



RAPPORT DE CERTIFICATION V2010

CLINIQUE BETHANIE

144 avenue roul - 33400 - Talence

MAI 2012

SOMMAIRE

PREAMBULE	4
1. Les objectifs de la certification des établissements de santé	5
2. Les niveaux de certification	6
1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	8
2. DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	10
1. Niveau de certification	11
2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	12
3. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	13
4. Critères investigués lors de la visite de certification	14
5. Suivi de la décision	15
3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS	17
1. Le positionnement de l'établissement sur l'ensemble des thématiques	20
2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires	21
3. Regard Patient	22
4. SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	23

5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	26
CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	28
PARTIE 1. Management stratégique	29
PARTIE 2. Management des ressources	54
PARTIE 3. Management de la qualité et de la sécurité des soins	95
CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT	119
PARTIE 1. Droits et place des patients	120
PARTIE 2. Gestion des données du patient	143
PARTIE 3. Parcours du patient	150
PARTIE 4. Prises en charge spécifiques	197
PARTIE 5. Evaluation des pratiques professionnelles	211
6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	218
7. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE	220

PREAMBULE

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

1. Les objectifs de la certification des établissements de santé

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

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

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

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

Elle ne note pas les professionnels de santé.

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

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

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

2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

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

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

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

1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

CLINIQUE BETHANIE

Adresse : 144 avenue roul
33400 Talence GIRONDE

Site internet: <http://www.clinique-bethanie.fr>

Statut : Privé

Type d'établissement : Etablissement privé à but lucratif

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Santé mentale	62	0	0

Nombre de sites.:	1 site.
Activités principales.:	Psychiatrie générale Adulte.
Activités de soins soumises à autorisation.:	-Activité de psychiatrie.
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	/

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	Conventions de coopération : - clinique mutualiste pour soins somatiques et examens d'imagerie médicale, soins d'urgence chirurgicaux ; - CHU de Bordeaux / centre Abadie / service du Pr Pommereau : prise en charge de jeunes patients suicidants après leur passage au centre Abadie ; - Horizon 33 pour soins de suite psychiatrique ; - Association Rénovation pour soins de suite psychiatrique / accueil de jour ; - L'établissement répond régulièrement aux sollicitations du service de réanimation du CHU de Bordeaux pour l'accueil de patients après des TS et avec le SAU du CH psychiatrique Charles-Perrens.
Regroupement/Fusion.:	/
Arrêt et fermeture d'activité.:	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	/

2. DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Niveau de certification

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

Décisions

2.Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Compte tenu des informations, issues des contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement, inscrites dans le volet Sécurité, Sanitaire de la fiche interface HAS/ARS, la Haute Autorité de Santé a constaté l'absence de contrôles réglementaires sur:

Eaux chaudes sanitaires ;

Circuit du médicament ;

Sécurité électrique ;

Déchets à risques infectieux et pièces anatomiques.

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 13/12/2011 au 16/12/2011.
L'équipe d'Experts Visiteurs a investigué les critères suivants :

MANAGEMENT STRATÉGIQUE

1.f, 2.e

MANAGEMENT DES RESSOURCES

6.a, 6.c, 7.b

MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

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

DROITS ET PLACE DES PATIENTS

10.c Santé mentale, 10.e Santé mentale, 11.c Santé mentale, 12.a Santé mentale, 13.a Santé mentale

GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

14.a Santé mentale, 14.b Santé mentale, 15.a Santé mentale

PARCOURS DU PATIENT

16.a Santé mentale, 17.a Santé mentale, 17.b, 18.a Santé mentale, 19.a Patients porteurs de maladie chronique, 19.a Personnes âgées, 19.a Personnes démunies, 19.a Personnes atteintes d'un handicap, 19.b Santé mentale, 19.c Santé mentale, 19.d, 20.a Santé mentale, 20.a bis Santé mentale, 20.b Santé mentale, 23.a Santé mentale, 24.a Santé mentale

PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

27.a

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

28.a, 28.b, 28.c

5. Suivi 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)
- Système de gestion des plaintes et des réclamations (9.a)
- Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté (10.e)
- Prise en charge de la douleur (12.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)
- Organisation

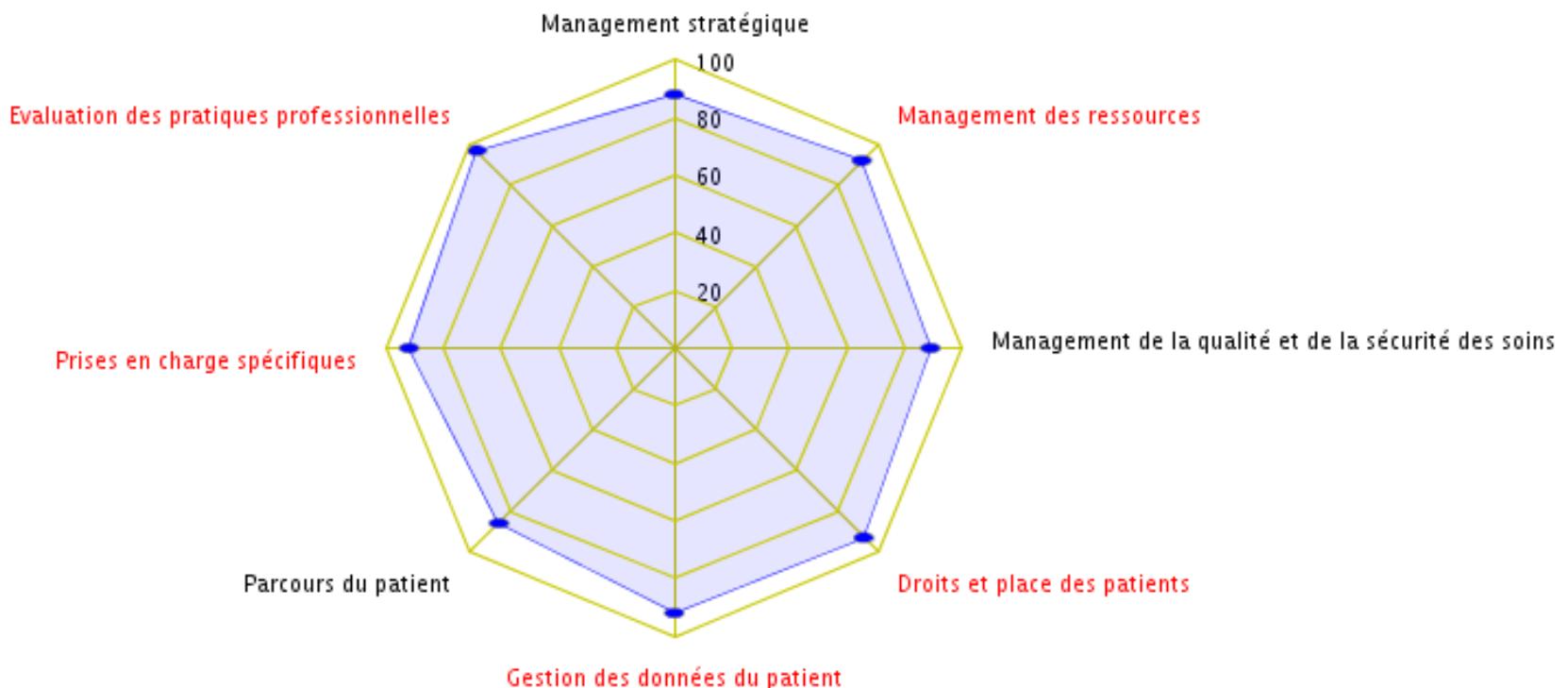
Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement.

Critères sélectionnés par les représentants des usagers

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

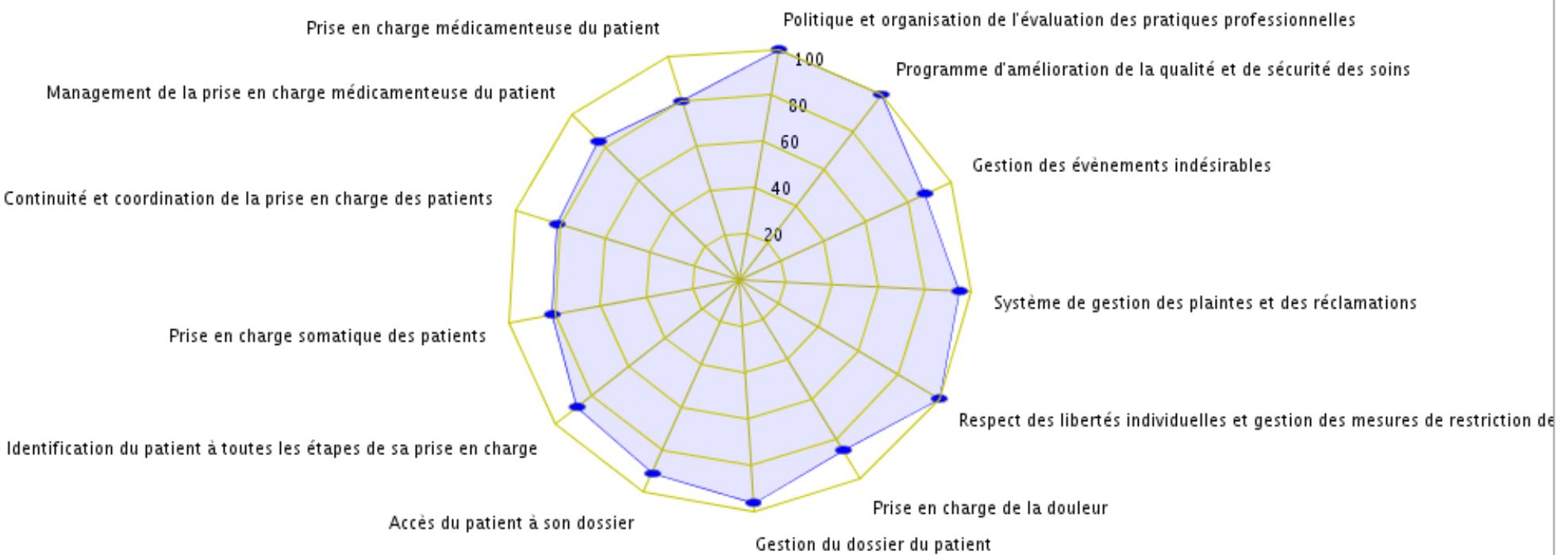
- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (10a),
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b),
- Respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c),
- Accueil et accompagnement de l'entourage (10d),
- Information du patient sur son état de santé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

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

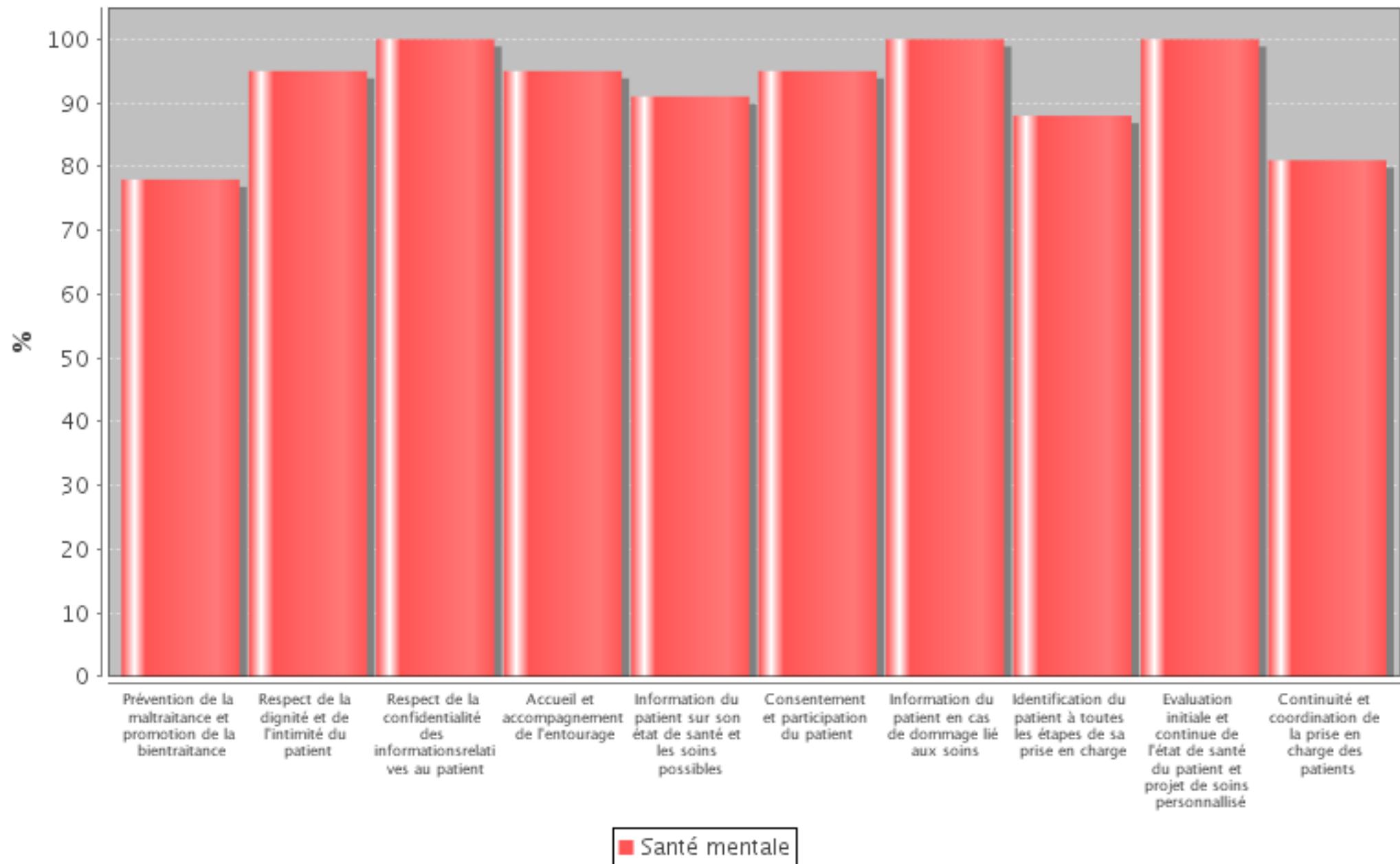


Les libellés des points fort (> 90%) sont en rouge.

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



3. Regard patient



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

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

5.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.a

Valeurs, missions et stratégie de l'établissement

Cotation	B	
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.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La mise en oeuvre des orientations stratégiques fait l'objet d'un suivi et d'une révision périodique.	En grande partie	
L'établissement fait évoluer ses partenariats sur la base des évaluations réalisées.	En grande partie	

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.b

Engagement dans le développement durable

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un diagnostic développement durable a été établi par l'établissement.	Oui	
Un volet développement durable est intégré dans les orientations stratégiques.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre		
La stratégie, liée au développement durable, est déclinée dans un programme pluriannuel.	Oui	
Le personnel est sensibilisé au développement durable et informé des objectifs de l'établissement.	Oui	

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.c Démarche éthique

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels ont accès à des ressources (structures de réflexion ou d'aide à la décision, internes ou externes à l'établissement, documentation, formations, etc.) en matière d'éthique.	Oui	
Les projets de l'établissement prennent en compte la dimension éthique de la prise en charge.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels de l'établissement de santé sont sensibilisés à la réflexion éthique.	En grande partie	
Les questions éthiques se posant au sein de l'établissement sont traitées.	Oui	

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.d Politique des droits des patients

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

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

En grande partie

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.e

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

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est intégrée dans les orientations stratégiques.	Oui	
L'instance délibérante statue au moins une fois par an sur cette politique.	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.	En grande partie	

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.f

Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles



Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La stratégie de développement de l'EPP est inscrite dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.	Oui	Le manuel qualité fait référence à la politique des EPP et renvoie au document formalisé, intitulé « Politique des EPP ». Celui-ci définit une politique et des objectifs déclinés en plans d'actions.
Une concertation, entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie de l'EPP, est en place.	Oui	La CME est responsable de la définition de la stratégie des EPP en relation avec le DIM et la Directrice, responsable qualité de l'établissement. La méthodologie est définie en groupe de travail pluridisciplinaire. Le médecin DIM organise mensuellement avec le personnel infirmier des réunions d'information sur l'avancement de la démarche EPP. C'est au cours de ces réunions que les infirmiers ont proposé trois thèmes d'EPP qui sont actuellement en cours de réalisation, montrant l'importance de l'appropriation de la démarche, de la concertation entre infirmiers et de la communication médecin-infirmiers.
Les missions et les responsabilités sont définies, afin d'organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médico-technique.	Oui	Le responsable de la mise en œuvre et de la coordination des EPP est le médecin DIM de l'établissement. Il y a un seul secteur d'activité clinique au niveau de l'établissement. La pharmacienne, nouvellement arrivée, s'implique en tant que

	Oui	responsable d'un secteur médico-technique, dans la démarche EPP
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en oeuvre de l'EPP.	Oui	<p>Le médecin DIM encadre et coordonne l'ensemble des démarches EPP, y compris celles ayant été initiées et conduites par les infirmiers.</p> <p>En 2011, le médecin DIM a réalisé huit réunions de formation et d'information sur les EPP, auprès du personnel soignant.</p> <p>Un organisme externe accompagne régulièrement l'établissement sur le plan méthologique.</p>
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	Oui	<p>L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de la démarche EPP. Les comptes-rendus de CME font régulièrement état de la démarche EPP dans l'établissement. Tous les deux mois environ, les médecins se réunissent uniquement pour débattre de ce sujet et des projets afférents.</p> <p>Un référent est identifié pour la coordination et le suivi des EPP.</p>
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	Oui	<p>Le DIM, très impliqué, organise mensuellement des réunions d'information sur l'avancement de la démarche EPP auprès du personnel soignant. Il se déplace également dans les unités de soins pour évoquer le sujet. Les médecins se réunissent tous les deux mois, exclusivement pour évoquer ce thème. La dynamique EPP est régulièrement évoquée dans les comptes-rendus de la CME.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	<p>Le comité de direction et la CME sont composés des médecins exerçant des fonctions au sein de la clinique, tous impliqués dans la démarche EPP. La CME définit la stratégie des EPP et en suit l'évolution. Compte tenu de la taille de la structure et de l'implication très forte des médecins et des</p>

	Oui	soignants, il y a une interrelation permanente entre les acteurs de la démarche EPP et les membres des instances de l'établissement.
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	Oui	Les objectifs, les actions mises en œuvre et les moyens utilisés sont débattus en réunions bimestrielles médicales consacrées à la démarche EPP et révisés annuellement en CME.

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.g

Développement d'une culture qualité et sécurité

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

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

Oui

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

Critère 2.a

Direction et encadrement des secteurs d'activités

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

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

Oui

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

Critère 2.b

Implication des usagers, de leurs représentants et des associations

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La représentation des usagers au sein de l'établissement est organisée.	Oui	
Une politique de coopération avec les acteurs associatifs est définie.	En grande partie	
Un dispositif de recueil des attentes des usagers est organisé.	En grande partie	
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.	Partiellement	
Les attentes des usagers sont prises en compte, lors de l'élaboration des projets de secteurs d'activité ou d'établissement.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le dispositif de participation des usagers est évalué et amélioré.	Partiellement	

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

Critère 2.c Fonctionnement des instances

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

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

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

Critère 2.d

Dialogue social et implication des personnels

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

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

Critère 2.e

Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement



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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La stratégie de l'établissement est ajustée en fonction du suivi.	Oui	
L'établissement analyse et compare ses résultats à ceux d'autres structures similaires (comparaison 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	A	
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	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'adéquation quantitative et qualitative des ressources humaines est régulièrement évaluée, et réajustée en fonction de l'activité et de l'évolution des prises en charge.	Oui	
Le dispositif de gestion des compétences est réajusté, en fonction de l'atteinte des objectifs des secteurs et de l'évolution des activités, notamment en cas d'innovation diagnostique et thérapeutique.	Oui	

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.b

Intégration des nouveaux arrivants

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.c

Santé et sécurité au travail

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

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

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.d

Qualité de vie au travail

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La qualité de vie au travail fait partie des orientations stratégiques de l'établissement.	Oui	
Un plan d'amélioration de la qualité de vie au travail est défini.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre		
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.	En grande partie	

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.a Gestion budgétaire

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

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

Oui

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.b

Amélioration de l'efficience

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

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.a

Système d'information

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

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

Partiellement

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.b

Sécurité du système d'information

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le dispositif est évalué, et fait l'objet d'actions d'amélioration.	En grande partie	

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.a

Sécurité des biens et des personnes

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

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

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.c

Qualité de la restauration

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

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

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

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.e

Fonction transport des patients

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

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

En grande partie

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.f

Achats écoresponsables et approvisionnements

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

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

Critère 6.g

Gestion des fonctions logistiques au domicile



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

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

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

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

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

Critère 7.a Gestion de l'eau

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

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une démarche globale de gestion de la qualité de l'eau est définie, et validée par l'EOH ou le CLIN (ou équivalents).	Oui	
La nature des effluents et les risques qu'ils génèrent sont identifiés.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un plan de maintenance préventive et curative des installations, élaboré avec l'EOH ou le CLIN (ou équivalents), est mis en oeuvre.	Oui	
Des contrôles périodiques de l'eau sont menés en lien avec l'EOH ou le CLIN (ou équivalents), et tracés.	Oui	

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

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

Critère 7.b Gestion de l'air

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une politique est définie en vue d'assurer la maîtrise du risque infectieux dans les zones à environnement maîtrisé.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
L'établissement est engagé dans la réduction des émissions atmosphériques globales.	En grande partie	
Des dispositions sont prévues en cas de travaux.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un plan et des procédures de surveillance et de maintenance de la qualité de l'air, en concertation avec l'EOH ou la CME et le CHSCT, sont mis en oeuvre.	En grande partie	

La traçabilité des différentes interventions est assurée.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les paramètres de la qualité de l'air font l'objet d'un suivi périodique.	Partiellement	Compte tenu de sa taille et de sa spécificité, l'établissement n'est pas dans l'obligation d'assurer un suivi périodique de la qualité de l'air qui ne se justifie pas. Toutefois, des mesures ponctuelles sont assurées.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	

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

Critère 7.c Gestion de l'énergie

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

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

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

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

Critère 7.d Hygiène des locaux

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

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

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

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

Critère 7.e Gestion des déchets

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

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

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

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

Critère 8.a

Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins



Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est formalisé.	Oui	Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins décline les thématiques retenues institutionnellement, assorties de leurs objectifs d'amélioration. Le programme est constitué d'actions précises pour l'ensemble des secteurs d'activité.
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. Il prend en compte l'analyse des événements indésirables, les risques associés aux soins, la politique du médicament, le développement des EPP et les actions d'amélioration issues de la précédente certification.
Les activités, réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins, sont prises en compte.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Le programme est soumis aux instances.	Oui	Le programme est présenté régulièrement en comité de direction et annuellement en CME.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Le programme est mis en œuvre dans l'ensemble des secteurs d'activité. Le programme identifie, pour chaque action, un ou plusieurs responsables et fixe le délai de réalisation souhaité.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	Oui	Chaque action du programme est suivie quant au respect des délais et de son état d'avancement. La taille de l'établissement favorise le partage d'expériences.
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 annuellement, tant au niveau des unités que de l'établissement. Pour comparer le niveau de qualité atteint par l'établissement, sont utilisées les données issues de QUALHAS.
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	Oui	Le programme et les objectifs sont évalués annuellement et donnent lieu, dans la continuité de l'évaluation, à un nouveau programme qualité et gestion des risques.

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

Critère 8.b

Fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins

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

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

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

Oui

Critère 8.d

Evaluations des risques à priori

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

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

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

Critère 8.e
Gestion de crise

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

Les procédures d'alerte pour les situations de crise et les plans d'urgence sont opérationnelles.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'appropriation des procédures est évaluée, suite à 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.	En grande partie	

Critère 8.f

Gestion des évènements indésirables



Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation est en place, afin d'assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.	Oui	Depuis 2002, l'établissement s'est organisé pour recueillir et analyser les événements indésirables. L'utilisation du support de signalement et le circuit de déclaration sont connus de tous les professionnels. Les différents systèmes de recueil d'événements indésirables, tels les plaintes et réclamations, vigilances et incidents graves, sont coordonnés au niveau de la directrice de l'établissement désignée gestionnaire des risques et du comité des vigilances et des risques.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.	Oui	Les professionnels sont formés à l'utilisation de la fiche d'événement indésirable. La directrice informe tous les nouveaux professionnels, sur l'utilisation du support de signalement et sur le circuit de déclaration et d'analyse.
Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	En grande partie	La gestionnaire des risques a suivi les formations « chef de projet qualité » et « gestion des risques ». L'établissement utilise les compétences extérieures d'un qualiticien pour asseoir ses compétences internes. Cependant, l'établissement n'a pas prévu le déploiement de la formation

	En grande partie	sur les outils spécifiques d'analyse des causes.
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée, en associant les acteurs concernés.	En grande partie	L'établissement rencontre peu d'événements indésirables graves. Il a réalisé une analyse des causes profondes de façon participative (gestionnaire des risques, professionnels concernés) et structurée lors d'une « intrusion d'une personne extérieure dans une chambre ». Toutefois, deux TS, déclarées en 2011, n'ont pas donné lieu à une analyse des causes profondes de ces situations identifiées par l'établissement comme « événement sentinelle ».
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions correctives sont mises en oeuvre suite aux analyses.	Oui	Les actions correctrices ont été immédiatement mises en places, et les actions correctives, en regard de l'analyse effectuée, ont été étendues et mises en œuvre sur l'ensemble des unités de l'établissement.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	Oui	L'établissement réalise une classification thématique et une analyse de tous les événements indésirables. La récurrence de certaines thématiques, telles que les chutes, fait l'objet d'une analyse des causes à l'échelle de l'établissement. Les actions correctives sont mises en œuvre et se prolongent, par exemple, pour les chutes par une EPP sur les psychotropes.
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	Oui	L'efficacité des actions correctives est évaluée à l'aide du tableau de bord des événements indésirables et de l'impact des démarches EPP engagées.

Critère 8.g
Maîtrise du risque infectieux



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

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

Critère 8.h
Bon usage des antibiotiques



Cotation	A	
Indicateur ICATB du tableau de bord des infections nosocomiales	Classe associée à la valeur du score ICATB	Constats
Score à disposition de l'établissement au moment de la visite.	A	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	
La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heure est inscrite dans le dossier du patient.	En grande partie	Les médecins réévaluent leur prescription d'antibiothérapie dans l'intervalle des 24 à 72 heures. Toutefois, la traçabilité de cette réévaluation n'est pas toujours retrouvée au dossier.

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

Critère 8.i

Vigilances et veille sanitaire

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

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

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

Critère 8.j Maîtrise du risque transfusionnel

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

Cotation	NA	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le dispositif d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle est en place.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les procédures relatives à la maîtrise du processus transfusionnel sont mises en oeuvre.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
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

Critère 8.k

Gestion des équipements biomédicaux

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

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

Critère 9.a
Système 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 CRU est constituée depuis plusieurs années ; elle est conforme à la réglementation, se réunit quatre fois par an et établit un bilan annuel. La procédure de gestion des plaintes et des réclamations décrit l'organisation mise en place pour la gestion des plaintes et réclamations ainsi que les responsabilités des personnes concernées (directrice, praticien, médiateur). Le dispositif d'information des usagers figure dans le livret d'accueil remis à l'admission.	
Le système de gestion des plaintes et des réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.	Oui	Toute plainte fait l'objet d'une fiche d'événement indésirable, discutée de façon informelle lors des rencontres des professionnels (quotidienne vue la taille de l'établissement) et de façon formalisée, dans le cadre du comité des vigilances et des risques (COVIR).	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	
Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	La procédure interne prévoit que les professionnels concernés sont associés à la réponse donnée au patient, à l'élaboration et la mise en œuvre, le cas échéant, d'actions correctives.	

Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre.	Oui	Une réponse systématique est adressée par la direction au patient qui a formulé une demande écrite. Si des actions correctives sont mises en place, elles lui sont expliquées.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et des réclamations, incluant le suivi du délai de réponse au plaignant, contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.	En grande partie	Le faible nombre de plaintes (il n'y a eu aucune plainte écrite en 2010) ne permet pas une exploitation quantitative. Les plaintes éventuelles sont traitées dès réception, et la CRU est informée lors de sa prochaine réunion ainsi que des réclamations formulées auprès de la direction.

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

Critère 9.b

Evaluation de la satisfaction des usagers

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

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

CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.a - Santé mentale

Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées.	Oui	
Un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance est réalisé en lien avec la CRU.	Oui	
La promotion de la bientraitance est intégrée dans les projets de l'établissement (projet médical, projet de soins, projet social, etc.).	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.	En grande partie	
Des actions, visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance, sont mises en oeuvre.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les actions, visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance, sont suivies et évaluées.	Partiellement	

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.b - Santé mentale

Respect de la dignité et de l'intimité du patient

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

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

En grande partie

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.c - Santé mentale

Respect de la confidentialité des informations relatives au patient

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

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

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.d - Santé mentale

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

Critère 10.e - Santé mentale

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



Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement.	Oui	Les documents institutionnels (projet d'établissement, manuel qualité, livret du patient) intègrent la promotion des libertés individuelles.
Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.	Oui	Les prises en charge se font sur le mode de l'hospitalisation libre, l'établissement ne possède pas de chambre d'isolement. Les mesures visant à limiter les libertés sont peu nombreuses, surtout concentrées en début de prise en charge.
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	Le projet médical de l'établissement, basé sur la compliance aux soins, a identifié et cherche à réduire les situations nécessitant une restriction de la liberté.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles.	Oui	Les médecins sont attentifs et sensibilisés au respect des libertés individuelles. Ils sensibilisent à leur tour l'équipe soignante, lors de leur visite quotidienne et des staffs.
La mise en oeuvre du respect des libertés individuelles est organisée.	Oui	La mise en œuvre du respect des libertés individuelles est organisée au travers de protocoles internes et du règlement intérieur qui fait l'objet d'un commentaire individualisé, à chaque entrant, par les personnels de l'admission et l'infirmière d'accueil.
La réflexion bénéfice-risque et la recherche du consentement du patient ou de son entourage concernant les restrictions de liberté font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante, intégrée dans le projet de soins personnalisé.	Oui	Les mesures de restriction des libertés font l'objet d'une évaluation au cas par cas, en concertation avec l'équipe soignante. Cette concertation intègre la réflexion bénéfice-risque et la recherche du consentement du patient.
Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.	Oui	Chaque situation de restriction de liberté fait l'objet d'une prescription écrite et tracée dans le dossier du patient. Sa réévaluation est quotidienne.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le respect des bonnes pratiques, en matière de préservation des libertés individuelles et de restriction de liberté, est évalué à périodicité définie, en lien avec les instances et structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRU, CME, CSIRMT, etc.).	Oui	Le respect des bonnes pratiques est évalué annuellement dans le rapport de la CRU, lors des bilans EPP et ponctuellement, si nécessaire, lors des réunions cliniques et institutionnelles.
Des actions d'amélioration, portant sur la préservation des libertés individuelles et sur la gestion des mesures de restriction de liberté, sont mises en place.	Oui	

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

Critère 11.a - Santé mentale

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

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

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

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

Critère 11.b - Santé mentale

Consentement et participation du patient

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

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

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

Critère 11.c - Santé mentale

Information du patient en cas de dommage lié aux soins

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

La démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est évaluée et améliorée.

Oui

Référence 12: La prise en charge de la douleur

Critère 12.a - Santé mentale
Prise en charge de la douleur



<h3>Cotation</h3>		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement, en concertation avec le CLUD (ou équivalent).	Oui	Le CLUD a défini une politique de prise en charge de la douleur, identifiant les modalités de cette prise en charge et les moyens pour y parvenir. La stratégie de prise en charge est déployée sur l'ensemble du secteur clinique de l'établissement.
Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonnes pratiques et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.	Oui	Un protocole de prise en charge à visée analgésique, adapté aux pathologies traitées, a été élaboré par le CLUD et soumis aux professionnels concernés. Ce protocole est en place depuis mars 2011, sa réactualisation est prévue. Il est connu et accessible à l'ensemble des soignants.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	En grande partie	Le médecin référent du CLUD a bénéficié de deux journées de formation en 2010. Elle est en relation régulière avec le CLUD du CHS, et participe aux échanges d'expérience dans le cadre des journées interCLUD régionales. Deux infirmières faisant partie du CLUD ont participé à deux journées de formation à Paris. Ces deux infirmières sont chacune référente douleur pour une des deux unités de soins de l'établissement. Elles assurent une formation de

	En grande partie	proximité pour leurs collègues, en attendant une formation prévue pour l'ensemble des personnels soignants médecins et infirmiers.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	Il n'y a pas de programme formalisé d'éducation thérapeutique à la douleur. L'éducation du patient à la prise en charge de la douleur est partiellement assurée par les infirmiers. Les patients algiques sont pris en charge par le psychiatre, qui les conduit à appréhender la part des mécanismes psychiques dans la genèse de leur trouble douloureux, pour mieux les surmonter. Le livret d'accueil mentionne l'existence du CLUD et ses missions.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La mesure de la douleur dans les deux unités de soins est organisée et tracée dans le dossier du patient. Il y a deux mesures initiales, médicale et infirmière, pour toute admission. Si le patient est algique, la mesure de la douleur sera répétée par l'infirmier jusqu'à sédation de la douleur après antalgique ou intervention médicale.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Le protocole de prise en charge du patient algique prévoit une conduite à tenir après antalgique pour s'assurer de son efficacité. La douleur est réévaluée et le traitement reconduit ou réajusté par le médecin, selon le résultat. Toutes les modifications sont tracées.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non-communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	En grande partie	L'évaluation de la douleur est évaluée par le biais d'échelles d'évaluation, mais aussi par le tableau clinique. Il n'est pas fait usage d'échelle d'hétéro-évaluation. L'établissement prend en charge des patients psychiatriques capables d'exprimer leur souffrance physique, et n'est pas confronté aux pathologies autistiques lourdes.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	Tous les mois, le médecin DIM organise, avec les infirmiers des unités de soins, une réunion sur les EPP, dont fait partie la prise en charge de la douleur, et s'assure ainsi de l'appropriation de la démarche. Il y a un référent douleur par unité, intervenant auprès de ses collègues et confortant leur implication. L'EPP du dossier prend en compte les fiches douleur.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	Le CLUD évalue, à chaque réunion, la qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur. La prise en charge de la douleur est une EPP menée par l'établissement et, à ce titre, est réévaluée à périodicité définie. L'EPP du dossier prend en compte les fiches douleur.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Les comptes-rendus du CLUD font état des actions d'amélioration proposées. Les infirmiers référents organisent leur mise en œuvre.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	En grande partie	Le médecin psychiatre référent du CLUD échange très régulièrement avec le médecin CLUD du CHS de proximité, et participe aux journées interCLUD régionales.

Référence 13: La fin de vie

Critère 13.a - Santé mentale

Prise en charge et droits des patients en fin de vie

Cotation	NA	
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.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, commission de soins, etc.).	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
--	----	---

PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

Référence 14: Le dossier du patient

Critère 14.a - Santé mentale
Gestion du dossier du patient



Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.	Oui	les règles de tenue du dossier sont formalisées dans les protocoles : procédure d'accueil administratif du patient, établissement du dossier patient, constitution du dossier infirmier, utilisation du dossier infirmier, circuit et protection du dossier patient, de l'admission à l'archivage, et sauvegarde informatique des données du dossier patient. Ces règles sont diffusées dans les services et aux médecins de l'établissement.
Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et diffusées.	Oui	La procédure « Circuit et protection du dossier patient » a formalisé les règles d'accès au dossier à toutes les étapes de la prise en charge. Cette procédure a été diffusée dans les services et aux médecins de l'établissement.
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	L'établissement a mis en place une organisation permettant de tracer, au fur et à mesure, les éléments constitutifs de l'ensemble des étapes de la prise en charge du patient depuis la préadmission jusqu'à sa sortie.

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	Le dossier est consultable en cours d'hospitalisation à tout moment dans les infirmeries. Les règles de communication sont définies dans le protocole « Circuit et protection du dossier du patient de l'admission à l'archivage ». La communication avec les correspondants externes se fait par lettres.
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.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur « Tenue du dossier patient », sa valeur est 91 % pour l'indice de confiance [89 % - 93 %] pour la campagne 2010. Il n'a pas mis en place d'autres modalités d'évaluation.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Depuis plusieurs années, le dossier patient a été amélioré, notamment par l'inclusion de fiches supplémentaires, suite aux évaluations menées par le médecin DIM et discutées lors des CME, des staffs EPP et des réunions de services.

Référence 14: Le dossier du patient

Critère 14.b - Santé mentale
Accès du patient à son dossier



Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'accès du patient à son dossier est organisé.	Oui	L'accès du patient à son dossier est spécifié dans le livret d'accueil. Les services administratifs et la secrétaire médicale organisent cet accès en lien avec le personnel soignant.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.	Oui	Le patient est informé des droits d'accès à son dossier dans le livret d'accueil remis à l'admission. La directrice, la secrétaire médicale et les médecins sont les garants de cet accès dans les délais prévus par la loi.
L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	Oui	Le faible nombre de demandes facilite l'accès du patient à son dossier dans des délais compatibles avec ses besoins. Les demandes sont traitées par la direction au fur et à mesure de leur arrivée.
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 directrice est chargée du suivi des conditions d'accès. Le faible nombre de demandes (quatre en 2010) n'a pas rendu nécessaire une analyse quantitative. Toutefois, l'établissement a décidé d'enregistrer, dès 2011, les dates de réception des demandes et d'envoi des dossiers.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	En grande partie	Le rapport de la CRU fait état, en 2010, de quatre demandes avec communication du dossier. L'ensemble des demandes a été réalisé dans les délais légaux. Toutefois, il n'y a pas eu de suivi d'actions d'amélioration.

Référence 15: l'identification du patient

Critère 15.a - Santé mentale

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	L'organisation, permettant de garantir la fiabilité de l'identification du patient, est définie dans plusieurs procédures, notamment la procédure d'admission et d'établissement du dossier du patient et la procédure d'identification pendant l'entretien avec l'infirmière, et tout au long du circuit du médicament. Toutefois, il n'existe pas de politique formelle d'identification et de rapprochement d'identité ni de charte d'identitovigilance.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	En grande partie	Les personnels ont été sensibilisés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification au travers d'un quizz. Le logiciel utilisé signale systématiquement les doublons d'identité. Il n'a pas été jugé nécessaire de mettre en place une formation spécifique à l'identitovigilance.
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Les personnels de l'accueil administratif mettent en œuvre la procédure d'admission administrative qui prévoit la vérification de la carte d'identité, de sécurité sociale et de mutuelle, le cas échéant.

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	Les professionnels de santé vérifient l'identité du bénéficiaire lors de l'admission de son traitement. Cette vérification est tracée dans le dossier infirmier.
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, audit), et les erreurs sont analysées et corrigées.	Oui	Ces dernières années, aucune erreur d'identitovigilance n'a été signalée. Le remplissage systématique d'une fiche d'événement indésirable est de nature à évaluer la fiabilité de l'identification du patient, et de mettre en œuvre les améliorations adaptées.

PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

Référence 16: l'accueil du patient

Critère 16.a - Santé mentale 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.	Oui	
Des dispositions sont prises afin d'assurer la prise en charge ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de prise en charge.	Oui	

Le personnel est formé à l'accueil et à l'écoute du patient.	Oui	
Le délai prévisible de prise en charge est annoncé.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le dispositif d'accueil du patient est évalué.	En grande partie	
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 - Santé mentale

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

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

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

Critère 17.b

Prise en charge somatique des patients



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

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un projet de prise en charge somatique est formalisé.	Partiellement	L'établissement a mené une réflexion sur la prise en charge somatique des patients, et mis en place plusieurs actions concourant à structurer cette prise en charge et à formaliser sa mise en œuvre. Cependant, l'établissement n'a pas défini un projet formalisé.
Le recours aux avis spécialisés est organisé et formalisé.	Oui	L'établissement a mis en place des conventions avec des structures de soins somatiques et des praticiens libéraux. Leurs coordonnées sont connues des utilisateurs et actualisées.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation initiale du patient comprend un volet somatique.	Oui	Le dossier de soins comporte une rubrique permettant la traçabilité des antécédents médicaux et des traitements à visée somatique. Dès l'entretien initial, le psychiatre de l'établissement évalue la nécessité du recours à l'intervenant somatique adapté, qui se déplace sans délai sur la structure. Il existe un support de traçabilité de la demande médicale motivée ainsi que du compte-rendu du praticien interpellé.

Un suivi somatique du patient est organisé tout au long de la prise en charge.	Oui	Sur la demande du psychiatre de l'établissement ou à l'initiative du somaticien concerné, un examen somatique est réalisé à périodicité définie en fonction de l'état de santé du patient. Les données sont accessibles aux personnes habilitées. Les besoins spécifiques sont pris en compte, et particulièrement la prise en charge de la douleur, les besoins fondamentaux des personnes âgées, des patients porteurs d'une maladie chronique ou d'un handicap.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'organisation de la prise en charge somatique est évaluée, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Partiellement	<p>Il n'y a pas d'évaluation portant sur l'organisation de la prise en charge somatique.</p> <p>Cependant, l'établissement a mené une EPP sur le dossier médical amenant une modification de son contenu et l'introduction d'item somatique dans l'évaluation initiale du patient, tels que les antécédents médicaux ou les traitements à visée somatique. Un audit du dossier a permis d'évaluer une utilisation optimisée de ces nouvelles rubriques.</p> <p>Des EPP portent sur des thèmes somatiques telles les comorbidités chez le patient alcoolo-dépendant, les troubles cardiaques, les troubles du sommeil, les troubles métaboliques ou la douleur. Des actions d'amélioration ont été mises en place, et d'autres restent à développer.</p>

Critère 18.a - Santé mentale

Continuité et coordination de la prise en charge des patients



Cotation	B	
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	La CME a défini les règles de présence et le système de gardes et astreintes permettant d'assurer la continuité des soins 24h/24. Elle a désigné la personne chargée d'élaborer le tableau de garde, et définit les conduites à en cas d'absence d'un praticien. Les tableaux de garde sont disponibles et accessibles aux professionnels concernés.
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.	En grande partie	Le projet médical et le manuel de management de la qualité posent le principe de réunions de concertation entre soignants, sans en formaliser par écrit les modalités. Les modalités de ces réunions de coordination font l'objet d'un consensus pour l'ensemble des professionnels. Elles sont connues et accessibles aux personnels concernés.
Des modalités de transmission d'informations, entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs, sont définies.	En grande partie	Les modalités de transmission d'information, entre les secteurs d'activité et les intervenants extérieurs, sont connues des professionnels concernés, mais ne sont pas formalisées par écrit. Des supports sont dédiés pour la transmission de ces informations.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Les secteurs d'activité collaborent pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	En grande partie	L'établissement compte un secteur d'activité clinique et un secteur d'activité médico-technique. Les modalités de collaboration entre le secteur d'activité clinique et la pharmacie ne sont pas formalisées. La pharmacienne, nouvellement arrivée, assiste aux CME. L'informatisation de la prescription médicamenteuse amène un échange quotidien entre la pharmacienne et les secteurs d'activité, sous forme d'échanges par courriels ou d'alertes concernant les prescriptions.
Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur, lorsque l'état du patient le nécessite.	Oui	L'établissement a mis en place des conventions de recours aux spécialistes à l'extérieur de l'établissement.
Un ou des professionnels référents sont désignés pour la prise en charge du patient.	Oui	Il existe pour chaque patient un psychiatre référent et deux infirmières référentes, identifiées et connues par lui et les autres professionnels.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La continuité et la coordination de la prise en charge sont évaluées, notamment au regard des événements indésirables, et des actions d'amélioration sont menées.	Partiellement	Il n'y a pas de dispositif d'évaluation structuré portant sur les mécanismes de continuité et de coordination de la prise en charge. Il existe une procédure de signalement d'événements indésirables susceptible de concerner la continuité et la coordination des soins. Des actions d'amélioration, portant sur les supports de transmission de l'information, ont été réalisées à la suite de l'évaluation du dossier du patient.

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

Critère 18.b - Santé mentale

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Enfants et adolescents

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes âgées

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

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

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	Partiellement	L'établissement a engagé une réflexion sur la prise en charge de patients porteur maladie chronique, mais il n'y a pas de projet formalisé. Le projet d'un guide de prise en charge de personnes atteintes de diabète n'a pas abouti. Une reflexion pluridisciplinaire est engagée sur les modalités de prise en charge de patient porteurs de rhumatismes chroniques ou de fibromyalgie. Le projet de prise en charge de patients alcoolo-dépendants est initié avec la fiche de questionnaire d'accueil les concernant.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.	Oui	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Oui	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.	En grande partie	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes atteintes d'un handicap

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes démunies

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	En grande partie	Les personnels du bureau des entrées connaissent la procédure de prise en charge des personnes démunies à mettre en œuvre, ainsi que toute personne démunie justifiant d'une hospitalisation est admise dans l'établissement. Toutefois, la procédure n'est pas, à ce jour, formalisée.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.	Oui	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes détenues

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

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

Critère 19.b - Santé mentale
Troubles de l'état nutritionnel

Cotation		
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		
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.	Partiellement	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » et de sa valeur de 13 %, avec un intervalle de confiance à 95 % = [5 % - 20 %] pour la campagne 2010.

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.c - Santé mentale

Risque suicidaire

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

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

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Oui	
Tout suicide ou tentative de suicide, intervenant dans le temps de la prise en charge, fait l'objet d'une analyse pluriprofessionnelle, en particulier psychiatrique, et formalisée.	En grande partie	L'établissement analyse, en équipe pluridisciplinaire, tous les suicides ou tentatives de suicide. Cependant, deux TS déclarées en 2011 n'ont pas donné lieu à une analyse des causes profondes de ces situations identifiées par l'établissement comme « événement sentinelle ».
Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.d

Hospitalisation sans consentement

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

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

L'adhésion du patient à sa prise en charge est recherchée tout au long de son hospitalisation.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les modalités des hospitalisations sans consentement sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

Critère 20.a - Santé mentale

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.	En grande partie	L'établissement a défini en CME sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, en concertation avec le pharmacien et les soignants. Cette politique prend en compte l'arrêté du 16 avril 2011 relatif au management de la prise en charge médicamenteuse, l'informatisation du circuit du médicament, le développement des EPP liées à la prescription de psychotrope et l'utilisation croissante de générique. Cependant, cette politique définie n'est pas, à ce jour, formalisée et, de ce fait, ne comporte pas d'objectifs précis ni d'indicateurs de suivi.
Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.	Oui	Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est abouti et intégré au schéma directeur du système d'information. Les étapes de déploiement ultérieur, telle l'extraction automatique des données de facturation des médicaments non psychotropes, sont identifiées.

Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Il existe des outils d'aide à la prescription et à l'analyse pharmaceutique, à savoir la base Claude Bernard intégrée au logiciel informatique et le livret thérapeutique. Un protocole de soin encadre l'administration des traitements par les infirmiers. Les outils sont validés, actualisés et accessibles aux professionnels.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	La sensibilisation des professionnels à la prévention des erreurs médicamenteuses est assurée au niveau des prescriptions informatisées par l'affichage automatique des interactions médicamenteuses. Les experts ont constaté en service l'appropriation par les professionnels infirmiers des règles d'édition des plans de soins après toute modification de traitement. Un référent infirmier, responsable pharmaceutique, est identifié dans chaque unité.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation du circuit du médicament est aboutie. Le déploiement du projet est achevé, et les professionnels formés à l'utilisation.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	En grande partie	La prise en charge médicamenteuse fait l'objet d'un suivi quantitatif et budgétaire par unité d'hospitalisation. Plusieurs EPP sur la pertinence des médicaments psychotropes sont en cours dans l'établissement. Cependant, il n'existe pas de dispositif structuré d'évaluation à chaque étape du circuit du médicament.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Partiellement	Le recueil des erreurs médicamenteuses est réalisé par la fiche d'événements indésirables. Toutefois, aucune erreur médicamenteuse n'a été recensée.

<p>Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Suite aux audits réalisés en 2011 sur les procédures « Prescription médicamenteuse partie pharmacie » et « Prescription médicamenteuse IDE », les éléments de non-conformités relevés ont été traités et communiqués aux professionnels. Cependant, il n'existe pas de plan d'actions structuré d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse.</p>
---	-------------------------	---

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a bis - Santé mentale

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	La prescription est totalement informatisée. Les règles de prescription existent, et le support unique est celui du logiciel installé.
La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.	Oui	Toutes les hospitalisations sont programmées. L'établissement est organisé pour informer le patient ou la famille de la nécessité de ne pas disposer de médicaments à l'admission. Une prescription du traitement en cours, au moment de l'admission, est fournie, et le retrait du traitement personnel est réalisé par les infirmiers. Les prescriptions à l'admission et les ordonnances de sortie tiennent compte du traitement dont disposait le patient avant son hospitalisation, y compris pour la prescription de stupéfiant ou produit de substitution.
Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont définies.	En grande partie	La sécurisation de la dispensation du médicament est assurée par une analyse et une validation pharmaceutique de toutes les prescriptions et modifications de traitement. La délivrance est globalisée pour l'ensemble des traitements psychiatriques, et nominatives pour les traitements

	<p>En grande partie</p> <p>somatiques. La composition des piluliers est effectuée par les infirmiers, avec une vérification supplémentaire lors de l'administration. La dotation pour les besoins urgents est réalisée au niveau des réserves des armoires à pharmacie sécurisées des unités, et la réponse aux demandes urgente est protocolisée en interne avec un établissement extérieur. L'acheminement des médicaments vers les unités de soins est réalisé avec des containers sécurisés.</p> <p>Toutefois, pour certaines spécialités, le conditionnement unitaire des médicaments, comportant leur identification jusqu'au moment de l'administration, n'est pas rendu possible. L'optimisation des stocks à la PUI et dans les services n'est pas réalisée en l'absence d'informatisation de cette partie du circuit du médicament.</p>	
<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement a formalisé les règles d'administration des traitement dans la procédure « Préparation et administration des médicaments », révisée et validée en février 2011. La traçabilité de l'administration s'effectue directement sur le logiciel ad hoc. Les professionnels sont formés à la gestion et au rangement des médicaments selon la méthode « First In First Out » (premier entré, premier sorti), et tracent le contrôle de l'armoire à pharmacie et la température des réfrigérateurs.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
<p>Les règles de prescription sont mises en oeuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Compte tenu de la valeur du critère « Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation » de l'indicateur « Tenue du dossier » et de sa valeur de 100 % pour la campagne 2010.</p>
<p>Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Hors week-end et jours fériés, l'analyse pharmaceutique est effectuée pour chaque prescription ou modification de traitement. Toutefois, la délivrance nominative n'est engagée que pour les seuls traitements somatiques. Les infirmiers préparent les piluliers pour l'ensemble des traitements à administrer.</p>

Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	Les référents médicaux et infirmiers informent, tout au long de l'hospitalisation et à la sortie, les patients du bon usage et des effets secondaires des médicaments. Cette information est structurée. Toutefois, la traçabilité de cette information n'est pas retrouvée au dossier patient.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	Les infirmiers valident l'administration de chaque médicament, y compris pour les prescriptions si besoin à toutes les heures de prise de médicaments. Toutefois, cette validation n'est pas assurée en temps réel, mais à l'issue de l'administration de tous les traitements.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Partiellement	L'établissement a réalisé un audit en 2007 et un audit partiel du circuit du médicament en 2011.
Des actions, visant le bon usage des médicaments, sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	L'établissement a engagé de nombreuses EPP de pertinence sur les prescriptions de médicaments psychotropes.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.b - Santé mentale

Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

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

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

La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.	En grande partie	
Des actions d'amélioration et leurs suivis sont mis en oeuvre.	Partiellement	

Critère 21.a - Santé mentale

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

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles, relatives au circuit du traitement des examens de biologie médicale ou d'anatomo-cytopathologie, sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et le laboratoire.	Oui	
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen de biologie médicale.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre		
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.

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

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

Critère 22.a - Santé mentale

Demande d'examen et transmission des résultats

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

L'établissement coordonne la réalisation des examens prescrits par le médecin traitant ou hospitalier.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en 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.	Oui	

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

Critère 22.b

Démarche qualité en service d'imagerie

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

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

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

Critère 23.a - Santé mentale

Education thérapeutique du patient

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'offre de programmes d'éducation thérapeutique, au sein de l'établissement et au sein du territoire de santé, est identifiée.	Oui	
Les maladies ou situations nécessitant l'élaboration d'une démarche structurée d'éducation thérapeutique du patient (ETP), intégrée à sa prise en charge, sont identifiées.	Oui	
Une coordination avec les professionnels extra-hospitaliers et les réseaux est organisée.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Selon la nature des besoins et des attentes des patients, des programmes d'ETP autorisés sont proposés aux patients et mis en oeuvre ; si l'établissement de santé ne met pas en oeuvre de programme autorisé, il lui est demandé de	Partiellement	L'établissement, selon les besoins, propose dans le cadre d'une prise en charge individuelle une démarche d'éducation thérapeutique incluant pour le patient ses capacités d'insight, de reconnaissance des symptômes prodromiques de rechute et sa compliance au traitement, en particulier

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	pour les sujets souffrant de schizophrénie et troubles de l'humeur. Cependant, cette démarche n'est pas encore structurée en tant que programme d'éducation thérapeutique.
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).	Partiellement	L'établissement s'appuie sur les compétences acquises, en particulier compétences médicales pour transférer une expérience d'éducation thérapeutique en structure de soins ambulatoires sur l'hospitalisation temps plein. Toutefois, la formation à l'ETP n'est pas inscrite au plan de formation.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation des conditions d'accès et de mise en oeuvre des programmes d'ETP (patients, professionnels de santé impliqués) donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	

Référence 24: La sortie du patient

Critère 24.a - Santé mentale

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.	En grande partie	Compte tenu de la classe de l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » et de sa valeur de 49 %, avec un intervalle de confiance à 95 % de [38 % - 60 %] pour la campagne 2010.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation ». Il n'a pas mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	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	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi des temps d'attente et de passage, selon le degré d'urgence, est en place.	NA	
Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements sont réalisés.	NA	
Les actions d'amélioration sont définies avec les professionnels ainsi que les représentants des usagers, et sont mises en oeuvre.	NA	

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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.	
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.	
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, établit les responsabilités et les modalités d'élaboration, de régulation des programmes opératoires.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.	

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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un responsable régule les activités du bloc opératoire, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en oeuvre pour toute intervention de l'équipe opératoire.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes incluant les vérifications effectuées est assurée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficience, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est assuré, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

Critère 26.b - Radiothérapie

Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur



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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.	
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.	
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.	
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.	
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un recueil et une analyse des événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La réalisation d'audits, le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

Critère 26.b - Médecine nucléaire

Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur



<h2>Cotation</h2>		
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un recueil et une analyse des événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La réalisation d'audits, le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

Critère 26.b - Endoscopie

Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur



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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un recueil et une analyse des événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La réalisation d'audits, le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.c

Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique

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

Cotation	NA	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement a formalisé sa participation aux activités ou à un réseau de prélèvement d'organes et de tissus.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique, et sont formés, notamment en matière d'information des familles.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Dans les établissements autorisés, les bonnes pratiques de prélèvement sont mises en oeuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

Les activités relatives au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
--	----	---

Référence 27: Les activités de soins de suite et de réadaptation

Critère 27.a

Activités de soins de suite et de réadaptation

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

PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.a

Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles



Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique ou médico-technique organisent la mise en oeuvre des démarches d'EPP.	Oui	
Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées, dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mettent en 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	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.	Oui	
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique évaluent l'organisation mise en place, afin de favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP.	Oui	

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.b

Pertinence des soins

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

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

Oui

Critère 28.c

Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique



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

L'établissement révise régulièrement la liste des indicateurs analysés.

Oui

6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Les indicateurs généralisés actuellement recueillis

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

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

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

Eléments 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.

7.BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE