



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## **RAPPORT DE CERTIFICATION V2010**

### **CLINIQUE FONT REDONDE**

- 46100 - FIGEAC

DÉCEMBRE 2014

# SOMMAIRE

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

<b>5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES</b>	<b>28</b>
<b>CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	<b>30</b>
PARTIE 1. Management stratégique	31
PARTIE 2. Management des ressources	55
PARTIE 3. Management de la qualité et de la sécurité des soins	97
<b>CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT</b>	<b>123</b>
PARTIE 1. Droits et place des patients	124
PARTIE 2. Gestion des données du patient	191
PARTIE 3. Parcours du patient	212
PARTIE 4. Prises en charge spécifiques	315
PARTIE 5. Evaluation des pratiques professionnelles	329
<b>6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	<b>336</b>
<b>7. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE</b>	<b>338</b>

# PREAMBULE

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

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

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

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

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

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

Elle ne note pas les professionnels de santé.

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

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

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

## 2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

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

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

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

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

# 1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT



# CLINIQUE FONT REDONDE

**Adresse :** 46100 FIGEAC LOT

**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	2	0	0
Soins de suite et/ou de réadaptation	30	0	0
Hospitalisation à domicile	0	15	0

Nombre de sites.:	Un site.
Activités principales.:	SSR: 30 lits, délégation de gestion de service public (accord cadre tripartite ARS, hôpital, clinique de novembre 2011) HAD 15 places SP: 2 lits dédiés chimiothérapie: 2 places
Activités de soins soumises à autorisation.:	- Activité de médecine - Activité de soins de suite et réadaptation - Traitement du cancer par chimiothérapie - Hospitalisation à domicile
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	/

## Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	Centre hospitalier de Figeac Centre hospitalier de Cahors Centre hospitalier de Rodez Centre spécialisé de gérontopsychiatrie de Leyme Tous les EHPAD du bassin de santé. Convention en cours avec le SSR de Montfaucon, Bondigoux, Nègrepelisse.
Regroupement/Fusion.:	/
Arrêt et fermeture d'activité.:	Fin d'activité MCO en décembre 2012.

## Réorganisation de l'offre de soins

Création d'activités nouvelles ou reconversions.:

Ouverture HAD en octobre 2012  
Ouverture SSR en décembre 2012

## 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 Sanitaire de la fiche interface HAS/ARS, la Haute Autorité de Santé a constaté l'absence de contrôles réglementaires sur:

- les déchets à risques chimiques et toxiques, effluents liquides.

La Haute Autorité de Santé demande à l'établissement et à l'autorité de tutelle compétente de prendre toute mesure pour que les actions de contrôle soient rapidement mises en oeuvre.

### 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 16/09/2014 au 19/09/2014.

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

##### **MANAGEMENT STRATÉGIQUE**

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

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

3.a, 3.b, 5.a, 5.b, 6.a, 6.c, 6.g, 7.b, 7.d

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

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

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

10.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 10.d Hospitalisation à domicile, 11.a Hospitalisation à domicile, 11.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 12.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 12.a Hospitalisation à domicile, 12.a Court Séjour, 13.a Court Séjour, 13.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 13.a Hospitalisation à domicile

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

14.a Hospitalisation à domicile, 14.a Court Séjour, 14.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 14.b Hospitalisation à domicile, 14.b Court Séjour, 14.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 15.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 15.a Court Séjour

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

16.a Hospitalisation à domicile, 18.a Court Séjour, 18.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 18.a Hospitalisation à domicile, 19.a Personnes atteintes d'un handicap, 19.a Personnes démunies, 19.b Court Séjour, 19.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 19.b Hospitalisation à domicile, 20.a Hospitalisation à domicile, 20.a Court Séjour, 20.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 20.a bis Hospitalisation à domicile, 20.a bis Court Séjour, 20.a bis Soins de suite et/ou de réadaptation, 21.a Hospitalisation à domicile, 21.a Court Séjour, 24.a Hospitalisation à domicile, 24.a Court Séjour, 24.a Soins de suite et/ou de réadaptation

##### **EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

28.a, 28.b, 28.c

## 5.Suvi de la décision

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



## 3.PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS

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

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

### Ensemble des thématiques du manuel

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

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

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

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

### Pratiques exigibles prioritaires

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

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

Ces pratiques exigibles prioritaires concernent les critères suivants :

- Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles (1.f)
- Gestion des fonctions logistiques au domicile (6.g)
- Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins (8.a)
- Gestion des évènements indésirables (8.f)
- Maîtrise du risque infectieux (8.g)
- Système de gestion des plaintes et des réclamations (9.a)
- Prise en charge de la douleur (12.a)
- Prise en charge et droits des patients en fin de vie (13.a)
- Gestion du dossier du patient (14.a)
- Accès du patient à son dossier (14.b)
- Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge (15.a)
- Prise en charge somatique des patients (17.b)
- Continuité et coordination de la prise en charge des patients (18.a)
- 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)
- Or

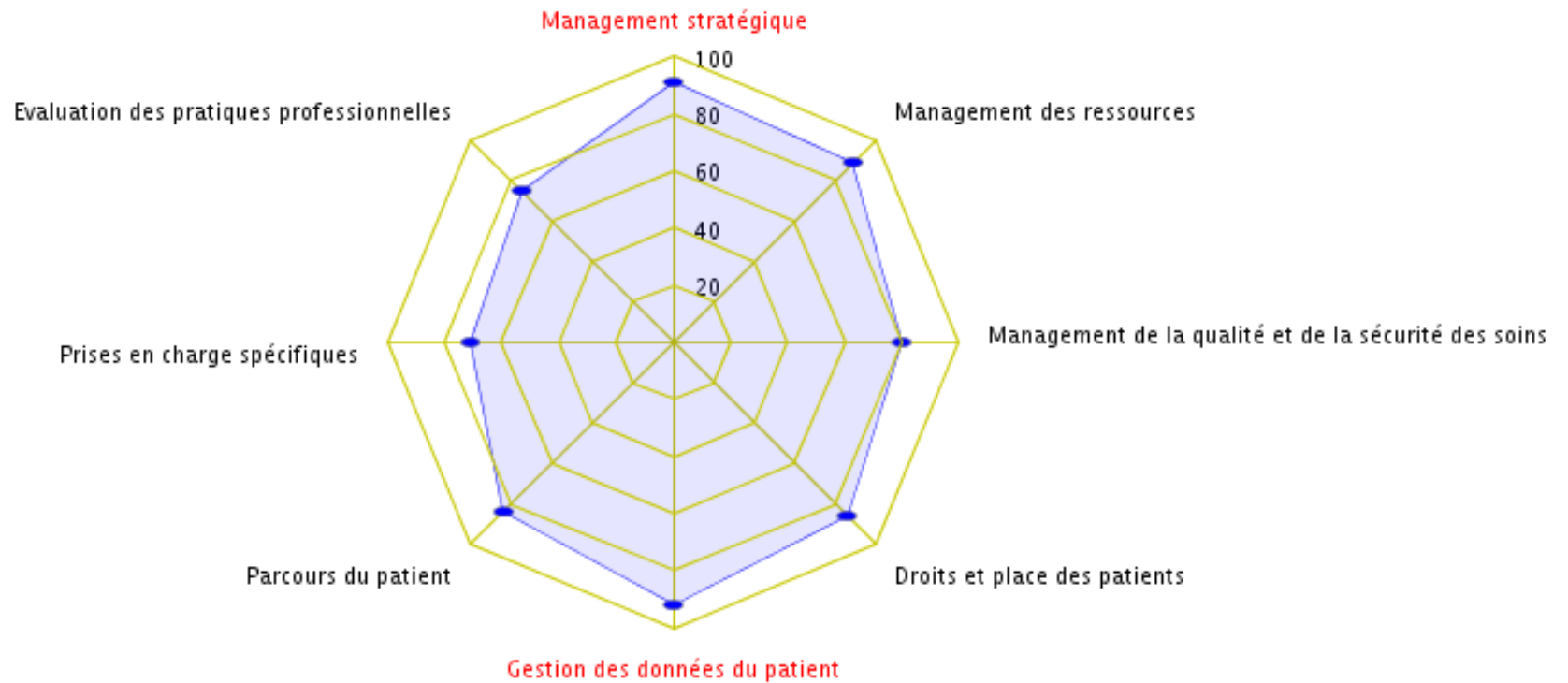
Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement.

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

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

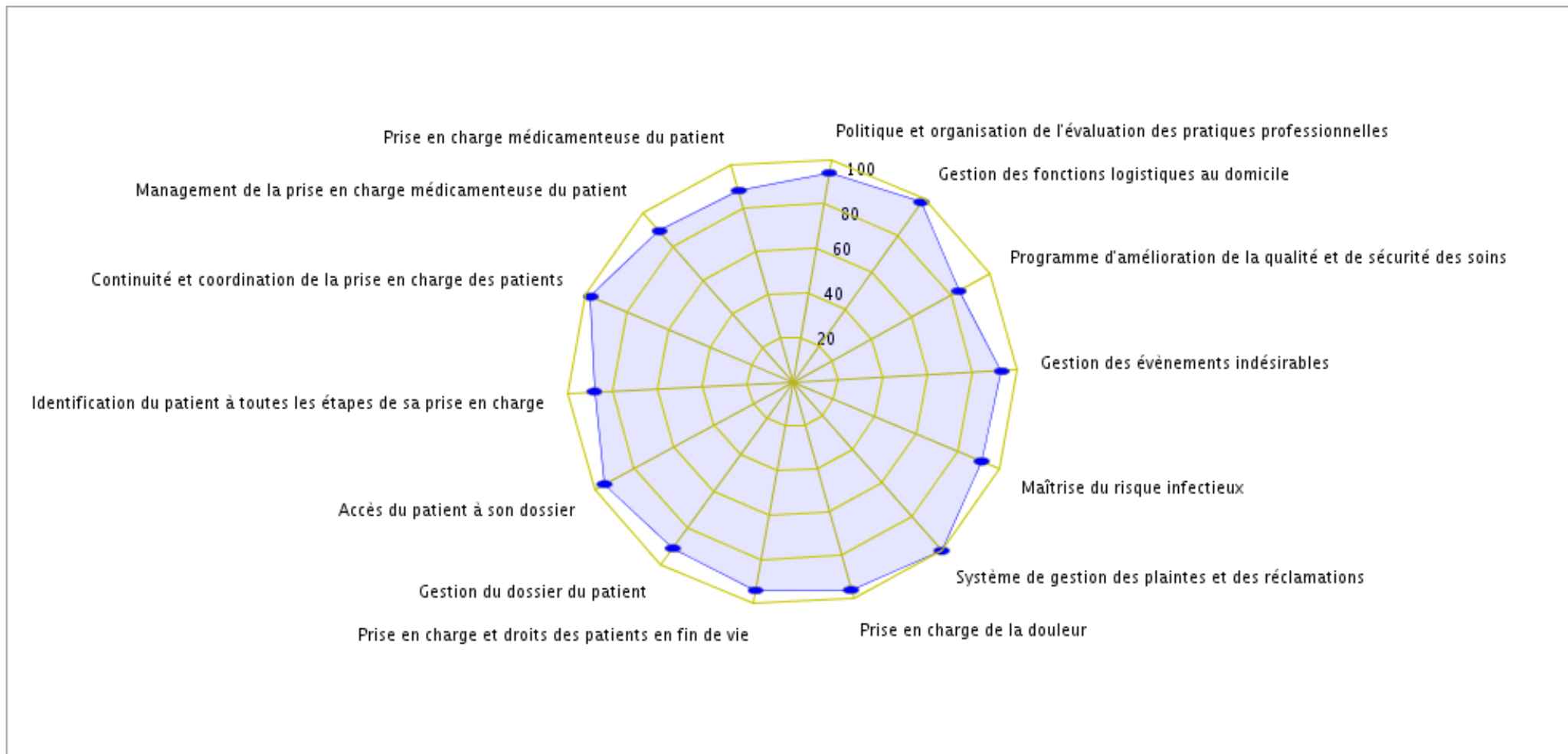
- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (10a),
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b),
- Respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c),
- Accueil et accompagnement de l'entourage (10d),
- Information du patient sur son état de santé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

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

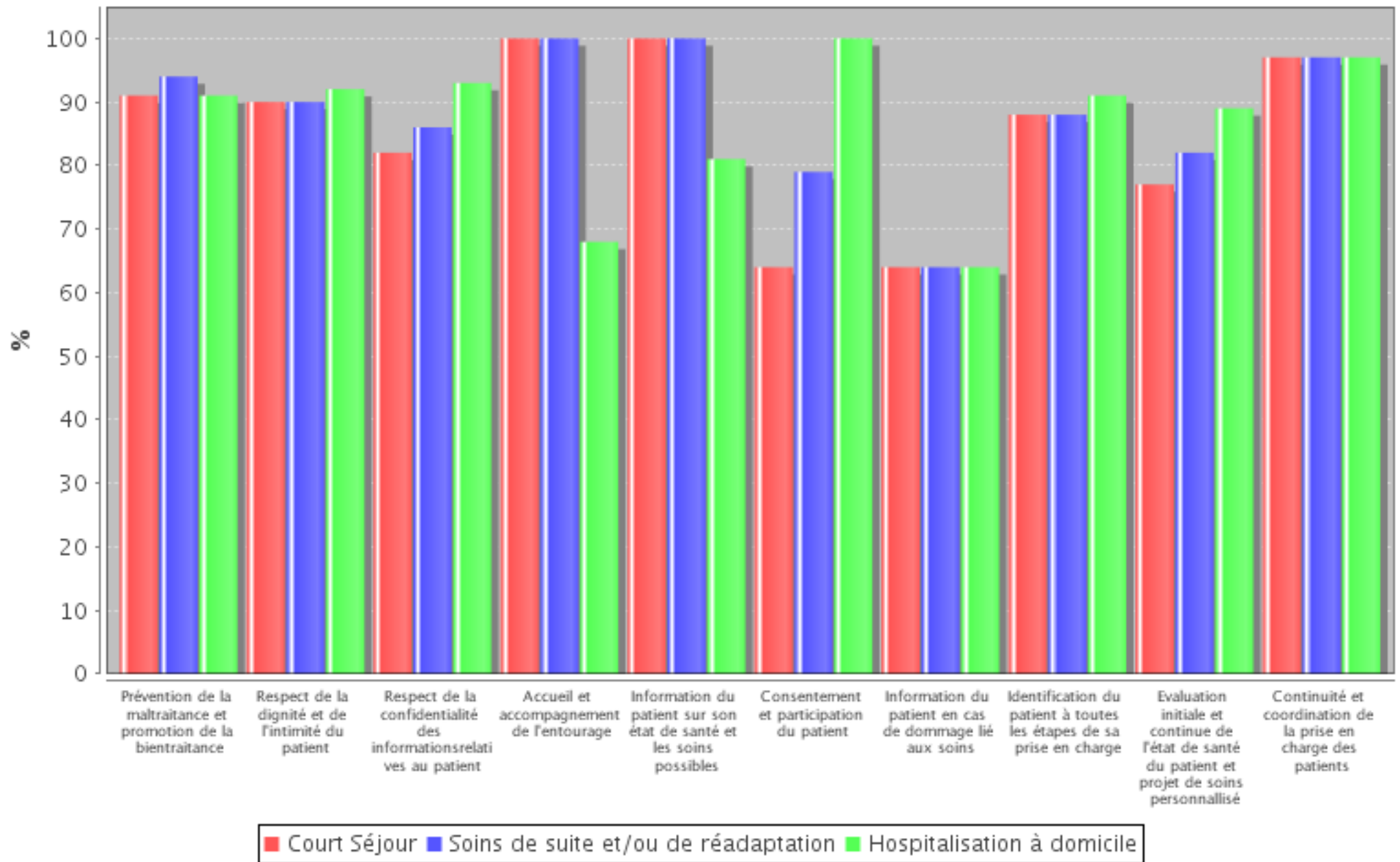


Les libellés des points fort (> 90%) sont en rouge.

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



### 3. Regard patient



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



Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
14 a (Le prétraitement et la désinfection des dispositifs médicaux non autoclavables font l'objet de dispositions connues et appliquées par les professionnels concernés) ; 14 b (Une organisation permettant d'assurer la qualité de la stérilisation est en place).	Type 1	Non	Non applicable : La clinique ne réalise plus d'activité d'endoscopie depuis décembre 2012
28 c (L'information contenue dans le dossier du patient est accessible, en temps utile, aux professionnels en charge du patient).	Type 1	Oui	En 2013, l'établissement a déployé l'informatisation du dossier dans l'ensemble de ses secteurs et activités. Les informations contenue dans le dossier du patient sont accessibles en temps utile à l'ensemble des professionnels de la prise en charge.
31 a (Les conditions de prescription des médicaments sont maîtrisées)	Type 1	Oui	La fiche de déclaration d'évènement indésirable et les feuilles de prescription ont été mises à jour. Depuis, l'informatisation du circuit du médicament a été mise en place.

## 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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La mise en oeuvre des orientations stratégiques fait l'objet d'un suivi et d'une révision périodique.	Oui	
L'établissement fait évoluer ses partenariats sur la base des évaluations réalisées.	Oui	

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

**Cotation**

**B**

#### **E1 Prévoir**

#### **Réponses aux EA**

#### **Constats**

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

En grande partie

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

En grande partie

#### **E2 Mettre en oeuvre**

#### **Réponses aux EA**

#### **Constats**

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

Partiellement

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

En grande partie

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.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le programme pluriannuel fait l'objet d'un suivi et de réajustements réguliers.	Partiellement	



## Référence 1: La stratégie de l'établissement

### Critère 1.c Démarche éthique

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

En grande partie

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

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui

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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

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

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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

### Critère 1.e

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

## Cotation

A

### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui

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

## 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	Il existe une stratégie de développement de l'EPP formalisée inscrite dans le CPOM 2013-2017 et le projet d'établissement 2014-2018. Celle-ci comporte : la définition d'une politique et d'objectifs, déclinés en plan d'actions, associés aux moyens nécessaires à leurs mises en œuvre. Cette stratégie est formalisée et intégrée au sein du programme qualité et sécurité des soins.
Une concertation entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie de l'EPP est en place.	Oui	La concertation entre professionnels de santé et gestionnaires se fait au sein de la CME. La concertation est également réalisée à périodicité définie au sein du COPIL qualité et gestion des risques.
Les missions et les responsabilités sont définies afin d'organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médico-technique.	Oui	Tous les secteurs d'activité participent au développement de l'EPP. Un médecin référent est nommé pour chaque EPP. La surveillante générale coordonne les missions découlant de la mise en œuvre des EPP pour les secteurs de soins. La présidente de la CME anime la démarche au sein des instances.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en oeuvre de l'EPP.	Oui	Pour la mise en œuvre de l'EPP, l'accompagnement des professionnels est réalisé par les membres de la cellule qualité. Un cabinet conseil a procédé à diverses intervention pour soutenir les groupes EPP dans le déroulement de leur démarche.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	Oui	L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches EPP au sein du COPIL Qualité et Gestion des Risque. Ce point est également mis à l'ordre du jour de toutes les réunions de la CME.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	Oui	Une réunion plénière annuelle est destinée au personnel pour les informer sur les EPP en cours et leur état d'avancement. Les classeurs EPP sont mis à disposition du personnel dans les unités de soins.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	L'établissement rend compte de ses démarches EPP auprès de la CME, du COPIL, du comité de direction, du CLUD, du COMEDIMS. Le bilan présente : les démarches EPP en cours, les résultats en termes d'actions d'amélioration des pratiques. La CME valide l'ensemble des démarches et des actions issues des EPP.
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	Partiellement	La mise en oeuvre démarches d'EPP est récente dans le cadre de ses nouvelles activités. Actuellement, chaque EPP en cours est révisée en fonction des résultats obtenus. Toutefois, il n'y a pas eu de révision du développement de la politique EPP.



## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

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

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

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

### Critère 2.a

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

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

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

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

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

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

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

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

### Critère 2.c Fonctionnement des instances

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

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



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

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

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

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

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



<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les tableaux de bord comprennent des indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés à la conduite du projet d'établissement.	En grande partie	
L'établissement a défini une stratégie de communication des résultats des indicateurs et des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les tableaux de bord sont examinés au sein des instances et réunions de Direction de l'établissement et des secteurs d'activité.	En grande partie	
Les 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.	En grande partie	
L'établissement analyse et compare ses résultats à ceux d'autres structures similaires (comparaisons externe et interne).	En grande partie	

## PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

### Référence 3: La gestion des ressources humaines

#### Critère 3.a Management des emplois et des compétences

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les besoins en compétences et effectifs sont identifiés par secteur d'activité.	Oui	
Une politique de gestion des emplois et des compétences est définie dans les différents secteurs d'activité en lien avec les orientations stratégiques.	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 oeuvre afin d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient, dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents.	Oui	

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

## Référence 3: La gestion des ressources humaines

### Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants

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

## Référence 3: La gestion des ressources humaines

### Critère 3.c Santé et sécurité au travail

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

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



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

### Référence 3: La gestion des ressources humaines

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

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### 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.

En grande partie

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

En grande partie

#### 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

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

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

## Référence 4: La gestion des ressources financières

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

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

## Référence 5: Le système d'information

### Critère 5.a Système d'information

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

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



## Référence 5: Le système d'information

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

## Cotation

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

### E3 Evaluer et améliorer

### Réponses aux EA

### Constats

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

En grande partie

## Référence 5: Le système d'information

### Critère 5.c Gestion documentaire

**Cotation**

B

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Un dispositif de gestion documentaire est en place.

En grande partie

**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.

En grande partie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Critère 6.c Qualité de la restauration

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

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



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

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

### Critère 6.d Gestion du linge

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

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

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

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

### Critère 6.e Fonction transport des patients

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

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

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

### Critère 6.f Achats écoresponsables et approvisionnements

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

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

## 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		A
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.	Oui	Il existe un processus permettant la mise à disposition de matériels adaptés aux besoins des patients. Un contrat avec un prestataire de service est en place, il définit les modalités de mise à disposition des matériels médicaux adaptées dès l'admission des patients en HAD. Des fiches de commande de matériel sont mises en place entre le prestataire et l'établissement. L'analyse des besoins des patients et les contraintes de la prise en charge en terme de délais sont définis. L'adaptation des matériels aux besoins des patients est évaluée lors de l'admission. L'adaptation des matériels aux besoins des patients est réévaluée en cours d'hospitalisation.
En cas de rupture d'un produit, des solutions de substitution sont prévues.	Oui	Il existe des procédures permettant le remplacement des produits et équipements, si besoin est. Pour les médicaments et les produits pharmaceutiques, la pharmacienne de la PUI se fournit auprès de l'officine du patient ou celle de ville avec laquelle l'établissement a conventionné en cas de nécessité. Le médecin prescripteur peut également être sollicité pour modification du traitement initial.



Les modalités de transport des différents matériels et médicaments sont formalisées.	Oui	Une procédure décrit les modalités de transport des différents matériels et dispositifs médicaux. Ces modalités sont formalisées pour le transport entre la PUI et la pharmacie du service HAD jusqu'au domicile du patient. Une clause relative au respect des principes d'hygiène est intégré dans cette procédure.
En cas de prestation extérieure, une convention de collaboration est formalisée.	Oui	Il existe une convention de collaboration avec l'ensemble des prestataires extérieurs.
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.	Oui	Une convention est signée avec le prestataire, elle mentionne l'obligation d'une maintenance 24h/24, 7j/7 pour tous les dispositifs majeurs. Les professionnels en charge de la coordination, et notamment les nuits et les week-ends ont à leur disposition les numéros de téléphone permettant de joindre l'astreinte susceptible d'assurer la maintenance des équipements.
Pour les patients à haut risque vital, l'HAD s'assure de leur signalement à « Electricité Réseau Distribution France ».	En grande partie	Il existe un processus permettant de s'assurer du signalement des patients à haut risque vital à ERDF. La procédure qui décrit les modalités de signalement des patients à risque est en cours de finalisation.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le matériel délivré est conforme à la commande, et adapté à la prise en charge.	Oui	Il existe un processus permettant de s'assurer que le matériel mis à disposition est conforme à la commande. La visite d'inclusion effectuée par le médecin coordonnateur et l'infirmière coordinatrice permet l'identification des besoins auprès du prestataire afin que le matériel nécessaire soit mis en place au moment de la prise en charge en HAD. Le matériel livré est contrôlé à réception par l'infirmière.
L'approvisionnement en urgence du patient est assuré.	Oui	L'approvisionnement en urgence est assuré pendant les heures d'ouverture de la PUI par la pharmacienne. En dehors de ces créneaux c'est l'officine de garde qui prend le relais. Une organisation est définie pour les dispositifs médicaux mis en place par le prestataire avec une permanence assurée

	Oui	24h/24.
L'établissement s'assure que les locaux de stockage sont adaptés et entretenus, conformément à la réglementation.	Oui	Des normes de stockage des matériels et dispositifs médicaux sont définies. Les dispositifs sont rangés selon des règles garantissant l'intégralité des emballages. Les modalités de stockage sont définies. Les règles de stockage prévoient notamment les vérifications périodiques des dates de péremption, les modalités de rangement de manière à s'assurer que les matériels et dispositifs médicaux livrés au patients sont conformes.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les différents processus logistiques (internes ou externes) sont évalués, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	L'évaluation porte sur la qualité et l'efficacité des processus logistiques. Le dispositif d'évaluation est structuré. L'avis du patient est recueilli par le biais du questionnaire de satisfaction spécifique. Les objectifs de l'évaluation sont définis. La coordonnatrice est en charge de la réalisation de l'évaluation et de la périodicité des évaluations. Les outils d'évaluation internes et externes sont en place. Des actions d'amélioration sont par ailleurs identifiées en cohérence avec les résultats des évaluations. La coordination et le suivi de leur mise en oeuvre sont structurés.
La maintenance 24 h/24 et 7 j/7 est évaluée.	Oui	L'évaluation porte sur l'effectivité de la maintenance 24h/24, 7j/7. Le dispositif d'évaluation est structuré. Une évaluation de la maintenance 24h/24, 7j/7 a été réalisée le 29 novembre 2013 en présence de l'ensemble des collaborateurs de la société prestataire. Les objectifs de l'évaluation ont été fixés. La personne en charge de la coordination de la réalisation de l'évaluation est identifiée.
La satisfaction du patient relative aux fonctions logistiques à son domicile est évaluée à périodicité définie, et conduit à des actions d'amélioration.	Oui	L'évaluation porte sur la satisfaction des patients sur les processus logistiques à travers d'un questionnaire spécifique en terme de qualité d'approvisionnement en matériel et médicament à leurs domiciles. Le dispositif d'évaluation est structuré, les objectifs de l'évaluation sont fixés. La

	Oui	personne en charge de coordonner et/ou de réaliser l'évaluation est identifiée.
La satisfaction des intervenants au domicile, en lien avec les fonctions logistiques, est évaluée à périodicité définie, et conduit à des actions d'amélioration.	Oui	L'évaluation porte sur la satisfaction des intervenants du domicile sur les processus logistiques. Le dispositif d'évaluation est structuré, les objectifs de l'évaluation sont définis. La personne en charge de coordonner et/ou de réaliser l'évaluation est identifiée.

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

### Critère 7.a Gestion de l'eau

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

**Cotation**

**B**

#### **E1 Prévoir**

#### **Réponses aux EA**

#### **Constats**

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

En grande partie

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.

En grande partie

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

Oui

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

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

### Critère 7.b Gestion de l'air

*En HAD, ce critère est applicable uniquement aux structures ayant une pharmacie à usage intérieur, avec unité centralisée de reconstitution des cytostatiques.*

<b>Cotation</b>		<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	
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		
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	
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.	En grande partie		

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

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

### Critère 7.c Gestion de l'énergie

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

<b>Cotation</b>		<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	
Un diagnostic énergétique est réalisé.	Oui		
Une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie est définie.	En grande partie		
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	
Un plan de maintenance des installations est mis en oeuvre.	En grande partie		
Un programme d'actions hiérarchisées de maîtrise de l'énergie est mis en oeuvre.	En grande partie		



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

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

### Critère 7.d Hygiène des locaux

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

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

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

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

### Critère 7.e Gestion des déchets

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

En grande partie

Les procédures de gestion des déchets sont établies.

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

Le tri des déchets est réalisé.

Oui

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

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

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

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



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins décline la politique globale et les objectifs d'amélioration fixés pour l'établissement. Le programme est constitué d'un plan d'actions qualité mis en œuvre au niveau de l'établissement. Le programme tient compte des orientations du PRS, des indicateurs nationaux et des priorités d'amélioration de la qualité identifiées dans chaque programme des vigilances de l'établissement. Les actions peuvent être déclinées pour celles qui le nécessitent en actions spécifiques au niveau des secteurs d'activités. Suite au changement d'activité l'établissement pourra répondre aux IPAQSS, au bilan LIN dès 2014. En 2013, l'établissement a participé à l'envoi numérique de son bilan annuel CRUQPC.

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

Oui

Le programme est unique pour l'établissement et prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, l'analyse des événements indésirables, les dysfonctionnements et les risques majeurs et récurrents sur les thématiques suivantes :

- la lutte contre les infections associées aux soins.

	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la politique du médicament et des dispositifs médicaux.</li> <li>- les dispositifs de vigilance.</li> <li>- les autres risques associés aux soins, identifiés a posteriori et a priori, en fonction des activités de l'établissement.</li> <li>- l'analyse des plaintes et des réclamations.</li> <li>- les actions à mettre en place suite aux recommandations et décisions de la certification.</li> </ul>
Les activités, réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins, sont prises en compte.	NA	
Le programme est soumis aux instances.	Oui	Le programme est présenté annuellement aux instances (CME, COPIL, CQVPR, CRUQPC, CLIN). Un point régulier sur le suivi et l'avancement est réalisé en COPIL et en CME.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en oeuvre dans les secteurs d'activité.	En grande partie	Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en oeuvre dans la majorité des secteurs d'activité. Il s'agit principalement des secteurs de soins. Les secteurs techniques et informatiques ont identifié des actions. Un responsable est désigné pour chaque action du plan d'actions de son secteur d'activité. Pour certaines actions du plan d'actions des secteurs d'activité concernés, l'échéancier n'est pas déterminé (environ 40% des actions).
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	Oui	Les secteurs d'activité concernés font un point d'avancement de leur plan d'actions. Pour les action non réalisée dans le délai défini, une révision du plan d'action est réalisée. Ces plans d'actions font l'objet d'un suivi au niveau de l'établissement afin de mutualiser les expériences et d'assurer un pilotage global.



L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	Oui	L'atteinte des objectifs du programme est mesurée dans chaque secteur et au niveau de l'établissement. Les indicateurs nationaux, les indicateurs régionaux et les indicateurs de suivi élaborés par l'établissement contribuent à cette évaluation. La CQVPR associée au COPIL examinent une fois par an l'atteinte des objectifs du programme.
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	Partiellement	Les ajustements à apporter au programme pour la période suivante sont en cours de finalisation. Il est prévu qu'en fin de réalisation, ces ajustements soient intégrés comme donnée d'entrée en vue de la révision de la politique qualité et sécurité des soins de l'établissement.

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

**Critère 8.b**

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

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

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

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

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

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

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

**Critère 8.d**  
**Evaluations des risques à priori**

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

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

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

Critère 8.e  
Gestion de crise

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

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



Critère 8.f  
Gestion des évènements indésirables



## Cotation

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

L'établissement a rédigé une procédure de signalement, de traitement et d'analyse des événements indésirables. Cette dernière s'appuie sur l'utilisation d'une fiche de signalement-enregistrement papier qui prend en considération toutes sortes d'évènements indésirables. La démarche intègre la définition d'un niveau de criticité combinant les notions de gravité et d'occurrence et de détectabilité. Il existe un support papier de signalements d'événements indésirables, connu des professionnels et disponible dans les différents services. La centralisation du système de recueil d'événements indésirables permet de coordonner les démarches de déclaration.

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.

Oui

Une procédure a été mise en place. La formation des professionnels à l'utilisation des supports de signalement tient compte de l'identification des besoins, des objectifs et cibles. Il existe un programme et des supports de formation basés sur une sensibilisation des professionnels sur les intérêts de l'utilisation du dispositif.

Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	Oui	L'établissement a identifié les professionnels concernés par la formation. La formation des professionnels concernés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes tient compte de l'identification des besoins, des objectifs et cibles. Il existe un programme et des supports d'information en attendant une formation spécifique.
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.	Oui	Le processus de hiérarchisation permet d'identifier les EI nécessitant une analyse des causes profondes. Conformément à cette procédure, la déclaration ainsi que les réajustements nécessaires sont communiqués immédiatement à la direction. L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est structurée et participative. Elle est réalisée de façon régulière et progressive à l'échelle de l'établissement. Certaines personnes présentes aux analyses sont formées à la méthode.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions correctives sont mises en oeuvre à la suite des analyses.	Oui	Des actions correctives sont identifiées en cohérence avec les analyses de causes des événements indésirables. La mise en oeuvre des actions d'amélioration est hiérarchisée. La coordination et le suivi sont structurés. Le directeur qualité valide les actions issues de l'évènement indésirable qui doivent être entreprises. Des actions sont mises en place immédiatement après signalement quand il s'agit d'un évènement grave. L'analyse réalisée permet de mettre en oeuvre des actions correctives adaptées qui sont intégrées dans le PAQ.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	Oui	Le changement récent de prise en charge et d'activité a permis d'identifier de nouveaux événements indésirables récurrents (chutes, problèmes techniques). L'analyse de ces nouveaux événements indésirables permet d'identifier les causes profondes de ces événements récurrents. Des actions correctives sont mises en oeuvre.

L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	Partiellement	Un dispositif de mesure de l'efficacité des actions correctives est mis en place sur une partie du programme. Les actions récentes concernées n'ont fait l'objet que d'une vérification partielle de leur efficacité. La CQVPR s'est fixé pour objectif la réalisation d'un bilan et synthèse semestrielle des événements indésirables.
----------------------------------------------------	---------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

**Critère 8.g**  
**Maîtrise du risque infectieux**



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

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

Critère 8.h  
Bon usage des antibiotiques



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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Les professionnels disposent des documents nécessaires à l'exploitation des équipements biomédicaux.	Oui	
Les patients et leurs familles sont informés de la conduite à tenir en cas de dysfonctionnement (alarme, etc.) des équipements biomédicaux installés au domicile.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La gestion des équipements biomédicaux est évaluée, et donne lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	

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

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



**Cotation**

A

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

La gestion des plaintes et réclamations est organisée et la CRU est en place. Son règlement intérieur est formalisé. La composition et le fonctionnement de la CRU sont conformes à la réglementation, validés par la direction et la CME. L'établissement a défini une organisation pour la gestion des plaintes et réclamations. Un responsable chargé des relations avec les usagers est désigné. Un registre unique colligeant les plaintes et réclamations a été mis en place. Il existe une procédure interne de gestion des plaintes et réclamations. Un dispositif d'information des usagers est défini. Il intègre les modalités pour formuler une plainte et une réclamation, les personnes à contacter, ainsi que le dispositif de médiation mis en place.

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

Oui

L'établissement a mis en place un dispositif lui permettant d'échanger des informations sur les plaintes et réclamations vers le système de déclaration des événements indésirables mis en place. La procédures de gestion des plaintes et réclamation prévoit différentes sources dont la fiche d'EI. Toutes les réclamations y compris les EI sont intégrés dans le plan d'action qualité. Il existe des liens formalisés entre

	Oui	les différents acteurs impliqués. En cas de plainte, la direction a prévu d'informer, de recevoir et de transmettre les plaintes à la CRUQPC en vu du bilan annuel.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	L'établissement a mis en œuvre sa procédure interne de gestion des plaintes et réclamations. En cas de plainte la direction a prévu d'associer les professionnels concernés à la réponse à donner au plaignant. Ces professionnels seront également associés à l'élaboration et à la mise en œuvre des actions correctives s'il y a lieu.
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre.	Oui	En cas de plainte, l'établissement a prévu de mettre en œuvre un processus d'information au plaignant sur le traitement de sa plainte ou réclamation incluant le rappel des modalités de mise en œuvre du dispositif de médiation.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	En cas de plaintes et réclamations, l'intégralité de celles-ci seraient mise à disposition des membres de la CRU en vu d'une analyse qualitative et quantitative. Il est prévu que le bilan des plaintes et réclamations soit intégré au rapport de la CRU.

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

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

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

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

## CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT



# PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées.	En grande partie	
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.).	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'expression des patients et de leurs proches est favorisée.	Oui	

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

## Référence 10: La bientraitance et les droits

### Critère 10.a - Soins de suite et/ou de réadaptation Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance

Cotation		A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées.	En grande partie		
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 oeuvre.	Oui	
Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont suivies et évaluées.	En grande partie	

## Référence 10: La bientraitance et les droits

### Critère 10.a - Hospitalisation à domicile Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance

Cotation		
A		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées.	En grande partie	
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.).	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'expression des patients et de leurs proches est favorisée.	Oui	

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Référence 10: La bientraitance et les droits****Critère 10.c - Soins de suite et/ou de réadaptation  
Respect de la confidentialité des informations relatives au patient**

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



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

## Référence 10: La bientraitance et les droits

### Critère 10.c - Hospitalisation à domicile Respect de la confidentialité des informations relatives au patient

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement évalue le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	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**

A

**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.

NA

Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage sont définies.	Oui	
Une organisation permet l'accueil et la présence en continu des parents des enfants hospitalisés.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'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.d - Hospitalisation à domicile  
Accueil et accompagnement de l'entourage****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

Des modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage sont définies.

En grande partie

Une organisation permet l'accueil et la présence en continu des parents des enfants hospitalisés.

NA

Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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

L'accès aux secteurs d'hospitalisation est facilité (horaires de visites, etc.) pour l'entourage.

NA

Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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.	En grande partie	
Un bilan d'activité annuel du service social et du service de soutien psychologique, comprenant les actions d'amélioration réalisées, est établi.	Non	

## Référence 10: La bientraitance et les droits

### Critère 10.e - Court Séjour

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

<b>Cotation</b>		
	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement.	Partiellement	
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	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles.	Oui	
La mise en oeuvre du respect des libertés individuelles est organisée.	Partiellement	
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.	En grande partie	
Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le respect des bonnes pratiques, en matière de préservation des libertés individuelles et de restriction de liberté, est évalué à périodicité définie, en lien avec les instances et structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRU, CME, CSIRMT, etc.).	En grande partie	
Des actions d'amélioration, portant sur la préservation des libertés individuelles et sur la gestion des mesures de restriction de liberté, sont mises en place.	Oui	

## Référence 10: La bientraitance et les droits

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

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

<b>Cotation</b>		
	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement.	Partiellement	
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	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

## Référence 10: La bientraitance et les droits

### Critère 10.e - Hospitalisation à domicile

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

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

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

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

### Critère 11.a - Court Séjour

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

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



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

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

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

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

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

**Référence 11: l'information, la participation et le consentement du patient****Critère 11.a - Hospitalisation à domicile****Information du patient sur son état de santé et les soins possibles**

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

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

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une organisation est définie, permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soins.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en oeuvre du projet personnalisé de soins est favorisée.	En grande partie	
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.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Critère 11.c - Hospitalisation à domicile Information du patient en cas de dommage lié aux soins

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



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

## Référence 12: La prise en charge de la douleur

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



Cotation		
A		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement, en concertation avec le CLUD (ou équivalent).	Oui	L'établissement a défini une stratégie dans le projet d'établissement et le règlement intérieur du CLUD comportant : la définition d'une politique, des objectifs, l'identification des prises en charge de la douleur, la définition des moyens. Cette stratégie est définie avec tous les acteurs concernés, notamment le CLUD. Ces éléments permettent de déployer la stratégie de prise en charge de la douleur dans les trois secteurs de l'établissement : court séjour (soins palliatifs et chimiothérapie), SSR et HAD.
Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.	Oui	Les protocoles sont définis pour les différentes prises en charge, et réactualisés à l'occasion du changement d'activité de la clinique. Les protocoles sont adaptés à la prévention des douleurs liées aux actes diagnostiques et aux traitements potentiellement douloureux. Les protocoles sont rédigés en associant les professionnels et validés par le CLUD. L'accessibilité des protocoles est facilitée par leur présence au sein des unités de soins.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Une IDE et un médecin ont un DU douleur. Une IDE et un autre médecin vont être formés. Des formations ont été réalisées sur l'utilisation du gaz analgésique (MEOPA). En 2014, une formation du personnel sur l'utilisation des pompes analgésiques est prévue. L'établissement s'est doté d'une malette Mobiquil pour assurer des formations en interne.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	L'information du patient est faite dans le livret d'accueil sur les modalités de prise en charge de sa douleur. Les IDE sensibilisent oralement les patients à la prise en charge de leur douleur (signalement, évaluation, les divers types de douleurs). Toutefois, ces actions d'éducation ne sont pas formalisées ni tracées dans le dossier du patient.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Prise en charge de la douleur" et de sa valeur de 79% avec un intervalle de confiance à 95%=[70%-88%] pour la campagne de recueil 2011. L'établissement a élaboré et mis en œuvre un plan d'actions visant à améliorer ce score.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Une évaluation de la douleur est effectuée pour vérifier l'efficacité d'un traitement antalgique. Les professionnels de l'ES ont fait le choix d'utiliser l'Échelle Verbale Simplifiée (EVS) pour les patients communicants. Le traitement est ajusté en fonction des évaluations. Les modifications de traitement sont tracées dans le dossier patient.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non-communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les besoins en moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants sont identifiés. Des échelles spécifiques sont mises à disposition des professionnels. Les échelles Algoplus et Doloplus sont utilisées par les professionnels.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	Une EPP a été initiée sur la prise en charge de la douleur chez la personne âgée.

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 "Prise en charge de la douleur". Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation : EPP qui évalue la prise en charge de la douleur chez la personne âgée.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Des actions d'amélioration ont été mises en place à la suite de l'EPP sur la traçabilité de la prise en charge de la douleur. Un certain nombre d'actions ont été mises en œuvre en prenant en compte les résultats des questionnaires de satisfaction des patients.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	L'établissement a mis en place des actions de partage des informations, avec divers réseaux locaux et régionaux : InterClud du Lot, ICARE, ASP 46, PALLIANCE 12.

## Référence 12: La prise en charge de la douleur

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement, en concertation avec le CLUD (ou équivalent).	Oui	L'établissement a défini une stratégie dans le projet d'établissement et le règlement intérieur du CLUD comportant : la définition d'une politique, des objectifs, l'identification des prises en charge de la douleur, la définition des moyens. Cette stratégie est définie avec tous les acteurs concernés, notamment le CLUD. Ces éléments permettent de déployer la stratégie de prise en charge de la douleur dans les trois secteurs de l'établissement : court séjour (soins palliatifs et chimiothérapie), SSR et HAD.
Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.	Oui	Les protocoles sont définis pour les différentes prises en charge, et réactualisés à l'occasion du changement d'activité de la clinique. Les protocoles sont adaptés à la prévention des douleurs liées aux actes diagnostiques et aux traitements potentiellement douloureux. Les protocoles sont rédigés en associant les professionnels et validés par le CLUD. L'accessibilité des protocoles est facilitée par leur présence au sein des unités de soins.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Une IDE et un médecin ont un DU douleur. Une IDE et un autre médecin vont être formés. Des formations ont été réalisées sur l'utilisation du gaz analgésique (MEOPA). En 2014, une formation du personnel sur l'utilisation des pompes analgésiques est prévue. L'établissement s'est doté d'une malette Mobiquil pour assurer des formations en interne.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	L'information du patient est faite dans le livret d'accueil sur les modalités de prise en charge de sa douleur. Les IDE sensibilisent oralement les patients à la prise en charge de leur douleur (signalement, évaluation, les divers types de douleurs). Toutefois, ces actions d'éducation ne sont pas formalisées ni tracées dans le dossier du patient.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Dans le cadre de l'EPP, les résultats de l'évaluation sur la traçabilité de l'évaluation de la douleur ont montré à 2 reprises un taux à 100%.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Une évaluation de la douleur est effectuée pour vérifier l'efficacité d'un traitement antalgique. Les professionnels de l'ES ont fait le choix d'utiliser l'Échelle Verbale Simplifiée (EVS) pour les patients communicants. Le traitement est ajusté en fonction des évaluations. Les modifications de traitement sont tracées dans le dossier patient.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non-communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les besoins en moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants sont identifiés. Des échelles spécifiques sont mises à disposition des professionnels. Les échelles Algoplus et Doloplus sont utilisées par les professionnels.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	Une EPP a été initiée sur la prise en charge de la douleur chez la personne âgée.

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 "Prise en charge de la douleur". Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation : EPP qui évalue la prise en charge de la douleur chez la personne âgée.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Des actions d'amélioration ont été mises en place à la suite de l'EPP sur la traçabilité de la prise en charge de la douleur. Un certain nombre d'actions ont été mises en œuvre en prenant en compte les résultats des questionnaires de satisfaction des patients.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	L'établissement a mis en place des actions de partage des informations, avec divers réseaux locaux et régionaux : InterClud du Lot, ICARE, ASP 46, PALLIANCE 12.

## Référence 12: La prise en charge de la douleur

**Critère 12.a - Hospitalisation à domicile**  
**Prise en charge de la douleur**



Cotation		
A		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement, en concertation avec le CLUD (ou équivalent).	Oui	L'établissement a défini une stratégie dans le projet d'établissement et le règlement intérieur du CLUD comportant : la définition d'une politique, des objectifs, l'identification des prises en charge de la douleur, la définition des moyens. Cette stratégie est définie avec tous les acteurs concernés, notamment le CLUD. Ces éléments permettent de déployer la stratégie de prise en charge de la douleur dans les trois secteurs de l'établissement : court séjour (soins palliatifs et chimiothérapie), SSR et HAD.
Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.	Oui	Les protocoles sont définis pour les différentes prises en charge, et réactualisés à l'occasion du changement d'activité de la clinique. Les protocoles sont adaptés à la prévention des douleurs liées aux actes diagnostiques et aux traitements potentiellement douloureux. Les protocoles sont rédigés en associant les professionnels et validés par le CLUD. L'accessibilité des protocoles est facilitée par leur présence au sein des unités de soins.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats



Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Une IDE et un médecin ont un DU douleur. Une IDE et un autre médecin vont être formés. Des formations ont été réalisées sur l'utilisation du gaz analgésique (MEOPA). En 2014, une formation du personnel sur l'utilisation des pompes analgésiques est prévue. L'établissement s'est doté d'une malette Mobiquil pour assurer des formations en interne.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	Les IDE sensibilisent oralement les patients à la prise en charge de leur douleur (signalement, évaluation, les divers types de douleurs). Toutefois, ces actions d'éducation ne sont pas formalisées ni tracées dans le dossier du patient.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Dans le cadre de l'EPP, les résultats de l'évaluation sur la traçabilité de l'évaluation de la douleur ont montré à 2 reprises un taux à 100%.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Une évaluation de la douleur est effectuée pour vérifier l'efficacité d'un traitement antalgique. Les professionnels ont fait le choix d'utiliser l'Échelle Verbale Simplifiée (EVS) pour les patients communicants. Le traitement est ajusté en fonction des évaluations. Les modifications de traitement sont tracées dans le dossier patient.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non-communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les besoins en moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants sont identifiés. Des échelles spécifiques sont mises à disposition des professionnels. Les échelles Algoplus et Doloplus sont utilisées par les professionnels.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	Une EPP a été initiée sur la prise en charge de la douleur chez la personne âgée.

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 "Prise en charge de la douleur". Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation : EPP qui évalue la prise en charge de la douleur chez la personne âgée.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Des actions d'amélioration ont été mises en place à la suite de l'EPP sur la traçabilité de la prise en charge de la douleur. Un certain nombre d'actions ont été mises en œuvre en prenant en compte les résultats des questionnaires de satisfaction des patients.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	L'établissement a mis en place des actions de partage des informations, avec divers réseaux locaux et régionaux : InterClud du Lot, ICARE, ASP 46, PALLIANCE 12.

## 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

Il existe une organisation pour la prise en charge des patients dont l'état de santé justifie la mise en place d'une démarche palliative (en parallèle ou en substitution d'un traitement curatif) c'est-à-dire d'une stratégie de soins visant à préserver la qualité de vie malgré l'évolution potentiellement mortelle de la maladie. Cette organisation définit : les objectifs en matière de prise en charge des besoins des patients atteints de maladies graves, évolutives et potentiellement incurables, les processus ou circuits, en cohérence avec l'organisation globale de l'établissement, les acteurs clefs (missions et responsabilités définies), les ressources, les outils d'analyse de fonctionnement (indicateurs). Cette organisation repose sur l'hospitalisation des patients qui le nécessitent en USP.

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

Oui

L'établissement dispose d'une procédure visant à recueillir et inscrire dans le dossier du patient l'identité de la personne de confiance qu'il a désignée. La volonté du patient est recueillie lors d'un entretien avec la psychologue. L'établissement n'a pas eu à recueillir de directives anticipées.

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	L'établissement met en œuvre un processus d'information des usagers sur les dispositions de la loi du 22 avril 2005 relatives à la limitation et à l'arrêt des traitements elles sont contenues dans le livret d'accueil du patient avec la charte du patient hospitalisé et une information sur la loi Léonetti et le recueil des directives anticipées. Les refus de soins sont tracés dans le dossier du patient.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	Oui	Le secteur d'activité concerné définit et met en œuvre des projets de prise en charge adaptés à la situation des patients. C'est l'équipe pluridisciplinaire qui définit le projet personnalisé de soins avec une réévaluation hebdomadaire des stratégies de soins envisagées en fonction de l'évolution de la maladie. Un dispositif de soutien et d'accompagnement des proches est réalisé par la psychologue. Un dispositif de formation et soutien des professionnels de santé est réalisé sous la forme de groupe de parole animés par une psychologue bénévole membre d'une association d'usagers.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Des professionnels de santé sont formés aux soins palliatifs et titulaires d'un DU. D'autres sont en cours de formation (AS, IDE ainsi que 2 autres médecins).
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Le secteur concerné organise des réunions pluriprofessionnelles visant à réévaluer régulièrement les stratégies de soins mises en place pour les personnes atteintes de pathologie graves, évolutives et potentiellement incurables. Les comptes-rendus de ces réunions sont tracés dans le dossier du patient. A ces réunions participe régulièrement un membre de la CRUQ.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	Une psychologue bénévole anime une fois par mois des groupes de parole pour les personnels qui en font la demande.

Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	Une réunion d'information des professionnels sur l'esprit et les dispositions de la loi du 22 avril 2005 a été organisée pour le personnel en janvier 2014. A cette réunion étaient invités, les professionnels ainsi que l'ensemble des professionnels de santé du bassin de santé de Figeac.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'établissement a formalisé les conditions d'intervention des associations et des bénévoles : les réseaux de la ligue contre le cancer, l'aumônerie et VMEH (visite des malades en établissement hospitalier). Un membre de la CRUCQ assiste à toutes les réunions pluridisciplinaires hebdomadaires. Un autre membre de la CRUCQ anime les groupes de parole pour le personnel.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (Comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, Commission de soins, etc.).	En grande partie	L'unité de soins palliatifs évalue de façon hebdomadaire en équipe pluridisciplinaire la situation des patients en fin de vie. Un médecin est responsable de cette unité. Une réflexion éthique en lien avec la prise en charge est menée (soutien d'un médecin spécialiste de l'éthique). Toutefois, il n'y a pas de comité d'éthique opérationnel.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	La réflexion quand aux décisions de poursuite, de limitation ou d'arrêt des traitements curatifs ou de suppléance vitale est menée pour chaque patient lors des réunions pluridisciplinaires.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Partiellement	Des actions d'amélioration sont identifiées dans le domaine de la formation et de la sensibilisation du personnel et elles sont mises en œuvre. Une EPP sur la bientraitance a été conduite par le médecin coordonnateur de l'HAD en sont issues des actions d'améliorations qui impactent la prise en charge des patients en fin de vie. Toutefois, en l'absence d'un comité d'éthique formalisé, d'autres axes d'actions d'améliorations n'ont pas été identifiés.

Référence 13: La fin de vie

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



Cotation

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

Il existe une organisation pour la prise en charge des patients dont l'état de santé justifie la mise en place d'une démarche palliative (en parallèle ou en substitution d'un traitement curatif) c'est-à-dire d'une stratégie de soins visant à préserver la qualité de vie malgré l'évolution potentiellement mortelle de la maladie. Cette organisation définit : les objectifs en matière de prise en charge des besoins des patients atteints de maladies graves, évolutives et potentiellement incurables, les processus ou circuits, en cohérence avec l'organisation globale de l'établissement, les acteurs clefs (missions et responsabilités définies), les ressources, les outils d'analyse de fonctionnement (indicateurs). Cette organisation repose sur l'hospitalisation des patients qui le nécessitent en USP.

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

Oui

L'établissement dispose d'une procédure visant à recueillir et inscrire dans le dossier du patient l'identité de la personne de confiance qu'il a désignée. La volonté du patient est recueillie lors d'un entretien avec la psychologue. L'établissement n'a pas eu à recueillir de directives anticipées.

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	L'établissement met en œuvre un processus d'information des usagers sur les dispositions de la loi du 22 avril 2005 relatives à la limitation et à l'arrêt des traitements elles sont contenues dans le livret d'accueil du patient avec la charte du patient hospitalisé et une information sur la loi Léonetti et le recueil des directives anticipées. Les refus de soins sont tracés dans le dossier du patient.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	Oui	Le secteur d'activité concerné définit et met en œuvre des projets de prise en charge adaptés à la situation des patients. C'est l'équipe pluridisciplinaire qui définit le projet personnalisé de soins avec une réévaluation hebdomadaire des stratégies de soins envisagées en fonction de l'évolution de la maladie. Un dispositif de soutien et d'accompagnement des proches est réalisé par la psychologue. Un dispositif de formation et soutien des professionnels de santé est réalisé sous la forme de groupe de parole animés par une psychologue bénévole membre d'une association d'usagers.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Des professionnels de santé sont formés aux soins palliatifs et titulaires d'un DU. D'autres sont en cours de formation (AS, IDE ainsi que 2 autres médecins).
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Le secteur concerné organise des réunions pluriprofessionnelles visant à réévaluer régulièrement les stratégies de soins mises en place pour les personnes atteintes de pathologie graves, évolutives et potentiellement incurables. Les comptes-rendus de ces réunions sont tracés dans le dossier du patient. A ces réunions participe régulièrement un membre de la CRUQ.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	Une psychologue bénévole anime une fois par mois des groupes de parole pour les personnels qui en font la demande.

Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	Une réunion d'information des professionnels sur l'esprit et les dispositions de la loi du 22 avril 2005 a été organisée pour le personnel en janvier 2014. A cette réunion étaient invités, les professionnels ainsi que l'ensemble des professionnels de santé du bassin de santé de Figeac.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'établissement a formalisé les conditions d'intervention des associations et des bénévoles : les réseaux de la ligue contre le cancer, l'aumônerie et VMEH (visite des malades en établissement hospitalier). Un membre de la CRUCQ assiste à toutes les réunions pluridisciplinaires hebdomadaires. Un autre membre de la CRUCQ anime les groupes de parole pour le personnel.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (Comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, Commission de soins, etc.).	En grande partie	L'unité de soins palliatifs évalue de façon hebdomadaire en équipe pluridisciplinaire la situation des patients en fin de vie. Un médecin est responsable de cette unité. Une réflexion éthique en lien avec la prise en charge est menée (soutien d'un médecin spécialiste de l'éthique). Toutefois, il n'y a pas de comité d'éthique opérationnel.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	La réflexion quant aux décisions de poursuite, de limitation ou d'arrêt des traitements curatifs ou de suppléance vitale est menée pour chaque patient lors des réunions pluridisciplinaires.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Partiellement	Des actions d'amélioration sont identifiées dans le domaine de la formation et de la sensibilisation du personnel et elles sont mises en oeuvre. Une EPP sur la bientraitance a été conduite par le médecin coordonnateur de l'HAD en sont issues des actions d'améliorations qui impactent la prise en charge des patients en fin de vie. Toutefois, en l'absence d'un comité d'éthique formalisé, d'autres axes d'actions d'améliorations n'ont pas été identifiés.



## Référence 13: La fin de vie

**Critère 13.a - Hospitalisation à domicile**  
**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

Il existe une organisation pour la prise en charge des patients dont l'état de santé justifie la mise en place d'une démarche palliative (en parallèle ou en substitution d'un traitement curatif) c'est-à-dire d'une stratégie de soins visant à préserver la qualité de vie malgré l'évolution potentiellement mortelle de la maladie. Cette organisation définit : les objectifs en matière de prise en charge des besoins des patients atteints de maladies graves, évolutives et potentiellement incurables, les processus ou circuits, en cohérence avec l'organisation globale de l'établissement, les acteurs clefs (missions et responsabilités définies), les ressources, les outils d'analyse de fonctionnement (indicateurs).

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

Oui

L'établissement dispose d'une procédure visant à recueillir et inscrire dans le dossier du patient l'identité de la personne de confiance qu'il a désignée. La volonté du patient est recueillie lors d'un entretien avec la psychologue. L'établissement n'a pas eu à recueillir de directives anticipées.

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	L'établissement met en œuvre un processus d'information des usagers sur les dispositions de la loi du 22 avril 2005 relatives à la limitation et à l'arrêt des traitements elles sont contenues dans le livret d'accueil du patient avec la charte du patient hospitalisé et une information sur la loi Léonetti et le recueil des directives anticipées. Les refus de soins sont tracés dans le dossier du patient.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	Oui	Les professionnels définissent et mettent en œuvre des projets de prise en charge adaptés à la situation des patients. L'équipe pluridisciplinaire définit le projet personnalisé de soins avec une réévaluation hebdomadaire des stratégies de soins envisagées en fonction de l'évolution de la maladie. Un dispositif de soutien et d'accompagnement des proches est réalisé par la psychologue. Un dispositif de formation et soutien des professionnels de santé est réalisé sous la forme de groupe de parole animés par une psychologue bénévole membre d'une association d'usagers.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Des professionnels de santé sont formés aux soins palliatifs et titulaires d'un DU. D'autres sont en cours de formation (AS, IDE ainsi que 2 autres médecins).
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Des réunions pluriprofessionnelles visant à réévaluer régulièrement les stratégies de soins mises en place pour les personnes atteintes de pathologie graves, évolutives et potentiellement incurables sont organisées. Les comptes-rendus de ces réunions sont tracés dans le dossier du patient. A ces réunions participe régulièrement un membre de la CRUQ.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	Une psychologue bénévole anime une fois par mois des groupes de parole pour les personnels qui en font la demande.

Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	Une réunion d'information des professionnels sur l'esprit et les dispositions de la loi du 22 avril 2005 a été organisée pour le personnel en janvier 2014. A cette réunion étaient invités, les professionnels ainsi que l'ensemble des professionnels de santé du bassin de santé de Figeac.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'établissement a formalisé les conditions d'intervention des associations et des bénévoles : les réseaux de la ligue contre le cancer, l'aumônerie et VMEH (visite des malades en établissement hospitalier). Un membre de la CRUCQ assiste à toutes les réunions pluridisciplinaires hebdomadaires. Un autre membre de la CRUCQ anime les groupes de parole pour le personnel.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (Comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, Commission de soins, etc.).	En grande partie	L'équipe pluridisciplinaire évalue de façon hebdomadaire la situation des patients en fin de vie. Une réflexion éthique en lien avec la prise en charge est menée (soutien d'un médecin spécialiste de l'éthique). Toutefois, il n'y a pas de comité d'éthique opérationnel.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	La réflexion quant aux décisions de poursuite, de limitation ou d'arrêt des traitements curatifs ou de suppléance vitale est menée pour chaque patient lors des réunions pluridisciplinaires.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Partiellement	Des actions d'amélioration sont identifiées dans le domaine de la formation et de la sensibilisation du personnel et elles sont mises en oeuvre. Une EPP sur la bientraitance a été conduite par le médecin coordonnateur de l'HAD. Toutefois, en l'absence d'un comité d'éthique formalisé, d'autres axes d'actions d'améliorations n'ont pas été identifiés.

## 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.

En grande partie

Il existe une procédure qui définit les règles relatives à la tenue du dossier. L'établissement a mis en œuvre un processus d'information des professionnels sur les règles en place. Les intervenants extérieurs ne sont que partiellement inclus dans ce processus. Le dispositif d'information est structuré, les objectifs sont fixés, les cibles sont identifiées. Les moyens de communication sont adaptés en interne. Les règles de tenue du dossier sont accessibles aux professionnels concernés en interne. Un travail de communication est en cours de réalisation en direction des intervenants extérieurs.

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

Il existe une procédure définissant les règles pour tous les aspects relatifs à l'accès au dossier. L'établissement a mis en œuvre un processus d'information des professionnels sur les règles en place. Les intervenants extérieurs ne sont que partiellement inclus dans ce processus. Le dispositif d'information est structuré les objectifs sont fixés, les cibles identifiées, les moyens de communication adaptés. Les règles de tenue du dossier sont accessibles aux

	En grande partie	professionnels concernés en interne. Les correspondants externes ne sont que partiellement associés aux règles relatives à l'accès au dossier.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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 87% avec un intervalle de confiance à 95%=[84%–90%] pour la campagne 2011.
La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.	Oui	L'établissement a mis en œuvre un système de communication du dossier entre l'ensemble des professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes. Les modalités de communication sont formalisées par écrit et définissent les supports et mode de communication utilisés, les délais de communication du dossier en fonction du type de prise en charge ou de pathologie, les règles d'accessibilité et de confidentialité, La notion de temps utile est définie par l'établissement et adaptée en fonction du type de prise en charge. 50% des comptes-rendus d'hospitalisation sont publiés dans le DMP, ce que confirme la valeur de l'indicateur "Hôpital Numérique" associé.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Tenue du dossier patient". Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation : gestion du dossier patient au regard des règles mises en place et des résultats d'indicateurs internes. A noter que l'établissement recueille l'indicateur "Hôpital Numérique" associé.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec le résultat des évaluations de la gestion du dossier patient en interne. Les résultats en interne conduisent à des améliorations nécessaires qui sont intégrées dans le plan d'actions qualité. La coordination et le suivi de la mise en

Oui	œuvre des actions d'amélioration sont structurés.
-----	---------------------------------------------------

## Référence 14: Le dossier du patient

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



# Cotation

A

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

En grande partie

Il existe une procédure qui définit les règles relatifs à la tenue du dossier. L'établissement a mis en œuvre un processus d'information des professionnels sur les règles en place. Les intervenants extérieurs ne sont que partiellement inclus dans ce processus. Le dispositif d'information est structuré, les objectifs sont fixés, les cibles sont identifiées. Les moyens de communication sont adaptés en interne. Les règles de tenue du dossier sont accessibles aux professionnels concernés en interne. Un travail de communication est en cours de réalisation en direction des intervenants extérieurs.

Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et diffusées.

Oui

Il existe une procédure définissant les règles pour tous les aspects relatifs à l'accès au dossier. Un processus d'information des professionnels y compris les intervenants extérieurs, comme ceux du Centre Hospitalier sur les règles d'accès au dossier, a été mis place dans le cadre d'une délégation de gestion. Le dispositif d'information est structuré les objectifs fixés, les sont cibles identifiées et les moyens de communication adaptés. Les règles d'accès au dossier sont accessibles aux professionnels concernés.



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	Une organisation permet à certains intervenants de tracer des éléments constitutifs des étapes diagnostiques, thérapeutiques et administratives de la prise en charge du patient dans la version papier et dans la version informatisée en fonction de l'avancé et de la montée en charge de celle-ci. La notion de temps utile est définie et adaptée en fonction du type de prise en charge.
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 a mis en œuvre un système de communication du dossier entre l'ensemble des professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes. Les modalités de communication sont formalisées par écrit et définissent les supports et mode de communication utilisés, les délais de communication du dossier en fonction du type de prise en charge ou de pathologie, les règles d'accessibilité et de confidentialité. La notion de temps utile est définie par l'établissement et adaptée en fonction du type de prise en charge. 50% des comptes-rendus d'hospitalisation sont publiés dans le DMP, ce que confirme la valeur de l'indicateur "Hôpital Numérique" associé.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs. L'évaluation porte sur la gestion du dossier patient au regard des règles mises en place et des résultats d'indicateurs internes. A noter que l'établissement recueille l'indicateur "Hôpital Numérique" associé.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec le résultat des évaluations de la gestion du dossier patient en interne. Les résultats en interne conduisent à des améliorations nécessaires qui sont intégrées dans le plan d'action qualité. La coordination et le suivi de la mise en œuvre des actions d'améliorations sont structurés.

## Référence 14: Le dossier du patient

Critère 14.a - Hospitalisation à domicile  
Gestion du dossier du patient



### Cotation

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

Il existe une procédure HAD définissant les règles pour tous les aspects relatifs à la tenue du dossier. L'établissement a mis en œuvre un processus d'information des professionnels y compris intervenants extérieurs sur les règles concernant la tenue du dossier. Le dispositif d'information est structuré, les objectifs sont fixés, les cibles sont identifiées et les moyens de communication adaptés. Les règles de tenue du dossier sont accessibles aux professionnels concernés. Le dossier patient est informatisé. Une procédure en mode dégradé est mise en place en cas de panne informatique.

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

Il existe une procédure HAD définissant les modalités pour tous les aspects relatifs aux règles d'accès au dossier. Un processus d'information des professionnels incluant les intervenants extérieurs sur les règles d'accès au dossier en place a été élaboré. Le dispositif d'information est structuré, les objectifs sont fixés. Les modalités d'accès au dossier sont à la disposition des professionnels autorisés et habilités. Cette prise en charge récente pour l'établissement n'a pas permis d'identifier de cibles. Les moyens de

	En grande partie	communication adaptés sont phase de mise en œuvre et en attente de validation.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	Oui	L'établissement a mis en place une organisation permettant à l'ensemble des intervenants la traçabilité des éléments constitutifs de l'ensemble des étapes diagnostiques, thérapeutiques et administratives de la prise en charge du patient. La notion de temps utile est définie et adaptée en fonction de la prise en charge en HAD.
La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.	En grande partie	L'établissement a mis en œuvre un système de communication du dossier entre l'ensemble des professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes. Les modalités de communication sont formalisées par écrit et définissent les supports et mode de communication utilisés, les délais de communication du dossier en fonction du type de prise en charge ou de pathologie, les règles d'accessibilité et de confidentialité, La notion de temps utile est définie par l'établissement et adaptée en fonction du type de prise en charge. 50% des comptes-rendus d'hospitalisation sont publiés dans le DMP, ce qui confirme la valeur de l'indicateur "Hôpital Numérique" associé.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	En grande partie	L'évaluation du dossier patient porte sur la gestion du dossier au regard des règles mises en place et des résultats d'indicateurs internes. Le dispositif d'évaluation est structuré. Les objectifs de l'évaluation sont fixés. La personne en charge de coordonner et de réaliser l'évaluation est identifiée. Les périodicité des évaluations restent à définir et les outils d'évaluations sont à mettre en place. A noter que l'établissement recueille l'indicateur "Hôpital Numérique" associé.

Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec le résultat des évaluations d'indicateurs internes de la gestion du dossier patient.
-------------------------------------------------------------------------	-----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
A		
L'accès du patient à son dossier est organisé.	Oui	L'établissement a organisé l'accès du patient à son dossier conformément à la réglementation. Les modalités standards et spécifiques d'accès au dossier sont définies. Ces modalités précisent les personnes ressources désignées.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.	Oui	L'établissement a mis en œuvre un processus d'information du patient sur les droits d'accès à son dossier. Le dispositif d'information est déployé dans le secteur d'activité concerné. Les moyens de communication sont adaptés. Un livret d'accueil est remis au patient. Il existe des supports de communication en direction du patient et de son entourage (charte du patient hospitalisé) affichée dans toutes les chambres.
L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	Oui	L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation. L'établissement a mis en place des indicateurs de suivi depuis 2014. Un tableau permet de visualiser en temps réel le suivi du nombre de demandes. Le nombre de demandes est communiqué annuellement à la CRUQPC. Une personne référente est identifiée pour assurer

	Oui	le respect des délais d'accès du patient à son dossier.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	La mise en place récente du tableau de suivi permet d'analyser le nombre de demandes. Les actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec le résultat des analyses. Les résultats concernant le nombre de demandes sont évalués. Les délais de transmission des dossiers patients sont connus. La coordination et le suivi de leur mise en œuvre sont structurés, une personne référente a été désignée. Un plan d'actions est en cours d'élaboration.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	L'établissement a mis en œuvre un processus d'information de la CRUQPC sur les données relatives à l'accès du patient à son dossier. Le nombre de demandes d'accès au dossier, les délais de transmission des dossiers aux patients et le suivi des actions d'amélioration sont transmis annuellement à la CRUQPC. Huit demandes ont été traitées en 2013 contre 15 demandes en 2014.

## Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation		A
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'accès du patient à son dossier est organisé.	Oui	L'établissement a organisé l'accès du patient à son dossier conformément à la réglementation. Les modalités standards et spécifiques d'accès au dossier sont définies. Ces modalités précisent les personnes ressources désignées.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.	Oui	L'établissement a mis en œuvre un processus d'information du patient sur les droits d'accès à son dossier. Le dispositif d'information est déployé dans le secteur d'activité concerné. Les moyens de communication sont adaptés. Un livret d'accueil est remis au patient. Il existe des supports de communication en direction du patient et de son entourage (charte du patient hospitalisé) affichée dans toutes les chambres.
L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	Oui	L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation. L'établissement a mis en place des indicateurs de suivi depuis 2014. Un tableau permet de visualiser en temps réel le suivi du nombre de demandes. Le nombre de demandes est communiqué annuellement à la CRUQPC. Une personne référente est identifiée pour assurer

	Oui	le respect des délais d'accès du patient à son dossier.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	La mise en place récente du tableau de suivi permet d'analyser le nombre de demandes. Les actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec le résultat des analyses. Les résultats concernant le nombre de demandes sont évalués. Les délais de transmission des dossiers patients sont connus. La coordination et le suivi de leur mise en œuvre sont structurés, une personne référente a été désignée. Un plan d'actions est en cours d'élaboration.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	L'établissement a mis en œuvre un processus d'information de la CRUQPC sur les données relatives à l'accès du patient à son dossier. Le nombre de demandes d'accès au dossier, les délais de transmission des dossiers aux patients et le suivi des actions d'amélioration sont transmis annuellement à la CRUQPC. Huit demandes ont été traitées en 2013 contre 15 demandes en 2014.



## Référence 14: Le dossier du patient

**Critère 14.b - Hospitalisation à domicile**  
**Accès du patient à son dossier**



### Cotation

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

L'accès du patient à son dossier est organisé.

Oui

L'établissement a organisé l'accès du patient à son dossier conformément à la réglementation. Les modalités standards et spécifiques d'accès au dossier sont définies. Ces modalités précisent les personnes ressources désignées.

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

L'établissement a mis en œuvre un processus d'information du patient sur les droits d'accès à son dossier. Le dispositif d'information est déployé dans le secteur d'activité concerné. Les moyens de communication sont adaptés. Un livret d'accueil est remis au patient. Il existe des supports de communication en direction du patient et de son entourage.

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

Oui

L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation. L'établissement a mis en place des indicateurs de suivi depuis 2014. Un tableau permet de visualiser en temps réel le suivi du nombre de demandes. Le nombre de demandes est communiqué annuellement à la CRUQPC. Une personne référente est identifiée pour assurer le respect des délais d'accès du patient à son 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.	En grande partie	La mise en place récente du tableau de suivi permet d'analyser le nombre de demandes. Les actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec le résultat des analyses. Les résultats concernant le nombre de demandes sont évalués. Les délais de transmission des dossiers patients sont connus. La coordination et le suivi de leur mise en œuvre sont structurés, une personne référente a été désignée. Un plan d'actions est en cours d'élaboration.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	L'établissement a mis en œuvre un processus d'information de la CRUQPC sur les données relatives à l'accès du patient à son dossier. Le nombre de demandes d'accès au dossier, les délais de transmission des dossiers aux patients et le suivi des actions d'amélioration sont transmis annuellement à la CRUQPC. Huit demandes ont été traitées en 2013 contre 15 demandes en 2014.

## Référence 15: l'identification du patient

### Critère 15.a - Court Séjour

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



## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

En grande partie

Il existe une organisation pour garantir la fiabilité de l'identification du patient, cette organisation définit les objectifs en matière d'identification propres aux secteurs administratifs (numéro IPP) et aux secteurs cliniques (bracelet d'identification au poignet du patient et au lit du malade). Les processus ou circuits, notamment informatiques, sont en cohérence avec l'organisation globale. Les points critiques sont contrôlés (doublons, collisions). Les missions et responsabilités des acteurs clés sont définies. Les ressources sont en place. Les outils d'analyse et de fonctionnement étaient en cours de mise en œuvre. Toutes les applications au cœur du processus de soins, de la gestion administrative du patient et du PMSI sont connectées à un référentiel unique d'identités des patients, ce que confirme la valeur de l'indicateur "Hôpital Numérique" associé. L'INS est intégré dans le référentiel unique d'identités des patients, ce que confirme la valeur de l'indicateur "Hôpital Numérique" associé. La Cellule d'identitovigilance est opérationnelle, ce que confirme la valeur de l'indicateur "Hôpital Numérique" associé.

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	Une sensibilisation régulière est effectuée à l'intention des hôtesse d'accueil, des soignants par les responsables de services. La lettre qualité et des notes de services rappellent régulièrement à l'ensemble du personnel leurs obligations en matière d'identitovigilance. Une formation spécifique a été réalisée. Elle tient compte de l'identification des besoins, des objectifs et cibles (personnels administratifs, professionnels de santé). Il existe un programme et des supports de formation.
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Une procédure de vérification de l'identité est établie avec les personnes de l'accueil administratif. Elle est disponible, mise en oeuvre et actualisée.
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	Une procédure de vérification de l'identité est établie dans les secteurs cliniques avec les personnes concernées, disponible, mise en oeuvre et actualisée. Une vérification de l'identité est réalisée grâce à un bracelet d'identification placé sur le patient et le lit. Elle est adaptée à la nature des actes diagnostiques et thérapeutiques. La vérification est tracée.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.	Partiellement	Les erreurs sont analysées, corrigées et intégrées dans le PAQSS. La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est partiellement évaluée. La périodicité de ces évaluations reste à définir. À noter que l'établissement recueille les indicateurs "Hôpital Numérique" associés.

## Référence 15: l'identification du patient

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



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

Il existe une organisation pour garantir la fiabilité de l'identification du patient, cette organisation définit les objectifs en matière d'identification propres aux secteurs administratifs (numéro IPP) et aux secteurs cliniques (bracelet d'identification au poignet du patient et au lit du malade). Les processus ou circuits, notamment informatiques, sont en cohérence avec l'organisation globale. Les points critiques sont contrôlés (doublons, collisions). Les missions et responsabilités des acteurs clés sont définies. Les ressources sont en place. Les outils d'analyse et de fonctionnement étaient en cours de mise en œuvre. Toutes les applications au cœur du processus de soins, de la gestion administrative du patient et du PMSI sont connectées à un référentiel unique d'identités des patients, ce que confirme la valeur de l'indicateur "Hôpital Numérique" associé. L'INS est intégré dans le référentiel unique d'identités des patients, ce que confirme la valeur de l'indicateur "Hôpital Numérique" associé. La Cellule d'identitovigilance est opérationnelle, ce que confirme la valeur de l'indicateur "Hôpital Numérique" associé.

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	Une sensibilisation régulière est effectuée à l'intention des hôtes d'accueil, des soignants par les responsables de services. La lettre qualité et des notes de services rappellent régulièrement à l'ensemble du personnel leurs obligations en matière d'identitovigilance. Une formation spécifique a été réalisée. Elle tient compte de l'identification des besoins, des objectifs et cibles (personnels administratifs, professionnels de santé). Il existe un programme et des supports de formation.
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Une procédure de vérification de l'identité est établie avec les personnes de l'accueil administratif. Elle est disponible, mise en oeuvre et actualisée.
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	Une procédure de vérification de l'identité est établie dans les secteurs cliniques avec les personnes concernées, disponible, mise en oeuvre et actualisée. Une vérification de l'identité est réalisée grâce à un bracelet d'identification placé sur le patient et le lit. Elle est adaptée à la nature des actes diagnostiques et thérapeutiques. La vérification est tracée.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.	Partiellement	Les erreurs sont analysées, corrigées et intégrées dans le PAQSS. La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est partiellement évaluée. La périodicité de ces évaluations reste à définir. À noter que l'établissement recueille les indicateurs "Hôpital Numérique" associés.

## Référence 15: l'identification du patient

### Critère 15.a - Hospitalisation à domicile

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge sont définis.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	Oui	
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	
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	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.	Partiellement	



## PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

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

B

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

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

Oui

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

Oui

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

Partiellement

**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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le dispositif d'accueil du patient est évalué.	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre en lien avec la CRU.	En grande partie	

## Référence 16: l'accueil du patient

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

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

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

## Référence 16: l'accueil du patient

### Critère 16.a - Hospitalisation à domicile Dispositif d'accueil du patient

## Cotation

A

### 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.

NA

Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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

NA

Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

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

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

### Critère 17.a - Court Séjour

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé, et prend en compte l'ensemble de ses besoins.	Oui	
L'organisation des prises en charge en fonction des objectifs de soins permet aux patients hospitalisés sans consentement et aux détenus l'accès aux activités thérapeutiques.	NA	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	En grande partie	
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.	En grande partie	
Le projet de soins personnalisés est réajusté en fonction d'évaluations périodiques de l'état de santé du patient, en impliquant le patient et, s'il y a lieu, l'entourage.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions d'évaluation sont conduites, afin de s'assurer de la traçabilité des informations.	Partiellement	
Des actions d'amélioration sont mises en place en fonction des résultats des évaluations.	Partiellement	

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

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

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

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

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

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

### Critère 17.a - Hospitalisation à domicile

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

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

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

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

### Critère 17.b Prise en charge somatique des patients



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

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

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

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

### Critère 18.a - Court Séjour

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

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



Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur, lorsque l'état du patient le nécessite.	Oui	
Un ou des professionnels référents sont désignés pour la prise en charge du patient.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La continuité et la coordination de la prise en charge sont évaluées, notamment au regard des événements indésirables, et des actions d'amélioration sont menées.	En grande partie	

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

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

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

Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur, lorsque l'état du patient le nécessite.	Oui	
Un ou des professionnels référents sont désignés pour la prise en charge du patient.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La continuité et la coordination de la prise en charge sont évaluées, notamment au regard des événements indésirables, et des actions d'amélioration sont menées.	En grande partie	

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

**Critère 18.a - Hospitalisation à domicile**  
**Continuité et coordination de la prise en charge des patients**



### Cotation

A

#### 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

Il existe une organisation des soins permettant une permanence des soins. Cette organisation assure aux patients : un accès téléphonique 24h/24 à une IDE de l'HAD, la visite d'un professionnel paramédical au domicile 24h/24. Un avis médical 24h/24. Un accès à une consultation médicale 24h/24 par tout médecin ou structure assurant la permanence médicale des soins. Un planning d'astreinte est établi, il est renouvelé tous les 2 ou 3 jours.

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

L'HAD a défini des mécanismes de coordination. Qui ce font à l'aide de fiches de liaison, de transmission ciblées et de lettre du médecin coordonnateur de l'HAD. Des conventions ont été signées avec les différents partenaires de l'HAD.

Des modalités de transmission d'informations entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.

Oui

Au domicile du patient se trouve un dossier de liaison dans lequel les intervenants notent leurs interventions. Le dossier est informatisé à la clinique. Les intervenants extérieurs sont en relation avec le médecin coordonnateur, l'IDE coordonnatrice et le secrétariat de l'HAD, par mail notamment.

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les secteurs d'activité collaborent afin d'assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	Oui	Le médecin et l'IDE coordonnatrice de l'HAD coordonnent les intervenants libéraux pour assurer la prise en charge multidisciplinaire du patient.
Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur, lorsque l'état du patient le nécessite.	Oui	L'établissement a conclu une convention avec le CH de Figeac pour le recours aux spécialistes, mais également avec les institutions référentes au niveau régional : Icare, ASP 46, Palliance 12, Institut Claudius Regaud à Toulouse.
Un ou des professionnels référents sont désignés pour la prise en charge du patient.	Oui	Le médecin traitant est le référent, en liaison avec le médecin coordonnateur. L'information figure dans le règlement intérieur de l'HAD.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La continuité et la coordination de la prise en charge sont évaluées, notamment au regard des événements indésirables, et des actions d'amélioration sont menées.	En grande partie	Une réunion hebdomadaire réunissant l'ensemble des intervenants permet de faire le point sur l'évolution de la prise en charge. Toutefois, le recueil et l'analyse des événements indésirables ne sont pas formalisés.

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

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

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

**Référence 18: La continuité et la coordination des soins****Critère 18.b - Soins de suite et/ou de réadaptation  
Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement**

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



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

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

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

La formation des professionnels à l'utilisation de ce matériel et aux premiers gestes de secours est assurée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est évaluée à périodicité définie, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - Personnes âgées

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

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - Enfants et adolescents

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

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

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



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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - Personnes démunies

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

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - Personnes détenues

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

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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



Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés.	Oui	
L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge, en lien avec le CLAN ou son équivalent.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.	En grande partie	
Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Dépistage des troubles nutritionnels" et de sa valeur de 89% avec un intervalle de confiance à 95%=[82%-96%] pour la campagne de recueil 2011.



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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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



## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés.

Oui

L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge, en lien avec le CLAN ou son équivalent.

En grande partie

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.

En grande partie

Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.

Oui

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

**Critère 19.b - Hospitalisation à domicile**  
**Troubles de l'état nutritionnel**



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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

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

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Partiellement	
Tout suicide ou tentative de suicide, intervenant dans le temps de la prise en charge, fait l'objet d'une analyse pluriprofessionnelle, en particulier psychiatrique, et formalisée.	Partiellement	
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.c - Soins de suite et/ou de réadaptation Risque suicidaire

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

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



Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Partiellement	
Tout suicide ou tentative de suicide, intervenant dans le temps de la prise en charge, fait l'objet d'une analyse pluriprofessionnelle, en particulier psychiatrique, et formalisée.	Partiellement	
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.c - Hospitalisation à domicile Risque suicidaire

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.d Hospitalisation sans consentement

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

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

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

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



**Cotation**

A

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

Il existe une politique concertée et formalisée. La politique comporte des objectifs précis et des indicateurs de suivi. La politique prend en compte notamment : les actions de bon usage (CBUM), les suites d'inspection, contrôles de la PUI, les décisions de la certification, la prévention des risques associés à chaque étape de la prise en charge, y compris la gestion et l'utilisation des médicaments à risque et les populations à risque et notamment pour ce qui concerne la chimiothérapie, la formation des professionnels et des nouveaux arrivants aux procédures et protocoles. Les actions d'amélioration définies lors de l'analyse des erreurs médicamenteuses. L'informatisation est aboutie.

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

Oui

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est réalisée. Cette informatisation est intégrée au schéma directeur du système d'information.

Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Il existe des outils d'aide à la prescription, l'analyse pharmaceutique et à l'administration des médicaments. Le Vidal électronique est accessible aux professionnels.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	En grande partie	Il existe des actions de formation des professionnels à la prévention des erreurs médicamenteuses qui ont porté de façon préférentielle sur la pharmacovigilance. Il existe des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention des erreurs médicamenteuses qui sont faites essentiellement par la pharmacienne et la responsable de la gestion des risques, mais de façon non formalisée. Il n'y a pas de référent pharmaceutique en unité de soins identifié.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est effective. Tous les séjours disposent de prescriptions de médicaments informatisées, ce que confirme la valeur de l'indicateur "Hôpital Numérique" associé.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Oui	La prise en charge médicamenteuse fait l'objet d'un suivi quantitatif annuel et qualitatif par classe de médicaments.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	En grande partie	Il existe un dispositif de recueil des erreurs médicamenteuses à la disposition des professionnels concernés. Les classeurs contenant les fiches de recueil sont à la disposition des professionnels dans les unités de soins. Il existe une organisation pour analyser de façon collective et méthodique les erreurs médicamenteuses. Toutefois, très peu de signalements d'erreurs médicamenteuses sont réalisés.

Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	Oui	Les actions d'amélioration sont mises en œuvre, suivies et coordonnées. La rétro-information des professionnels est assurée.
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



**Cotation**

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

Il existe une politique concertée et formalisée. La politique comporte des objectifs précis et des indicateurs de suivi. La politique prend en compte notamment : les actions de bon usage (CBUM), les suites d'inspection, contrôles de la PUI, les décisions de la certification, la prévention des risques associés à chaque étape de la prise en charge, y compris la gestion et l'utilisation des médicaments à risque et les populations à risque et notamment pour ce qui concerne la chimiothérapie, la formation des professionnels et des nouveaux arrivants aux procédures et protocoles. Les actions d'amélioration définies lors de l'analyse des erreurs médicamenteuses. L'informatisation est aboutie.

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

Oui

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est réalisée. Cette informatisation est intégrée au schéma directeur du système d'information.

Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Il existe des outils d'aide à la prescription, l'analyse pharmaceutique et à l'administration des médicaments. Le Vidal électronique est accessible aux professionnels.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	En grande partie	Il existe des actions de formation des professionnels à la prévention des erreurs médicamenteuses qui ont porté de façon préférentielle sur la pharmacovigilance. Il existe des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention des erreurs médicamenteuses qui sont faites essentiellement par la pharmacienne et la responsable de la gestion des risques, mais de façon non formalisée. Il n'y a pas référent pharmaceutique en unité de soins est identifié.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est effective. Tous les séjours disposent de prescriptions de médicaments informatisées, ce que confirme la valeur de l'indicateur "Hôpital Numérique" associé.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Oui	La prise en charge médicamenteuse fait l'objet d'un suivi quantitatif annuel et qualitatif par classe de médicaments.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	En grande partie	Il existe un dispositif de recueil des erreurs médicamenteuses à la disposition des professionnels concernés. Les classeurs contenant les fiches de recueil sont à la disposition des professionnels dans les unités de soins. Il existe une organisation pour analyser de façon collective et méthodique les erreurs médicamenteuses. Toutefois, très peu de signalements d'erreurs médicamenteuses sont réalisés.

Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	Oui	Les actions d'amélioration sont mises en œuvre, suivies et coordonnées. La rétro-information des professionnels est assurée.
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

**Critère 20.a - Hospitalisation à domicile**  
**Management de la prise en charge médicamenteuse du patient**



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

Il existe une politique concertée et formalisée. La politique comporte des objectifs précis et des indicateurs de suivi. La politique prend en compte notamment : les actions de bon usage (CBUM), les suites d'inspection, contrôles de la PUI, les décisions de la certification, la prévention des risques associés à chaque étape de la prise en charge, y compris la gestion et l'utilisation des médicaments à risque et les populations à risque et notamment pour ce qui concerne la chimiothérapie, la formation des professionnels et des nouveaux arrivants aux procédures et protocoles. Les actions d'amélioration définies lors de l'analyse des erreurs médicamenteuses.

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

Oui

Il existe un projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse. Ce projet est intégré au schéma directeur du système d'information. Le déploiement du projet est planifié.

Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Il existe des outils d'aide à la prescription, l'analyse pharmaceutique et à l'administration des médicaments. Le Vidal électronique est accessible aux professionnels. Le livret thérapeutique a été adressé à l'ensemble des médecins qui prescrivent dans le cadre de de l'HAD, avec un courrier explicatif.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	En grande partie	Il existe des actions de formation des professionnels à la prévention des erreurs médicamenteuses qui ont porté de façon préférentielle sur la pharmacovigilance. Il existe des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention des erreurs médicamenteuses qui sont faites essentiellement par la pharmacienne et la responsable de la gestion des risques, mais de façon non formalisée.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	En grande partie	Le plan de soins et l'administration des médicaments sont informatisés au domicile des patients. Il n'en est pas de même de la prescription médicamenteuse. La réflexion sur l'informatisation de la prescription médicamenteuse est en cours.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Oui	La prise en charge médicamenteuse fait l'objet d'un suivi quantitatif annuel et qualitatif par classe de médicaments.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	En grande partie	Il existe un dispositif de recueil des erreurs médicamenteuses à la disposition des professionnels concernés. Les classeurs contenant les fiches de recueil sont à la disposition des professionnels dans les unités de soins. Il existe une organisation pour analyser de façon collective et méthodique les erreurs médicamenteuses. Toutefois, très peu de signalements d'erreurs médicamenteuses sont réalisés.

Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	Oui	Les actions d'amélioration sont mises en œuvre, suivies et coordonnées. La rétro-information des professionnels est assurée.
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



# Cotation

B

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

L'établissement a formalisé les règles de prescription y compris pour les médicaments à risque. Des supports de prescription validés et actualisés sont en place. Il existe un support unique de prescription et d'administration. Ces éléments sont contenus dans la procédure générale de fonctionnement de la pharmacie.

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

Oui

L'établissement est organisé pour informer le patient de la nécessité de transmettre aux professionnels son traitement personnel à l'admission. Il existe des procédures de gestion du traitement personnel du patient qui sont connues des professionnels. Les prescriptions à l'admission et les ordonnances de sortie tiennent compte du traitement dont disposait le patient avant son hospitalisation.

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

Partiellement

L'établissement a formalisé l'organisation de l'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient qui est réalisée en temps réel par la pharmacienne lors de chaque changement de traitement à l'aide du dossier de prescription informatisé. La délivrance nominative des médicaments est réalisée : une boîte par patient est constituée pour 2

	Partiellement	semaines et mise à jour à chaque changement de traitement. Chaque jour le pilulier de chaque patient est préparé par l'IDE de l'unité de soins. La dotation pour besoins urgents est organisée et contrôlée par la pharmacienne. L'acheminement des médicaments vers les unités de soins est sécurisé. La réponse aux demandes urgentes de médicaments est organisée avec l'optimisation des stocks à la PUI. Toutefois l'identification des médicaments jusqu'au moment de l'administration n'est pas en place. Ceux-ci sont identifiés dans la boîte du patient pour la quinzaine, mais plus dans le pilulier journalier qui est le support final de l'administration.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	En grande partie	L'établissement a formalisé les règles d'administration des médicaments dans la procédure générale de fonctionnement de la pharmacie. Il existe des protocoles d'administration des médicaments à risque qui sont en fait relatives à la préparation des cytotoxiques incluant une double vérification indépendante de la préparation des doses à administrer. Ces documents sont validés, actualisés et accessibles aux professionnels. Toutefois, il n'y a pas de personnel dédié et formé à la gestion et au rangement des médicaments et en particulier des médicaments à risque.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	Compte tenu de la valeur du critère "Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation" de l'indicateur "Tenue du dossier" et de sa valeur de 81% pour la campagne de recueil 2011.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	Le déploiement de l'analyse pharmaceutique et de la délivrance nominative est effectif en lien avec l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse.



Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	Oui	La préparation des médicaments anticancéreux est assurée sous la responsabilité du pharmacien, en respect des bonnes pratiques pharmaceutiques. La traçabilité de cette préparation est assurée par un logiciel dédié. Un suivi annuel est réalisé dans le cadre du CBUM. Les locaux ont été totalement restructurés depuis mars 2014 et intégrés dans la nouvelle pharmacie. L'ensemble des locaux de reconstitution des cytotoxiques répondent aux normes en vigueur; ce qui a été validé par l'ARS.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	Les situations nécessitant une information des patients sont identifiées : type de patient, type de médicament, information pendant l'hospitalisation et à la sortie. L'information est faite oralement. Pour certains médicaments, des documents sont donnés au patient. Toutefois, la traçabilité dans le dossier du patient n'est pas assurée.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité est assurée en temps réel par le personnel habilité, selon la procédure définie. Elle se fait au lit du patient sur le support informatique dédié à l'aide d'un ordinateur portable situé sur le chariot de soins.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Un audit de l'ensemble de la prise en charge médicamenteuse a été réalisé par un organisme indépendant dans le courant de l'année 2014.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	En grande partie	Le bilan des actions de bon usage des médicaments mises en oeuvre est réalisé et diffusé aux professionnels concernés. Toutefois, il n'y a pas d'actions sur la pertinence des prescriptions qui sont mises en oeuvre.

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



### Cotation

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

L'établissement a formalisé les règles de prescription y compris pour les médicaments à risque. Des supports de prescription validés et actualisés sont en place. Il existe un support unique de prescription et d'administration. Ces éléments sont contenus dans la procédure générale de fonctionnement de la pharmacie.

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

Oui

L'établissement est organisé pour informer le patient de la nécessité de transmettre aux professionnels son traitement personnel à l'admission. Il existe des procédures de gestion du traitement personnel du patient qui sont connues des professionnels. Les prescriptions à l'admission et les ordonnances de sortie tiennent compte du traitement dont disposait le patient avant son hospitalisation.

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

Partiellement

L'établissement a formalisé l'organisation de l'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient qui est réalisée en temps réel par la pharmacienne lors de chaque changement de traitement à l'aide du dossier de prescription informatisé. La délivrance nominative des médicaments est réalisée : une boîte par patient est constituée pour 2

	Partiellement	semaines et mise à jour à chaque changement de traitement. Chaque jour le pilulier de chaque patient est préparé par l'IDE de l'unité de soins. La dotation pour besoins urgents est organisée et contrôlée par la pharmacienne. L'acheminement des médicaments vers les unités de soins est sécurisé. La réponse aux demandes urgentes de médicaments est organisée avec l'optimisation des stocks à la PUI. Toutefois l'identification des médicaments jusqu'au moment de l'administration n'est pas en place. Ceux-ci sont identifiés dans la boîte du patient pour la quinzaine, mais plus dans le pilulier journalier qui est le support final de l'administration.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	En grande partie	L'établissement a formalisé les règles d'administration des médicaments dans la procédure générale de fonctionnement de la pharmacie. Il existe des protocoles d'administration des médicaments à risque qui sont en fait relatives à la préparation des cytotoxiques incluant une double vérification indépendante de la préparation des doses à administrer. Ces documents sont validés, actualisés et accessibles aux professionnels. Toutefois, il n'y a pas de personnel dédié et formé à la gestion et au rangement des médicaments et en particulier des médicaments à risque.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	Les règles de prescription sont mises en œuvre.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	Le déploiement de l'analyse pharmaceutique et de la délivrance nominative est effectif en lien avec l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse.

Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	Les situations nécessitant une information des patients sont identifiées : type de patient, type de médicament, information pendant l'hospitalisation et à la sortie. L'information est faite oralement. Pour certains médicaments, des documents sont donnés au patient. Toutefois, la traçabilité dans le dossier du patient n'est pas assurée.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité est assurée en temps réel par le personnel habilité, selon la procédure définie. Elle se fait au lit du patient sur le support informatique dédié à l'aide d'un ordinateur portable situé sur le chariot de soins.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Un audit de l'ensemble de la prise en charge médicamenteuse a été réalisé par un organisme indépendant dans le courant de l'année 2014.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	En grande partie	Le bilan des actions de bon usage des médicaments mises en oeuvre est réalisé et diffusé aux professionnels concernés. Toutefois, il n'y a pas d'actions sur la pertinence des prescriptions qui sont mises en oeuvre.

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

**Critère 20.a bis - Hospitalisation à domicile**  
**Prise en charge médicamenteuse du patient**



### Cotation

B

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

Les prescriptions sont faites par les médecins qui interviennent au domicile du patient au moyen de l'ordonnancier propre à chaque médecin traitant. Le médecin coordonnateur de l'HAD vérifie la conformité des prescriptions.

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

Oui

Le suivi du traitement est assuré par le médecin coordonnateur de l'HAD depuis la pré-admission du patient jusqu'à sa sortie. Lors des transferts, le personnel soignant réalise une fiche de liaison et joint les photocopies de l'ensemble des ordonnances.

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

Partiellement

L'établissement a formalisé l'organisation de l'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient qui est réalisée par la pharmacienne lors de chaque changement de traitement à l'aide des prescriptions qui lui sont transmises par le secteur HAD. La délivrance nominative des médicaments est réalisée : une boîte par patient est constituée pour 1 semaine et mise à jour à chaque changement de traitement cette boîte est conservée dans le secteur HAD. Chaque jour, le pilulier de chaque patient est

	Partiellement	préparé par l'IDE référente du patient avant d'aller à son domicile. L'acheminement des médicaments vers le domicile est sécurisé. La réponse aux demandes urgentes de médicaments est organisée avec l'optimisation des stocks à la PUI. Toutefois, l'identification des médicaments jusqu'au moment de l'administration n'est pas en place. Ceux-ci sont identifiés dans la boîte du patient pour la semaine mais plus dans le pilulier journalier qui est le support final de l'administration des médicaments au domicile du patient.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	L'établissement a formalisé les règles d'administration des médicaments dans la procédure générale de fonctionnement de la pharmacie. Ces documents sont validés, actualisés et accessibles aux professionnels.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	Les règles de prescription sont définies par la convention type obligatoirement établie entre le secteur HAD et le médecin traitant du patient. Le médecin coordonnateur de l'HAD scanne dans le plan de soins du patient la prescription du médecin traitant qui sera utilisé par l'IDE pour l'administration.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	Le déploiement de l'analyse pharmaceutique est fait par la pharmacienne à partir des ordonnances des médecins traitants. La délivrance nominative est effective.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	Les situations nécessitant une information des patients sont identifiées : type de patient, type de médicament, information pendant l'hospitalisation et à la sortie. L'information est faite oralement. Pour certains médicaments, des documents sont donnés au patient.

	En grande partie	Toutefois, la traçabilité dans le dossier du patient n'est pas assurée.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Les prescriptions médicales sont réalisées par le médecin traitant. Le médecin coordonnateur de l'HAD les valide et les scanne sur le plan de soin de l'IDE. C'est ce support qui est utilisé par les IDE pour assurer l'administration du traitement au domicile des patients. La traçabilité est assurée en temps réel au domicile des patients par les IDE, sur le support informatique de leur plan de soin.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Un audit de l'ensemble de la prise en charge médicamenteuse, incluant l'HAD, a été réalisé par un organisme indépendant dans le courant de l'année 2014.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	En grande partie	Le bilan des actions de bon usage des médicaments mises en oeuvre est réalisé et diffusé aux professionnels concernés. Toutefois il n'y a pas d'actions sur la pertinence des prescriptions qui sont mises en oeuvre.

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

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



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

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

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

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

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

### Critère 20.b - Hospitalisation à domicile Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

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

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

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

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

### Critère 21.a - Court Séjour

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

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	
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.a - Soins de suite et/ou de réadaptation

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

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



E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	
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.a - Hospitalisation à domicile

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

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

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

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

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

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

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

### Critère 22.a - Court Séjour

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

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

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

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

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

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

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



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

### Critère 22.a - Hospitalisation à domicile Demande d'examen et transmission des résultats

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

L'établissement coordonne la réalisation des examens prescrits par le médecin traitant ou hospitalier.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.	En grande partie	

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

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

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

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

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

### Critère 23.a - Court Séjour Education thérapeutique du patient

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

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

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

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

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

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

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

### Critère 23.a - Hospitalisation à domicile Education thérapeutique du patient

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'offre de programmes d'éducation thérapeutique, au sein de l'établissement et au sein du territoire de santé, est identifiée.	En grande partie	
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.	Partiellement	
Une coordination avec les professionnels extra-hospitaliers et les réseaux est organisée.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Selon la nature des besoins et des attentes des patients, des programmes d'ETP autorisés sont proposés aux patients et mis en oeuvre. Si l'établissement de santé ne met pas en oeuvre de programme autorisé, il lui est demandé de	Partiellement	



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.	Partiellement	
L'établissement définit, dans son plan, une formation à l'ETP (sensibilisation des professionnels impliqués dans la prise en charge des maladies chroniques, et acquisition de compétences pour ceux qui mettent en oeuvre un programme d'ETP).	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation des conditions d'accès et de mise en oeuvre des programmes d'ETP (patients, professionnels de santé impliqués) donne lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	

## Référence 24: La sortie du patient

Critère 24.a - Court Séjour  
Sortie du patient



### Cotation

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui

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

Partiellement

#### 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.	En grande partie	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation" et de sa valeur de 64% avec un intervalle de confiance à 95%=[53%-74%] pour la campagne de recueil 2011. L'établissement n'a pas élaboré et mis en œuvre de plan d'actions visant à améliorer ce score.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation". Il n'a pas mis en œuvre d'autre modalité d'évaluation.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Non	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Non	

## Référence 24: La sortie du patient

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



### Cotation

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	Non	
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Non	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Non	

## Référence 24: La sortie du patient

**Critère 24.a - Hospitalisation à domicile**  
**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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	Oui	
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

## PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES



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

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



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

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

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

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

### Critère 26.a Organisation du bloc opératoire



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

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

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

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

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



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

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

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

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



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

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



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

Critère 26.b - Endoscopie

Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur



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

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

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

### Critère 26.c

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

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

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

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

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

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

## PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

## Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28.a

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



Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique ou médico-technique organisent la mise en oeuvre des démarches d'EPP.	Oui	
Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.	Oui	
Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.	En grande partie	Compte tenu de la valeur de l'indicateur "Réunion de concertation pluridisciplinaire" et de sa valeur de 71% pour la campagne de recueil 2011. L'établissement n'a pas élaboré et mis en oeuvre de plan d'actions visant à améliorer ce score.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

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



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

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

Oui

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

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

En grande partie

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

En grande partie

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

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

## Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

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



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

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

## 6.INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## Les indicateurs généralisés actuellement recueillis

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

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

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_493937/ipaqs-indicateurs-pour-l-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_493937/ipaqs-indicateurs-pour-l-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-)

### Éléments de lecture du tableau

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

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

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

### Remarque :

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

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

# Etablissement : CLINIQUE FONT REDONDE (460780067)

## 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 FONT REDONDE (460780067)

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)	100 [99 - 100]	●	(+)	↗	84 [81 - 86]	●	(+)	NA	87 [84 - 90]	●	(+)	→				
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (%)	96% [92% - 100%]	●	(+)	↗	49% [38% - 60%]	●	(-)	↘	64% [53% - 74%]	●	(-)	→				
Traçabilité de l'évaluation la douleur (%)	81% [73% - 90%]	●	(=)	↗	69% [59% - 79%]	●	(-)	→	79% [70% - 88%]	●	(=)	→				
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 (%)	98% [94% - 100%]	●	(+)	↗	86% [79% - 94%]	●	(=)	→	89% [82% - 96%]	●	(+)	→				

# Etablissement : CLINIQUE FONT REDONDE (460780067)

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 FONT REDONDE (460780067)

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)	100 [100 - 100]		NA	↗	86 [83 - 90]		(+)	↘	86 [83 - 90]		(+)	→				



# Etablissement : CLINIQUE FONT REDONDE (460780067)

## Résultats des indicateurs de qualité

### Réunion de concertation pluridisciplinaire - Champ MCO

#### Référence Nationale

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

#### Etablissement : CLINIQUE FONT REDONDE (460780067)

Libellé indicateur	Année 2011				Année 2012				Année 2013			
	Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire :				Recueil obligatoire :			
	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.
Niveau 2 - la trace d'une réunion de concertation pluridisciplinaire datée, comportant la proposition de prise en charge et réalisée avec au moins trois professionnels de spécialités différentes est retrouvée dans le dossier du patient (RCP 2) (%)	71% Effectif <= 30	Effectif <= 30	Effectif <= 30	Effectif <= 30								

## 7.BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE

# BILAN DES CONTRÔLES EFFECTUÉS ET INSPECTIONS CONCERNANT LA SÉCURITÉ SANITAIRE

## (Uniquement effectués par organismes et autorités externes)

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Circuit du médicament	ARS	Octobre 2012	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stérilisation des dispositifs médicaux	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arrêté du 07/11/2013 par l'ARS pour la fin de la stérilisation
Désinfection des dispositifs médicaux	NC		<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	Activité sous-traité		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convention avec le Centre Hospitalier de Figeac signée le 16/05/2013
Infrastructures	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input type="checkbox"/>	commission de sécurité	10/05/2011	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avis favorable commission de sécurité L'établissement est actuellement en restructuration complète. La commission de sécurité a prévu de passer à la fin des travaux.
Sécurité électrique	Socotec	07/08/2013	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etablissement en restructuration complète, visite de conformité des travaux : -1 <sup>ère</sup> tranche : visite de conformité le 14/03/13 -2 <sup>ème</sup> tranche : visite de conformité le 07/08/13 -3 <sup>ème</sup> tranche de travaux en cours (prévue fin février 2014)
Hygiène alimentaire et eau d'alimentation	Activité sous-traité	19/09/2013	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La Clinique est en liaison froide avec le Centre Hospitalier de Figeac par une convention signée le 12/11/11. Les analyses microbiologiques sont réalisées par le laboratoire A.BIO.C (convention avec le Centre Hospitalier de Figeac). Le contrôle DDPP a eu lieu au Centre Hospitalier de Figeac le 07/08/2012.
Eaux à usage médical	NC		<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	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eaux chaudes sanitaires	Laboratoire d'analyse LXBIO	18/07/2013	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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.	ARS	2008?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déchets à risques radioactifs	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déchets à risques chimiques et toxiques, effluents liquides	Aucun contrôle réalisé		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Produits sanguins labiles	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas de dépôt de sang cessation d'activité le 01/02/2013

