en matière de développement des EPP. Pour ce faire, un plan d'actions est déployé dont la mise en oeuvre est confiée à la CME et à la direction.
Une concertation entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie de l'EPP est en place.	Oui	La revue de direction est le lieu de la concertation entre les professionnels du soin et la direction pour l'élaboration de la stratégie de développement des EPP. Cette concertation se tient à périodicité quadrimestrielle.
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	La plupart des EPP relèvent d'initiatives individuelles de praticiens, déclarées en CME, et ceux-ci dès lors mettent en oeuvre une organisation adéquate, en s'entourant de collaborateurs et en utilisant les moyens mis à disposition par l'établissement. La coordination ainsi que le suivi des démarches et de l'engagement des professionnels sont assurés par la CME en relation avec la revue de direction et la direction qualité.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en œuvre de l'EPP.	Oui	Une assistante qualité assure l'accompagnement des professionnels. Ces modalités d'accompagnement répondent à leurs besoins.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	Oui	Les revues de direction et la CME suivent régulièrement l'état d'avancement et l'impact des démarches d'EPP.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	Oui	Les professionnels peuvent trouver une information sur la stratégie en matière d'EPP dans le projet d'établissement mis en ligne sur le site Internet, dans l'espace professionnel, ainsi que sur le bulletin d'information interne. Des bulletins d'information sont transmis par mail aux praticiens.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	En dehors des instances directement impliquées dans une EPP (COMEDIMS, CLUD, COVIGERIS), l'établissement identifie la revue de direction comme devant recevoir régulièrement un bilan sur les EPP et les actions d'amélioration des pratiques.
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	Oui	La stratégie de l'établissement est revue annuellement et porte sur le maintien ou le retrait des EPP en cours, 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	Les indicateurs Hôpital numérique sont régulièrement recueillis.
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		A	
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		
	A	
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		A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
Le circuit du linge est défini.	Oui		
Les besoins par secteur sont quantifiés, et incluent les demandes en urgence.	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 « Electricité Réseau Distribution France ».	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le matériel délivré est conforme à la commande, et adapté à la prise en charge.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
L'approvisionnement en urgence du patient est assuré.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
L'établissement s'assure que les locaux de stockage sont adaptés et entretenus, conformément à la réglementation.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les différents processus logistiques (internes ou externes) sont évalués, et des actions d'amélioration sont mises en 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.	En grande partie	
Des dispositions sont prévues en cas de travaux.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un plan et des procédures de surveillance et de maintenance de la qualité de l'air, en concertation avec l'EOH ou la CME et le CHSCT, sont mis en oeuvre.	Oui	

La traçabilité des différentes interventions est assurée.	Oui	
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.	En grande partie	

Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont organisées.	Oui	
Le patient et son entourage sont informés des risques liés aux déchets d'activités de soins à risques infectieux.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Des mesures de protection du personnel sont mises en application pour la collecte et l'élimination des déchets.	Oui	
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.	En grande partie	

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

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

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



Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est formalisé.	En grande partie	Le programme annuel d'amélioration de la qualité est formalisé sous forme de plusieurs plans de suivi des actions mises en oeuvre par plusieurs instances ou cellules de travail : les revues de direction quadrimestrielles permettent de décliner la politique qualité depuis la direction vers les responsables de secteur. Le comité de pilotage conduit la politique sur l'axe de la certification HAS et AFNOR/AFAQ ISO des zones à risques. Les instances institutionnelles sont largement impliquées. Il se décline enfin à travers la gestion documentaire et la conduite de la politique EPP. Cependant, la démarche prospective d'évaluation des risques est peu développée, notamment en matière de risques liés aux soins, l'établissement fondant essentiellement son programme sur une culture largement développée de signalement des événements indésirables.

Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements, ainsi que les risques majeurs et récurrents.	Oui	Les revues de direction se basent sur la conformité à la réglementation par une veille réglementaire continue. Les dysfonctionnements sont identifiés à l'aide du système de déclaration des événements indésirables. Ils sont triés et analysés par le COVIGERIS, et ceux à caractère grave sont pris en compte à la mesure de leur criticité.
Les activités réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins sont prises en compte.	En grande partie	Les praticiens sont entrés dans le dispositif d'accréditation personnelle. Ils déclarent à leurs sociétés savantes les événements porteurs de risque mais ne les transmettent pas à la cellule gestion des risques de la clinique qui n'a connaissance que des risques ayant donné lieu à déclaration par le système général de signalement.
Le programme est soumis aux instances.	Oui	Le programme est finalisé en revue de direction puis présenté dans les instances selon leur champs de compétence. Le président de CME est présent aux revues de direction et fait un retour en CME.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Les revues de direction donnent à chaque responsable de secteurs d'activité ou de service son plan d'actions sur les thèmes suivants : les ressources humaines, la maintenance des locaux et des matériels, le système d'information, la gestion des risques et le plan d'actions qualité.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	Oui	Tous les quatre mois, au cours des revues de direction, le suivi des plans d'actions est réalisé. Ce dispositif est renforcé par l'évaluation des plans d'actions spécifiques résultant des RMM ou CREX à l'aide du suivi des fiches d'écart.
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	Oui	Au cours de la première revue de direction de l'année, un bilan de performance est établi et présenté pour chaque secteur d'activité. Il permet de mesurer l'efficacité du programme d'amélioration de la qualité. Les indicateurs de suivi contribuent à cette évaluation.

Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	Oui	La direction peut effectuer des réajustements selon les résultats des évaluations des actions qualité. Ces ajustements sont ciblés par secteur. Une période de résolution est fixée et un responsable identifié.
----------------------------------------------------------------------	-----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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		
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 œuvre 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	

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

Critère 8.f
Gestion des évènements indésirables



Cotation		
	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 centralisée de la gestion des risques a été formalisée. Elle comprend une procédure de signalement, de traitement et d'analyse des événements indésirables. La procédure décrit les modalités de signalement immédiat des événements mineurs et majeurs au sein de la clinique. La déclaration s'effectue à l'aide d'une fiche d'enregistrement disponible en version papier dans tous les services pour tout type de personnel ou en format informatique sur le site de la clinique pour tous les publics. Les causes sont étudiées au moment de l'enquête, le déclarant évalue le degré de gravité de l'événement afin de déclencher l'action corrective adaptée. L'analyse des questionnaires de satisfaction et des plaintes ainsi que les alertes des vigilances permettent aussi d'analyser les événements indésirables.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.	Oui	La procédure de signalement et le formulaire de déclaration font partie des procédures obligatoires intégrées dans le livret d'accueil du nouvel arrivant (traçabilité présente). Toute évolution du document de déclaration fait l'objet

	Oui	d'une information en service et par le bulletin d'information mensuel de l'établissement. Il existe un programme de formation.
Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	Oui	Le directeur responsable des vigilances, qui coordonne la gestion des risques, et ses deux assistantes sont titulaires d'un master et suivent des formations spécifiques à la gestion des risques et à la méthodologie de hiérarchisation. Ils servent de formateurs et d'appui méthodologique aux autres professionnels de la clinique.
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.	Oui	La direction des vigilances reçoit tous les jours toutes les fiches de déclaration d'événements indésirables. Une saisie est réalisée sur le logiciel GFEI. Les divers renseignements saisis permettent de déterminer une criticité et de trier les événements graves porteurs de risque pour le patient. Un suivi des événements majeurs est mis en oeuvre ainsi qu'un retour en revue de direction devant l'ensemble des cadres de la clinique. Le COVIGERIS présente un bilan des analyses de l'ensemble des déclarations en associant les acteurs. Le directeur responsable des risques est formé à la hiérarchisation des risques.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions correctives sont mises en œuvre à la suite des analyses.	Oui	Une fiche d'écart permet le suivi du processus d'amélioration continu de la qualité car après une analyse des causes, des actions sont planifiées avec des responsables désignés par action et des échéances fixées, l'objectif étant de mesurer l'écart avec le résultat attendu. Le gestionnaire des risques est identifié comme le référent pour la coordination et le suivi.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	Oui	La cartographie des risques prend en compte les événements indésirables récurrents. Les causes profondes sont étudiées en revue de direction. Les RMM et les CREX renforcent ces analyses.

L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	Oui	La fiche écart permet de suivre la progression des actions tout au long du calendrier à l'aide d'une colonne de vérification des résultats attendus. Les dates et visas sont tracés sur cette fiche. La fiche est classée lorsque l'objectif chiffré est atteint. Pour les périmètres concernés par la certification ISO 9001, le suivi des indicateurs permet de mesurer l'efficacité des actions correctives.
----------------------------------------------------	-----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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.	En grande partie	

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		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
A	Oui	Le recueil des plaintes est organisé par trois voies : la permanence hebdomadaire de la surveillante générale, l'adresse mail sur le site Internet, la cellule de gestion des réclamations en charge de répondre aux demandes. Le patient peut aussi saisir directement la direction par courrier ou par mail. La CRU est en place et son fonctionnement est conforme à la réglementation. Elle dispose d'une charte et peut aussi recevoir des plaintes. Le patient peut aussi exprimer une plainte à travers le questionnaire de satisfaction des patients. Les usagers sont informés par le livret d'accueil de l'existence de ce dispositif.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
A	Oui	L'articulation entre le système de gestion des plaintes et le signalement des événements indésirables est continue car chaque plainte en lien avec la prise en charge du patient est transmise à la surveillante générale ou aux professionnels concernés. Une fiche est alors rédigée pour agir sur le dysfonctionnement.

Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	Après son enregistrement informatique au secrétariat de direction, la plainte recevable fait l'objet d'une enquête. Les professionnels concernés contribuent au processus de réponse et aux propositions d'actions correctives. La CRU analyse les plaintes et peut participer aux étapes de rédaction de la réponse.
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en œuvre.	Oui	La cellule de gestion des réclamations et des plaintes traite toutes les demandes et envoie systématiquement une réponse. Les informations recueillies auprès des services permettent à la direction de transmettre au patient une réponse qui précise les actions correctives mises en œuvre.
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	Le suivi de la réponse au plaignant est assuré sur informatique par la secrétaire de direction. Elle analyse la conformité du délai moyen de réponse. Les plaintes sont exploitées qualitativement et l'analyse des causes profondes permet de programmer des actions d'amélioration de la prise en charge, soit des actions de formation, soit des travaux ou des aménagements. Les améliorations potentielles sont tracées dans les comptes-rendus de la CRU, dans les comptes-rendus des revues de direction et sur le support de suivi des plaintes. Les recommandations émises sont intégrées au programme qualité.

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

Critère 9.b Evaluation de la satisfaction des usagers

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

Des actions d'amélioration sont mises en 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.	En grande partie	Les conditions d'hospitalisation permettent très généralement le respect de la dignité et de l'intimité des patients. Cependant, les EV ont relevé des conditions de promiscuité importante au niveau de l'accueil des patients pour l'urgence main, dans la salle de surveillance post-interventionnelle de ce secteur et dans le service ambulatoire pour les patients pris en charge en fauteuil. Ces situations ne semblent pas faire l'objet de doléances exprimées par les patients sur les fiches de satisfaction.

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	Le CLUD a été créé à la clinique en 2001 et l'inter-CLUD des établissements Sainte-Marguerite dont la clinique Saint-Jean en 2003. Le règlement est défini et décliné en objectifs et missions. La liste des membres est arrêtée. Le CLUD élabore un programme annuel d'actions qui est évalué. Le CLUD se réunit deux fois par an. La dernière réunion date du 28 mars 2013. L'inter-CLUD se réunit une fois par an. La stratégie de la prise en charge de la douleur est déployée dans les différents secteurs d'activité de la clinique.	
Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonnes pratiques et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.	Oui	Des protocoles analgésiques ont été rédigés en associant les professionnels, validés et diffusés dans le cadre des spécialités chirurgicales, médicales et obstétricales, que ce soit en ambulatoire ou en hospitalisation. Ces protocoles sont disponibles sur le site Internet, dans l'espace professionnel.	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	

Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Des formations relatives à la prise en charge de la douleur sont dispensées aux infirmières par le médecin anesthésiste président du CLUD. En 2012, 19 infirmières ont été formées en interne, neuf agents ont suivi une formation sur la douleur en soins palliatifs et deux sur la douleur neuropathique. Il existe un programme et des supports de formation.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Oui	L'information au patient sur la prise en charge de la douleur est disponible sur le livret d'accueil et le livret d'information remis aux patients. Les praticiens et les médecins anesthésistes informent les patients au moment de la consultation. Des supports spécifiques sont remis aux parents pour les enfants et les nouveau-nés. Les professionnels donnent des informations, appelées actions éducatives ciblées, au cours de l'hospitalisation dans les différents services.
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 de la douleur" et de sa valeur de 99 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [96 % - 100 %] pour la campagne de recueil 2011.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	La douleur est systématiquement évaluée et tracée sur le dossier informatique à l'entrée du patient. Les experts ont pu remarquer, au cours de la visite des services et des transmissions, que les professionnels s'assurent du soulagement de la douleur en ajustant, selon les besoins, les traitements en fonction des évaluations. Ils évaluent la douleur plusieurs fois par jour et tracent le résultat dans le dossier informatisé. Une procédure prévoit qu'un opéré ne peut pas quitter la salle post-interventionnelle si sa douleur est supérieure à 3 sur l'échelle EVA.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les professionnels disposent de différentes échelles pour évaluer la douleur des non communicants selon la situation : - échelles d'évaluation comportementale pour les patients adultes non communicants (ALGOPLUS et DOLOPLUS) ;

	Oui	<ul style="list-style-type: none"> - échelle pour les enfants de 1 à 7 ans (CHEOPS) ; - échelles DAN et EDIN pour les nouveau-nés ; - échelle G Mal pour la douleur aiguë de l'adulte.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	Le CLUD s'assure de l'appropriation des outils et de leur utilisation en réalisant des audits de pratique auprès des professionnels tous les quadrimestres. Les résultats sont étudiés en CLUD, revues de direction et restitués aux professionnels.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Traçabilité de l'évaluation de la douleur". Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation : <ul style="list-style-type: none"> * la satisfaction de la prise en charge de la douleur par les questionnaires de satisfaction ; * EPP sur la prise en charge de la douleur dans le cas d'une interruption médicale de grossesse et/ou mort foetale in utero.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Les résultats des audits et de l'EPP sont analysés en CLUD et font l'objet d'actions d'amélioration dans le programme annuel du CLUD. Le président du CLUD est identifié comme personne référente pour le suivi de ces actions.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	La clinique Saint-Jean participe aux travaux de l'inter-CLUD des établissements Sainte-Marguerite. Elle adhère au réseau régional PACA Ouest et participe aux groupes de travail de l'Association des soins palliatifs PACA.

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 Saint-Jean reçoit des patients en fin de vie en service de médecine (ouvert depuis 2012). Une organisation a été définie avec les ressources adaptées. Le projet de soins a été écrit pour l'ouverture du service avec des objectifs de prise en charge palliative. Des procédures spécifiques pour la prise en charge en fin de vie ont été élaborées en 2012.

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

Oui

L'organisation pour le recueil de la volonté du patient et les directives anticipées est connue des professionnels du service de médecine. Les modalités sont définies dans un protocole du 24 septembre 2012. Les directives anticipées sont notées sur une fiche qui est scannée et intégrée au dossier informatisé.

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 de la clinique Saint-Jean informe sur les droits des patients dont la désignation de la personne de confiance et les directives anticipées. La charte du patient hospitalisé y est également intégrée. Une fiche de recueil des directives anticipées est disponible et peut être imprimée par les infirmières.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en œuvre.	Oui	Les projets de prise en charge sont définis et tracés à l'entrée. Ils sont réajustés chaque jour si nécessaire au moment de la visite et lors des staffs hebdomadaires le mardi. On retrouve dans le dossier patient le suivi ainsi que les décisions collégiales.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Depuis l'ouverture du service de médecine, des formations en soins palliatifs ont été suivies par les soignants en 2012 : - trois agents ont suivi une formation intitulée "Soins palliatifs et accompagnement en fin de vie" ; - neuf agents ont suivi une formation spécifique à la douleur en soins palliatifs ; - cinq agents ont participé à une journée régionale pour les soins palliatifs.
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Des réunions pluriprofessionnelles sont organisées tous les mardis en service de médecine. Le service de chirurgie met en place des réunions dont la fréquence n'est pas régulière mais en fonction des prises en charge qui le nécessitent.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en œuvre.	Oui	Les soignants peuvent trouver du soutien au cours des groupes de parole ou de régulation d'équipe animés par la psychologue de la clinique. Les infirmiers et aides-soignantes rencontrés au cours de la visite expriment leur satisfaction concernant l'écoute du praticien oncologue en cas de difficultés. La médecine préventive du travail peut être saisie 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	Une information sur la loi Leonetti est disponible sur le site Internet de la clinique Saint-Jean. Un bulletin d'information diffusé en octobre 2012 informait sur les droits des patients en fin de vie. Une information a été donnée dans différentes instances : comité éthique (19 mars 2013) et commission de soins infirmiers.

L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	En grande partie	Les ministres du Culte peuvent être contactés (liste à disposition des soignants). Les soignants peuvent également mettre en relation le patient et/ou son entourage avec des associations dont ils ont connaissance mais, au moment de la visite, les experts constatent que cela est peu formalisé.
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.).	En grande partie	La prise en charge est discutée et évaluée lors des réunions entre le médecin et les paramédicaux, et les décisions sont tracées dans le dossier. Les différentes instances participent à l'évaluation de la démarche palliative (CME, CLUD, CLAN). Cependant, la prise en charge palliative est récente à la clinique, et l'évaluation est peu formalisée. L'oncologue est identifié comme personne référente.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	La réflexion pluriprofessionnelle sur la limitation et l'arrêt des traitements existe lorsqu'il y a une prise en charge palliative lors des staffs. Le comité d'éthique en place depuis mars 2011 à la clinique permet cette réflexion.
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	De nombreuses actions ont été mises en place depuis 2012 pour la prise en charge palliative en lien avec la création du service de médecine. Les instances telles que CLUD, CLAN, commission éthique ont proposé et mis en place des actions (protocoles, achat de matériel...).

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 majorité des données du dossier patient est actuellement renseignée par voie informatique, et ce dans tous les secteurs de l'établissement. Cependant, le dossier papier n'a pas complètement disparu et il comporte notamment le livret d'information (avec la traçabilité des consentements), l'évaluation initiale par les soignants et la traçabilité postopératoire. Il existe un guide détaillé de tenue du dossier qui définit les responsabilités des différents intervenants. Une charte de fonctionnement médical précise les rôles respectifs de chirurgiens et des anesthésistes : elle complète sur ce plan une décision prise en CME sur les rôles des praticiens dans la prescription du traitement personnel du patient. Une procédure a été élaborée pour l'information du patient en cas de dommage lié aux soins. Le guide dont les objectifs apparaissent clairement est accessible sur le site Internet, dans l'espace professionnel.

Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et diffusées.	En grande partie	Depuis 2009, les données essentielles du patient sont accessibles aux professionnels habilités grâce au "Suivi informatisé des patients" (SIP) dont le guide d'utilisation est accessible sur le site Internet, dans l'espace professionnel. Des droits d'accès leur sont attribués par une clé informatique biométrique. Les règles concernant la transmission au dossier d'hospitalisation des données de la consultation ne sont pas fixées, si bien que l'évaluation médicale initiale est globalement pauvre, tant en médecine qu'en chirurgie.
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 86 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [83 % - 88 %] pour la campagne de recueil 2011.
La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.	Oui	L'établissement met en oeuvre un système de communication du dossier entre les professionnels impliqués dans la prise en charge grâce au SIP. L'informatisation, effective dans toutes les unités, permet une accessibilité rapide aux données. La confidentialité est assurée par les clés d'accès.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Tenue du dossier patient". Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation, notamment des audits quadrimestriels du dossier à l'aide d'une grille comportant de nombreux paramètres.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Les évaluations conduisent à des actions d'amélioration, notamment à l'évolution des supports de saisie. La coordination et le suivi de ces actions sont assurés lors des revues de direction.

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

Une procédure formalisée et validée de demande d'accès au dossier du patient est en place depuis 2002. La clinique utilise un formulaire de traçabilité du suivi de la demande. Cette organisation est centralisée au département de l'information médicale ; le médecin DIM assure cette mission en concertation avec les praticiens concernés dans le respect des contraintes réglementaires. Il existe des modalités spécifiques concernant les ayants droit.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Le patient et sa famille sont informés des modalités d'accès à son dossier médical par le livret d'accueil, par les affichages à l'entrée et dans les services de soins. Ils peuvent aussi trouver ces informations en consultant le site Internet de la clinique.

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

Oui

La procédure intitulée "Modalités d'accès aux informations du dossier patient" prévoit le respect des contraintes réglementaires. Le médecin DIM doit tout mettre en oeuvre pour communiquer le dossier au patient conformément à son engagement écrit. Pour ce faire, le médecin DIM

	Oui	(personne référente identifiée pour cette démarche) tient à jour un formulaire de suivi de la demande d'information ou de copie du dossier médical, afin de tracer les étapes depuis la demande jusqu'à la remise du dossier.
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	Un bilan des délais de réponses et de transmission des dossiers est réalisé tous les trois mois pour être présenté à la CRU. Il est rendu possible par la tenue du formulaire de suivi des demandes d'informations. Cette évaluation des délais permet le cas échéant une action d'amélioration. Le DIM est responsable de la coordination et du suivi de cette évaluation.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.	Oui	La CRU reçoit au cours de ces réunions trimestrielles une information sur les délais de transmission du dossier au patient ainsi que les actions d'amélioration qui en découlent : nombre de demandes d'accès au dossier, délais de transmission du dossier.

Référence 15: l'identification du patient

Critère 15.a - Court Séjour

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



Cotation		
A		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
<p>Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge sont définis.</p>	<p>Oui</p>	<p>La politique d'identitovigilance est définie par la direction à travers une organisation qui repose sur une autorité de gestion de l'identité. Cette organisation repose sur un règlement intérieur validé par la CME, une charte d'identification du patient et une procédure d'identitovigilance. Un identitovigilant est désigné. Il dispose d'une fiche de poste qui lui précise ses missions. La surveillante générale assure ce rôle et fait en sorte que tous les secteurs d'activité intègrent dans leurs procédures les modalités de vérification de l'identité du patient. La cartographie des risques liée au patient prend en compte les zones sensibles aux erreurs d'identité. Cette vigilance est intégrée au comité de gestion des risques et des vigilances et est un des thèmes d'étude des revues de direction. La gestion des situations particulières est prise en compte : enregistrement au secret, accouchement sous x.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	Oui	L'autorité de gestion de l'identité se sert de la charte de l'identitovigilance comme support de formation et de sensibilisation auprès des professionnels. L'accent est mis sur la prévention des risques et sur les moyens de surveillance des erreurs. Les responsables de secteurs ont suivi une formation spécifique à l'identitovigilance qui leur permet à leur tour de réaliser des actions de sensibilisation auprès des personnels les plus exposés aux risques.
Le personnel de l'accueil administratif met en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Les procédures administratives de vérification de l'identité du patient s'appliquent également aux différents accueils de la clinique. En pré-admission, les personnels contrôlent les éléments d'identification (carte nationale d'identité), les enregistrent dans une fiche de renseignement et éditent des étiquettes d'identification qui garantissent la traçabilité dans les dossiers tout au long du séjour. Au niveau de l'admission, le patient se voit attribuer un identifiant permanent (NIP) délivré par le logiciel administratif. Au niveau du service de soins, un nouveau contrôle oral est réalisé ainsi qu'une vérification du document officiel d'identification. Les procédures sont régulièrement actualisées. Une fiche dite de validation préopératoire sert de check-list du brancardier et renforce les mesures d'identitovigilance.
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	Tout au long de son séjour, les personnels contrôlent l'identité du patient à l'aide de la cartographie des risques liés aux problèmes d'erreurs d'identité, les soignants sont sensibilisés et pratiquent systématiquement le contrôle oral par question ouverte au patient sur son identité. Le dispositif est renforcé par l'utilisation généralisée du bracelet d'identification du patient que celui-ci conserve tout au long de son séjour. Les vérifications sont tracées : check-list bloc et brancardier.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

<p>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.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les dysfonctionnements liés à l'identitovigilance font tous l'objet d'une déclaration d'événement indésirable, qui déclenche une enquête, puis d'une analyse en COVIGERIS (instance identifiée pour la coordination et le suivi) qui à son tour propose des actions correctives. Cette organisation est complétée par des audits de pratique et de formation sur l'identitovigilance réalisés par le gestionnaire de risques et présentés en revue de direction pour des plans d'actions si nécessaire.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

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

La formation des professionnels à l'utilisation de ce matériel et aux premiers gestes de secours est assurée.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est évaluée à périodicité définie, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	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		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.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 100 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [100 % - 100 %] pour la campagne de recueil 2011.

	Oui	
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 oeuvre d'autres modalités d'évaluation.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.c - Court Séjour Risque suicidaire

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

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

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	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 clinique Saint-Jean a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse en déclinant des directives, des objectifs et des indicateurs de suivi. Cette politique a été élaborée en lien avec les recommandations de la HAS et les engagements du CBUM.
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 SIP (suivi informatisé du patient). Ce système est intégré au schéma directeur du système d'information et déployé sur l'ensemble des services.
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	Le livret thérapeutique est actualisé une fois par an. Les prescripteurs disposent de protocoles pour la prescription dont celle des antibiotiques et des médicaments à risques. La banque de données "Claude Bernard" est accessible et consultable par l'ensemble des prescripteurs.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	Des actions de sensibilisation sont menées par le préparateur en pharmacie lors de son passage journalier dans les services de soins. Une plaquette réalisée par l'ARS intitulée "Prévenir et déclarer les erreurs médicamenteuses" a été diffusée et mise en ligne sous forme d'un programme de formation en e-Learning. Cette formation est disponible depuis décembre 2012.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée de la prescription à l'administration dans tous les services de la clinique, ce que confirme l'indicateur Hôpital numérique "Taux de séjours disposant de prescriptions de médicaments informatisées" d'une valeur de 100 %.
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	Un suivi d'indicateurs est réalisé au travers du rapport d'étape du CBUM par la pharmacie. L'indicateur IPAQSS sur la tenue du dossier patient (volet conformité des prescriptions) est recueilli. Des audits de pratique sont réalisés tous les quadrimestres dont celui intitulé "Pharmacie des services de soins".
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Une organisation est en place pour recueillir les erreurs médicamenteuses via la fiche de déclaration d'événement indésirable. Les infirmières sont sensibilisées à la déclaration. Les déclarations sont analysées par la cellule vigilance selon des modalités définies. Le bilan des événements indésirables majeurs liés aux erreurs médicamenteuses est présenté en COVIGERIS, COMEDIMS et en revue de direction. Le comité de retour d'expérience médicament est en place.
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	Des actions d'amélioration sont mises en place dans le cadre de l'amélioration de la sécurisation du circuit du médicament, et de l'EPP "Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé". Suite à l'analyse des erreurs médicamenteuses selon la méthode des 5 M ou méthode ORION, des actions

Oui	correctives sont mises en place. Les professionnels sont informés du retour par l'encadrement ou le préparateur en pharmacie.
-----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

Les règles de prescription sont formalisées dans le cadre de la procédure générale "Prescription/administration" actualisée en mars 2013. La prescription des traitements est effectuée sur le suivi informatisé patient (SPI) avec identification par clé biométrique. Le même support informatique permet la prescription et l'administration. Pour les nouveau-nés, la prescription se fait sur un support papier, celle-ci est validée par la pharmacienne, et l'administration y est tracée. Il coexiste, pour des raisons réglementaires et de traçabilité, des supports spécifiques pour les stupéfiants.

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

Oui

Les règles définies dans la procédure générale pharmacie prévoient l'organisation pour la continuité du traitement médicamenteux de l'admission à la sortie du patient. La procédure de gestion du traitement personnel prévoit que le traitement personnel soit prescrit par le médecin référent. Les médicaments personnels des patients sont remis aux soignants à l'admission, identifiés et rangés dans la pharmacie de la salle de soins. Les médicaments sont remis au patient lors de la sortie du service.

<p>Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les prescriptions informatisées sont analysées et validées par une pharmacienne. Les prescriptions pour le nouveau-né sont réalisées sur support papier et faxées à la pharmacie pour analyse et validation. La délivrance des médicaments se fait en délivrance nominative pour l'ensemble des patients hospitalisés. La dispensation est effectuée par la pharmacienne ou sous sa responsabilité par le préparateur en pharmacie avec une double vérification. Le conditionnement assure l'identification du patient et permet la vérification du médicament, du dosage et de la date de péremption jusqu'à l'administration. Le transport des médicaments vers les unités de soins est sécurisé dans des containers. Les règles d'approvisionnement en urgence en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie sont définies.</p>
<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les règles d'administration des médicaments sont précisées dans la procédure d'organisation de la prise en charge médicamenteuse du patient. Les modalités de traçabilité de l'administration sont établies :</p> <ul style="list-style-type: none"> * support informatique au fur et à mesure des administrations en temps réel ; * support papier pour le nouveau-né en service de maternité. <p>La procédure pour l'administration des médicaments prévoit une attention particulière au moment de l'administration des médicaments à risques qui font l'objet d'une identification spécifique à la clinique Saint-Jean. Les infirmières disposent d'un document pour connaître les médicaments non sécables et non broyables pour l'administration.</p>
<p>E2 Mettre en oeuvre</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Les règles de prescription sont mises en oeuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Compte tenu de la valeur du critère « Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation » de l'indicateur « Tenue du dossier » et de sa valeur de 84 % pour la campagne de recueil 2011.</p>

Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	L'analyse pharmaceutique est réalisée sur l'ensemble des prescriptions avec délivrance nominative pour les patients hospitalisés. Les commentaires pharmaceutiques sont portés sur les prescriptions informatisées. Une dotation globale est maintenue pour assurer le traitement en urgence.
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	Des fiches d'information ont été réalisées afin d'aider les professionnels à assurer l'information des patients et de leur famille sur le bon usage des médicaments. Des informations sont remises aux patients dans le livret d'accueil du patient et dans le livret d'information du patient. Les infirmières informent les patients au cours des soins et tracent dans les transmissions l'information donnée.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	L'infirmier trace l'administration au fur et à mesure des administrations et en temps réel sur le dossier informatisé. Si l'heure de l'administration est en décalage avec l'heure précisée sur la prescription, l'infirmière doit justifier la non-conformité sur le dossier informatique. La traçabilité de l'administration des médicaments a été retrouvée dans tous les dossiers consultés par les experts au cours de la visite.
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	La clinique évalue les objectifs prévus au CBUM selon le guide régional d'audits. Des audits sont réalisés chaque année sur le circuit du médicament par l'ensemble des services de soins et génèrent un bilan.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Le programme d'actions visant au bon usage des médicaments en cohérence avec le CBUM, avec les revues de direction (suite à l'analyse des fiches d'événements indésirables) et avec celui du COMEDIMS est mis en œuvre au niveau de la clinique. D'autres actions découlent des EPP

Oui	dont celle sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé.
-----	------------------------------------------------------------------

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		
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 Éducation thérapeutique du patient

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

Référence 24: La sortie du patient

Critère 24.a - Court Séjour
Sortie du patient



Cotation

A

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 l'indicateur "Délai 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.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Délai du courrier de fin d'hospitalisation". Il a mis en oeuvre d'autres moyens d'évaluation, notamment des audits réguliers de dossier où figure le thème de la sortie.
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
Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.	En grande partie	Une analyse des processus, interventionnel et support, à partir des signalements des événements indésirables conduit l'établissement en revue quadrimestrielle de direction à des actions d'amélioration pour assurer la qualité et la sécurité de l'acte opératoire, notamment pour disposer en temps utile de toutes les ressources humaines et matérielles nécessaires. Toutefois, une analyse des risques a priori n'a pas été faite. L'activité opératoire est répartie sur un bloc général (de neuf salles, où l'activité est essentiellement programmée), un bloc de chirurgie de la main et du pied (de trois salles, où l'urgence est fréquente) et un bloc obstétrical (comportant une salle de césarienne). L'urgence et l'ambulatoire trouvent dans ce dispositif une place sans difficulté majeure.
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place (elle comprend l'ensemble des dimensions, y compris la gestion des locaux et des équipements).	En grande partie	Une démarche qualité se met en place. La présence du directeur général à toutes les réunions du conseil de bloc témoigne de l'engagement de la direction au niveau de ce secteur. Les ressources humaines sont adaptées à l'activité. Il existe un système documentaire régulièrement entretenu et accessible. La charte définit l'organisation du travail et

	En grande partie	confie l'autorité fonctionnelle à deux responsables du bloc opératoire sur tous les intervenants, même si les IADE sont salariés majoritairement par les médecins anesthésistes et les aides opératoires par les chirurgiens. La formation est assurée, y compris l'intégration des nouveaux arrivants. Les événements indésirables donnent lieu à déclaration. Les prélèvements d'eau, d'air et de surface sont réalisés conformément à la réglementation. Des audits sont réalisés régulièrement. Les outils de pilotage sont encore peu nombreux. L'architecture impose quelques contraintes, notamment l'exiguïté de la salle de réveil eu égard au nombre de salles en activité.
La Charte de fonctionnement, définie et validée par un conseil de bloc, précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, dont l'ambulatoire et les urgences, et établit les responsabilités et les modalités d'élaboration et de régulation des programmes opératoires.	Oui	Une charte de fonctionnement est définie et validée par un conseil de bloc. Elle précise les responsabilités pour l'élaboration et la régulation des programmes.
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'échange d'informations nécessaire à la prise en charge entre le bloc opératoire et les unités d'hospitalisation s'effectue par des fiches de liaison, par informatique pour les prescriptions, par téléphone pour l'acheminement des patients.
Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.	Oui	Il existe un système d'information au bloc opératoire. Il associe documents papier et informatique (suivi informatisé du patient ou SIP). Le logiciel SIP, élaboré pour la gestion du dossier patient, est appelé à trouver de nouvelles applications au bloc, ce que confirme l'indicateur Hôpital numérique "Taux d'interventions au bloc opératoire planifiées à l'aide d'un outil de planification partagé ou d'un outil de programmation" d'une valeur de 100 %.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Un responsable régule les activités du bloc opératoire afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	Oui	L'activité de régulation est assurée conjointement par les deux responsables du bloc général, et par le responsable du bloc main. Le respect de la programmation fait l'objet d'un suivi : les retards flagrants donnent lieu à déclaration d'événements indésirables. Les reports d'intervention sont rares.
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 en place. Elle est utilisée et donne lieu à un partage croisé des informations entre les différents intervenants.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes, incluant les vérifications effectuées, est assurée.	Oui	La traçabilité des DMI et des actes est assurée. Elle se retrouve dans le dossier papier du patient.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	Oui	Les professionnels s'appuient sur des procédures et protocoles régulièrement actualisés.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficacité, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est assuré, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	En grande partie	Quelques indicateurs quantitatifs (activité, consommation) et qualitatifs (délais d'attente) sont suivis mais il n'y a pas à proprement parler de tableau de bord d'indicateurs. Les taux d'occupation des salles par exemple ne donnent pas lieu à un réel suivi. En revanche, des audits de pratique sont régulièrement réalisés et un retour d'expérience a été mis en place au début 2013. Des actions d'amélioration sont régulièrement décidées en revue quadrimestrielle de direction.

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.	En grande partie	L'activité d'endoscopie sous anesthésie, digestive et trachéo-bronchique, y compris interventionnelle, est réalisée dans un bloc spécifique. L'endoscopie urologique souple est effectuée dans un secteur dédié. L'endoscopie urinaire sous AG s'effectue au bloc opératoire général. La revue de direction analyse les processus à risques à partir des fiches d'éléments indésirables, afin de définir des actions d'amélioration. Toutefois, l'analyse des risques a priori n'est pas réalisée.
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.	En grande partie	Une démarche qualité se met en place. Les ressources humaines sont adaptées à l'activité. Il existe un système documentaire régulièrement entretenu et accessible. L'organisation du travail est définie avec un responsable désigné, sous l'autorité du responsable du bloc opératoire. La formation est assurée, y compris celle des nouveaux arrivants. Les événements indésirables donnent lieu à déclaration. Les prélèvements d'eau, d'air et de surface sont réalisés conformément à la réglementation. La désinfection des endoscopes a fait l'objet d'une démarche de certification ISO. Les outils de pilotage sont encore peu nombreux.

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	L'échange d'informations nécessaire à la prise en charge entre le bloc endoscopique et les unités d'hospitalisation s'effectue par des fiches de liaison, par informatique pour les prescriptions, par téléphone pour l'acheminement des patients.
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	Oui	Il existe un système d'information au bloc endoscopique. Il associe documents papier et informatique (suivi informatisé du patient ou SIP). Le logiciel SIP, élaboré pour la gestion du dossier patient, est appelé à trouver de nouvelles applications au bloc d'endoscopie.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un responsable identifié régule les activités, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	Oui	L'IDE référente du centre d'endoscopie est identifiée comme régulateur de l'activité d'endoscopie. Elle élabore le programme, en incluant les urgences. L'activité est essentiellement ambulatoire.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	Oui	Les professionnels appliquent des procédures réglementaires ou issues de documents de référence et régulièrement actualisés. Une check-list spécifique est en place et utilisée.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	Oui	La traçabilité des DMI (prothèses biliaire ou oesophagienne...) est assurée de même que celle des actes. Elle se retrouve avec la check-list dans le dossier papier du 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 oeuvre d'actions d'amélioration.	En grande partie	Les professionnels de l'endoscopie ont à leur disposition le dispositif général de déclaration des événements indésirables. Alors que les médecins sont accrédités, ils ne transmettent qu'irrégulièrement leurs événements porteurs de risque à l'établissement, et celui-ci n'en a pas connaissance, sauf si l'EPR a déjà fait l'objet d'un signalement.

<p>La réalisation d'audits et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Des audits de pratique sont réalisés, concernant essentiellement l'hygiène. Des actions d'amélioration ont été définies et mises en place lors d'une récente revue de direction en 2013. Elles concernent essentiellement l'accueil et l'installation du patient en salle d'examen et en salle de réveil. Cependant, il n'y a pas de tableau de bord d'indicateurs de suivi en dehors du relevé de l'activité et de l'analyse des temps d'attente avant la prise en charge.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.c

Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique

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

Cotation	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		
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.	En grande partie	La pratique des RMM date dans l'établissement des années 2009-2010. Un règlement intérieur a été élaboré en 2013. Les secteurs de chirurgie, d'anesthésie et de cancérologie sont aujourd'hui concernés. Toutefois, le secteur de gastro-entérologie, bien qu'ayant une activité de cancérologie, n'a pas encore adhéré à la démarche.
Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Réunion de concertation pluridisciplinaire" et de sa valeur de 100 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [100 % - 100 %] pour la campagne de recueil 2011.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mettent en 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	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les enjeux liés à la pertinence des soins sont identifiés au sein de l'établissement.	En grande partie	L'établissement réalise des analyses de la pertinence des soins menées à l'initiative de certains praticiens (prescription de PSL, bilan sanguin préopératoire, antibiothérapie, durée de l'hospitalisation en maternité...). Une réflexion formalisée, concertée et périodique est menée à partir de dysfonctionnements déclarés. Cependant, il n'y a pas eu de réflexion prospective sur le sujet en tenant compte de toutes les activités de l'établissement où est susceptible de se poser un problème de pertinence des soins.
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.	En grande partie	L'établissement recueille un certain nombre d'indicateurs de pratique clinique, à l'échelon individuel ou institutionnel (taux de transferts en réanimation, taux de prises en charge ambulatoire dans certaines pathologies, taux de césariennes, taux de reprises pour certaines interventions, ISO). La communauté médicale ne s'est pas encore totalement approprié cette démarche dans tous les secteurs d'activité.
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 SAINT JEAN (830100434)

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)	71 [68 - 74]	●	(-)	↗	79 [76 - 82]	●	(=)	NA	86 [83 - 88]	●	(+)	↗				
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (%)	5% [0% - 10%]	●	(-)	→	19% [10% - 27%]	●	(-)	→	90% [83% - 97%]	●	(+)	↗				
Traçabilité de l'évaluation la douleur (%)	100% [100% - 100%]	●	(+)	→	100% [100% - 100%]	●	(+)	→	99% [96% - 100%]	●	(+)	→				
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 (%)	71% [61% - 81%]	●	(=)	↗	100% [100% - 100%]	●	(+)	↗	100% [100% - 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 SAINT JEAN (830100434)

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)	84 [82 - 87]		NA	↗	76 [71 - 81]		(=)	↘	89 [86 - 92]		(+)	↗				

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	DRASS	15.01.2008	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Procès verbal de visite de conformité d'une installation de chirurgie esthétique
Stérilisation des dispositifs médicaux	DRASS	15.01.2008	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Procès verbal de visite de conformité d'une installation de chirurgie esthétique
Désinfection des dispositifs médicaux	Aucun contrôle réalisé	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
Laboratoires d'analyses de biologie médicale	Non concerné	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
Infrastructures	Gaz et combustibles : APAVE	07.02.2012	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
	Chaufferie : APAVE	07.02.2012	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
	Ascenseurs : APAVE	22.02.2012	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
	Portes automatiques : SNAFF	14.06.2012	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
	Gaz médicaux : APAVE	21.10.2011	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
	Autoclaves : APAVE	15.03.2012	<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	20.12.2011	<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 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	23.08.2011	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-

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	
Sécurité électrique	APAVE	30.09.2011	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
Hygiène alimentaire et eau d'alimentation	DDSV	04.07.2008	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
Eaux à usage médical	Aucun contrôle réalisé	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
Eaux à usage technique	Aucun contrôle réalisé	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
Eaux chaudes sanitaires	ALPABIO	20.02.2012	<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 infectieux et pièces anatomiques.	DRASS	15.01.2008	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Procès verbal de visite de conformité d'une installation de chirurgie esthétique
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	Non concerné	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
Produits sanguins labiles	EFS	13.09.2011	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rapport de visite Dépôt de PSL
Sécurité anesthésique	DRASS	15.01.2008	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Procès verbal de visite de conformité d'une installation de chirurgie esthétique
Secteur opératoire	DRASS	15.01.2008	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Procès verbal de visite de conformité d'une installation de chirurgie esthétique
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	ARS	17.01.2011	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-