



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

# **RAPPORT DE CERTIFICATION V2010**

## **CLINIQUE VICTOR HUGO**

18 rue victor hugo - 72015 - Le Mans

DÉCEMBRE 2012

# SOMMAIRE

<b>PREAMBULE</b>	<b>4</b>
1. Les objectifs de la certification des établissements de santé	5
2. Les niveaux de certification	6
<b>1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>8</b>
<b>2. DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	<b>10</b>
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
<b>3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS</b>	<b>17</b>
1. Le positionnement de l'établissement sur l'ensemble des thématiques	20
2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires	22
3. Regard Patient	24
<b>4. SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	<b>24</b>

<b>5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES</b>	<b>27</b>
<b>CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	<b>29</b>
PARTIE 1. Management stratégique	30
PARTIE 2. Management des ressources	55
PARTIE 3. Management de la qualité et de la sécurité des soins	96
<b>CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT</b>	<b>123</b>
PARTIE 1. Droits et place des patients	124
PARTIE 2. Gestion des données du patient	149
PARTIE 3. Parcours du patient	157
PARTIE 4. Prises en charge spécifiques	208
PARTIE 5. Evaluation des pratiques professionnelles	222
<b>6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	<b>229</b>
<b>7. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE</b>	<b>231</b>

# PREAMBULE

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

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

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

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

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

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

Elle ne note pas les professionnels de santé.

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

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

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

## 2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

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

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

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

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

# 1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT



# CLINIQUE VICTOR HUGO

**Adresse :** 18 rue victor hugo  
72015 Le Mans SARTHE

**Statut :** Privé

**Type d'établissement :** Etablissement privé à but lucratif

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Court séjour	35	23	0

Nombre de sites.:	Un seul site.
Activités principales.:	Activité principale : médecine oncologique.
Activités de soins soumises à autorisation.:	Autorisation pour : - activité de traitement du cancer par chimiothérapie ; - hospitalisation à temps partiel de médecine ; - hospitalisation conventionnelle de médecine (reconnaissance de 14 lits identifiés en soins palliatifs).
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	/

## Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	La clinique Victor-Hugo est située à côté du centre Jean-Bernard où se trouve installé tout un plateau technique (radiothérapie, médecine nucléaire, consultations, laboratoire d'analyses médicales, service d'imagerie). Cette installation permet une fluidité et une rapidité dans la prise en charge des patients atteints de cancer.
Regroupement/Fusion.:	/
Arrêt et fermeture d'activité.:	Arrêt de la curiethérapie.
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.

## 2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

La sécurité incendie. Bien que l'établissement ait un avis favorable de la commission de sécurité, il n'a pas finalisé la mise en œuvre de toutes les actions d'amélioration pour lever l'ensemble des prescriptions prononcées suite à ces contrôles externes.

la Haute Autorité de Santé a constaté l'absence de contrôles réglementaires sur:

Le circuit du médicament (contrôle trop ancien), les infrastructures, les déchets et les produits sanguins labiles.

### 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 25/09/2012 au 28/09/2012.

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

##### **MANAGEMENT STRATÉGIQUE**

1.f, 2.e

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

3.a, 3.b, 6.a, 6.c, 7.b, 7.c

##### **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.e Court Séjour, 11.a Court Séjour, 11.c Court Séjour, 12.a Court Séjour, 13.a Court Séjour

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

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

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

18.b Court Séjour, 19.a Personnes détenues, 19.a Patients porteurs de maladie chronique, 19.a Personnes âgées, 19.a Personnes atteintes d'un handicap, 19.a Personnes démunies, 19.b Court Séjour, 19.c Court Séjour, 20.a Court Séjour, 20.a bis Court Séjour, 20.b Court Séjour, 23.a Court Séjour, 24.a Court Séjour

##### **PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES**

26.c

##### **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)
- Maîtrise du risque infectieux (8.g)
- Système de gestion des plaintes et des réclamations (9.a)
- Prise en charge de la douleur (12.a)
- Prise en charge et droits des patients en fin de vie (13.a)
- Gestion du dossier du patient (14.a)
- Accès du patient à son dossier (14.b)
- Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge (15.a)
- Prise en charge somatique des patients (17.b)
- Management de la prise en charge médicamenteuse du patient (20.a)
- Prise en charge médicamenteuse du patient (20.a bis)
- Prise en charge des urgences et des soins non programmés (25.a)
- Organisation du bloc opératoire (26.a)
- Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur (26.b)

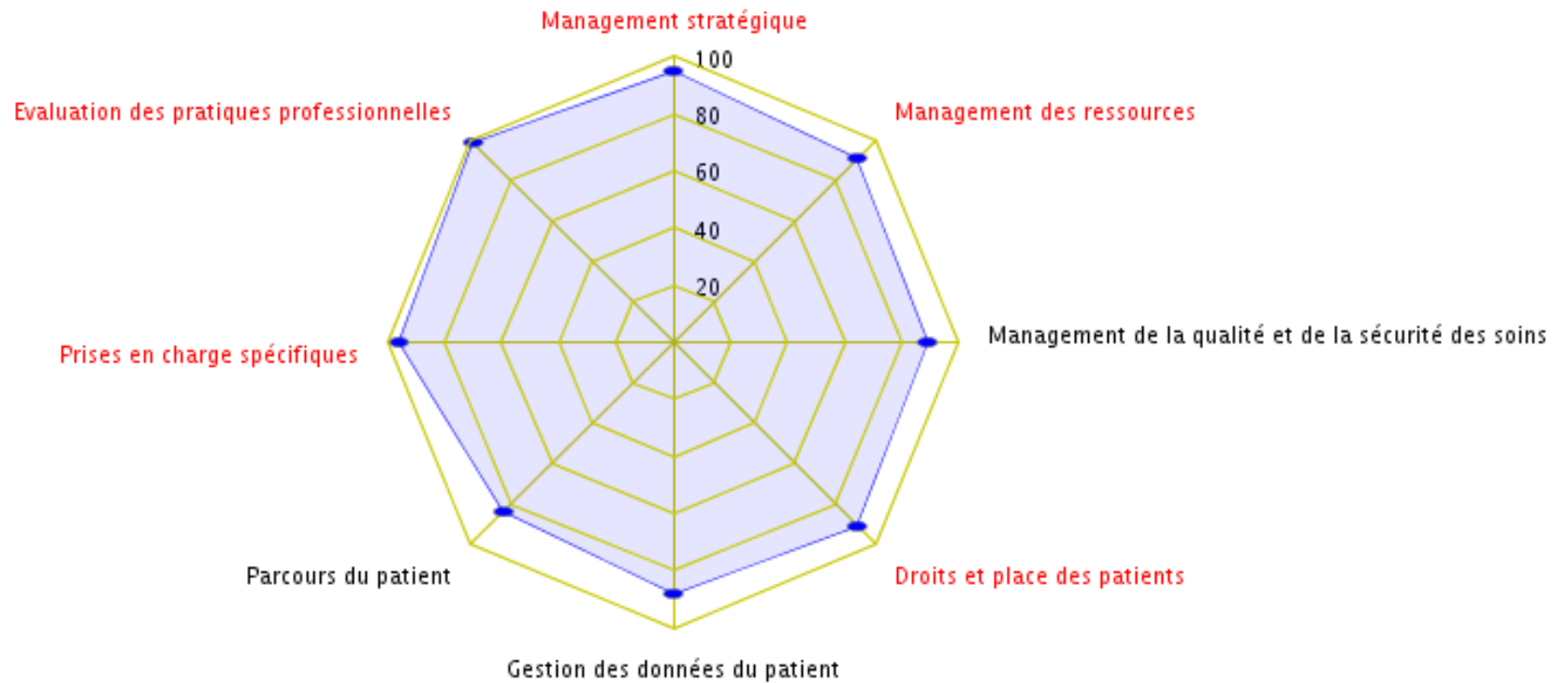
Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement.

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

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

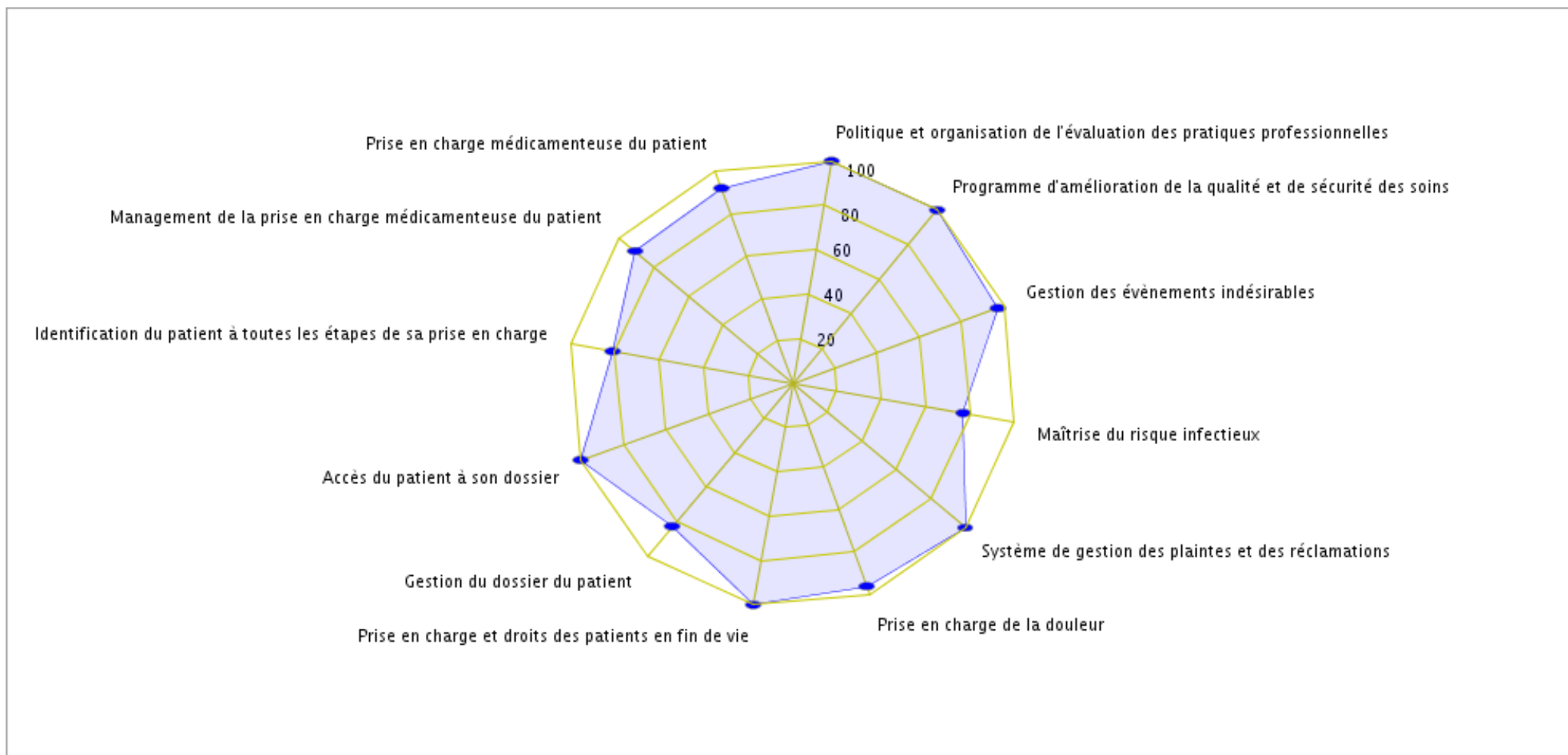
- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (10a),
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b),
- Respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c),
- Accueil et accompagnement de l'entourage (10d),
- Information du patient sur son état de santé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

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

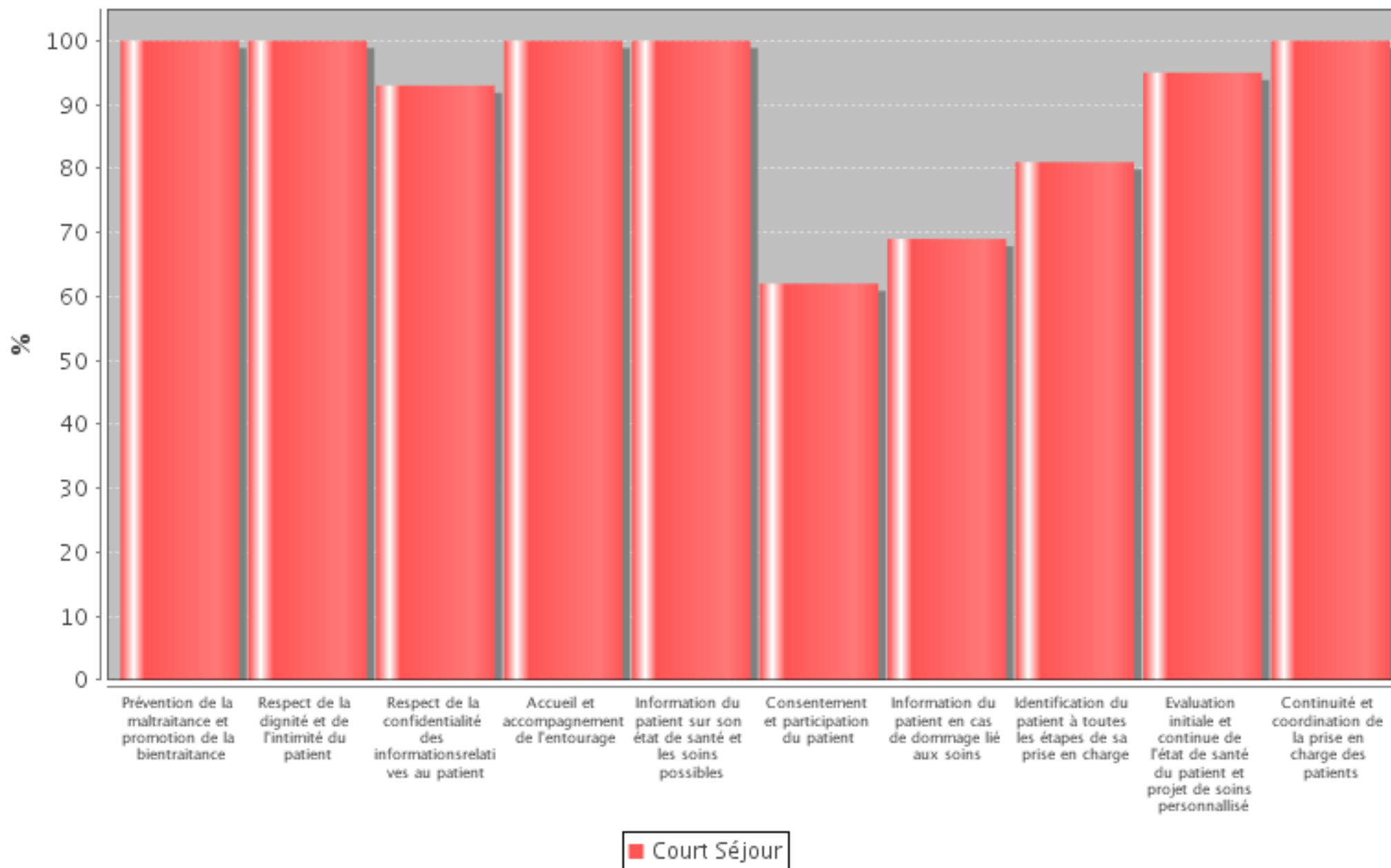


Les libellés des points fort (> 90%) sont en rouge.

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



### 3. Regard patient



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

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



## 5.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

# CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

# PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

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

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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Un volet développement durable est intégré dans les orientations stratégiques.

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui

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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

### Critère 1.c Démarche éthique

## Cotation

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

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

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

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

Oui



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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

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

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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

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

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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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



**Cotation**

A

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

La démarche qualité fait partie intégrante de la politique de l'établissement. Les démarches d'EPP concourent à l'amélioration de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des soins avec les études de pertinence et sont totalement en lien avec les pratiques exigibles prioritaires de la HAS. Ces thèmes d'EPP ont été discutés avec les membres des groupes de travail du CLIN, CLUD, CLAN et validés par le président et les médecins de la CME. Les démarches d'EPP et leurs orientations sont inscrites dans le programme qualité et gestion des risques 2012-2017.

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

Oui

Les EPP sont proposées par les différents comités en place dans l'établissement puis validées par la CME en partenariat avec la direction de l'établissement. Les thèmes découlent des différentes problématiques qui peuvent être soulevées lors des réunions des comités, de l'analyse des fiches d'événements indésirables et des pratiques exigibles prioritaires. Dans ces différents comités sont présents des professionnels du soin et des gestionnaires.

<p>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.</p>	<p>Oui</p>	<p>Chaque EPP à développer est intégrée aux objectifs du comité concerné. Ces objectifs sont validés en CME. Une commission d'EPP opérationnelle (sous-commission de la CME) est en place et valide les thèmes proposés, elle fait le point sur l'avancée des EPP, accompagnée par les responsables de la cellule qualité et gestion des risques qui se chargent de centraliser les thèmes. Les missions des RAQ concernant l'EPP sont formalisées dans leurs fiches de poste. Les champs des EPP couvrent toutes les activités de l'établissement.</p>
<p><b>E2 Mettre en oeuvre</b></p>	<p><b>Réponses aux EA</b></p>	<p><b>Constats</b></p>
<p>Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en œuvre de l'EPP.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'accompagnement des professionnels pour la mise en place des EPP est réalisé par le service qualité qui propose la documentation, les bibliographies et la méthodologie. La cellule qualité participe aux groupes de travail sur les EPP en partenariat avec la commission EPP et suit l'avancement des travaux. Des formations externes sont proposées aux professionnels participant à la gestion des risques sur le chemin clinique et l'analyse des dysfonctionnements.</p>
<p>L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.</p>	<p>Oui</p>	<p>Une synthèse des EPP est réalisée avec les actions identifiées qui en découlent. Chaque année, la cellule qualité réalise les bilans d'activité des différents comités permettant ainsi de constater l'état d'avancement des démarches d'EPP, recensé sur un tableau de bord. Les groupes de travail évaluent les actions afin de déterminer les bienfaits de celles-ci après leur mise en œuvre.</p>
<p>Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les comptes-rendus des différents comités et les résultats des EPP sont diffusés aux professionnels par voie d'affichage dans les lieux stratégiques. Une réunion spécifique EPP a été menée auprès des professionnels afin de les informer des démarches mises en place. Des formations ponctuelles dites "flash" sont également réalisées pour le personnel par les professionnels membres des groupes de travail, ces formations faites par des professionnels pour d'autres professionnels dynamisent les EPP.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	<p>Les résultats des EPP sont présentés à chaque comité concerné qui propose des axes d'amélioration, à la CME et, selon les thèmes, ils font également l'objet d'une présentation générale aux professionnels (en interne et éventuellement en externe). Pour les présentations en externe, le groupe de retour d'expérience (GREX) ambulatoire au forum Hôpital de jour a proposé, sponsorisé par un laboratoire, les résultats de l'étude Palliachim avec la présentation de posters. Par exemple, l'établissement a également réalisé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une présentation des résultats de l'EPP "Évaluation de la dénutrition en cancérologie" lors de la journée régionale sur les soins palliatifs à Tours, suite à cette démarche d'évaluation mise en place lors de la certification V2, des formations auprès des professionnels ont été organisées (formation avec élaboration du quadryptique) ;</li> <li>- une présentation des résultats de l'EPP sur les complications des chambres à cathéter implantable et l'élaboration d'une conduite à tenir pour les IDE libérales.</li> </ul>
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	Oui	<p>Les EPP sont définies au minimum chaque année lors de la présentation de l'ensemble des bilans des comités à la CME. D'autres EPP peuvent également être proposées tout au long de l'année en fonction des problématiques soulevées et des modifications de prises en charge.</p>



## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

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

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

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

### Critère 2.a

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

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

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

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

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

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

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

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

### Critère 2.c Fonctionnement des instances

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

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



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

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

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

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

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



Cotation	A	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les tableaux de bord comprennent des indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés à la conduite du projet d'établissement.	Oui	
L'établissement a défini une stratégie de communication des résultats des indicateurs, des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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).	Oui	

## PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

### Référence 3: La gestion des ressources humaines

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

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

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

## Référence 3: La gestion des ressources humaines

### Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants

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

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



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

### Référence 3: La gestion des ressources humaines

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

**Cotation**

B

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

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

Partiellement

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

**E3 Evaluer et améliorer**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

## Référence 4: La gestion des ressources financières

### Critère 4.a Gestion budgétaire

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

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

## Référence 4: La gestion des ressources financières

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

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

## Référence 5: Le système d'information

### Critère 5.a Système d'information

**Cotation**

B

**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.

Partiellement

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Le système d'information facilite l'accès en temps utile à des informations valides.

En grande partie

Le système d'information aide les professionnels dans leur processus de décision.

Oui

**E3 Evaluer et améliorer**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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



## Référence 5: Le système d'information

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

## Cotation

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.

Partiellement

### 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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Critère 6.c Qualité de la restauration

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

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



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

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

### Critère 6.d Gestion du linge

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

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

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

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

### Critère 6.e Fonction transport des patients

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

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

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

### Critère 6.f Achats écoresponsables et approvisionnements

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les secteurs d'activité utilisateurs sont approvisionnés à périodicité définie et en cas d'urgence.	Oui	
L'établissement initie une démarche d'achat éco-responsable pour certains produits ou services.	Oui	

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

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

**Critère 6.g**  
**Gestion des fonctions logistiques au domicile**



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

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



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

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

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

### Critère 7.a Gestion de l'eau

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

**Cotation**

A

#### **E1 Prévoir**

#### **Réponses aux EA**

#### **Constats**

Une démarche globale de gestion de la qualité de l'eau est définie, et validée par l'EOH ou le CLIN (ou 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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	

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

### Critère 7.b Gestion de l'air

## Cotation

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Une politique est définie en vue d'assurer la maîtrise du risque infectieux dans les zones à environnement maîtrisé.

Oui

L'établissement est engagé dans la réduction des émissions atmosphériques globales.

Partiellement

Des dispositions sont prévues en cas de travaux.

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

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

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

### Critère 7.c Gestion de l'énergie

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

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

Un diagnostic énergétique est réalisé.

Non

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.

Oui

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.	Non	



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

### Critère 7.d Hygiène des locaux

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

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

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

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

### Critère 7.e Gestion des déchets

## Cotation

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

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

Oui

Les procédures de gestion des déchets sont établies.

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Le tri des déchets est réalisé.

Oui

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

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

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

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est formalisé.	Oui	La politique qualité est définie et déclinée en actions dans le programme qualité et gestion des risques qui est inclus dans le manuel d'assurance qualité. Les orientations et objectifs d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques sont élaborés en fonction des réflexions et des résultats des groupes de travail mis en place (CLIN, CLUD, CLAN) qui organisent audits et inspections. Les groupes de retour d'expérience (GREX) permettent suite à l'exploitation des fiches d'évènements indésirables analysées de formaliser des actions.
Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements, ainsi que les risques majeurs et récurrents.	Oui	L'analyse des dysfonctionnements, les risques qui en découlent et leurs récurrences sont pris en compte dans le programme qualité et gestion des risques. Les objectifs sont élaborés en fonction de la réglementation (ex. : CBUM), des résultats d'audits, de l'analyse des fiches d'évènements indésirables (ex. : chute de patient), des plaintes et des réclamations et également des risques a priori. Un bilan des fiches d'évènements indésirables est réalisé annuellement et permet ainsi de définir les risques récurrents et majeurs. Les

	Oui	fiches d'évènements indésirables sont classées selon la méthode de pondération AMDEC (analyse et maîtrise des risques et des effets et de leurs criticités).
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	Les comités (CLIN, CLUD, etc.) présentent leur bilan d'activité lors de la CME avec les objectifs annuels aboutis et ceux programmés pour l'année en cours. La CME valide ces objectifs ou les modifie, le programme qualité et gestion des risques est déterminé pour l'année. Lors de cette présentation en CME, les présidents de chaque comité ont connaissance des objectifs proposés et définis par les autres comités.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Chaque comité programme des actions d'amélioration et des objectifs annuels à réaliser. Des groupes de retour d'expérience (GREX) ont été mis en place afin d'analyser les risques potentiels sur le circuit de prise en charge d'un patient. Les membres des GREX ont élaboré des plans d'actions d'amélioration. Des personnes ressources IDE et AS pour chaque champ d'action sont détachées régulièrement pour réfléchir sur différentes thématiques et proposer des procédures adaptées. Les plans d'action élaborés sont mis en œuvre dans les secteurs d'activité.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	Oui	La cellule qualité et gestion des risques se charge de suivre les actions et d'accompagner les professionnels. Lors de la rédaction des bilans d'activité des différents comités, la cellule qualité fait le point sur les actions réalisées et celles annulées ou décalées. Les actions non mises en œuvre dans les délais prévus sont reconduites. Lors des réunions

	Oui	plénières des différents comités (CLIN, CLUD, etc.), les membres des comités font le point sur les actions à programmer.
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	Oui	Les fiches d'évènements indésirables, les questionnaires de satisfaction et les audits permettent d'évaluer le programme qualité et gestion des risques. Des indicateurs sont également mis en place pour suivre l'activité des différents comités : taux AES, nombre de fiches d'évènements indésirables, etc. Lors de la réunion COQVIRIS annuelle, l'efficacité du programme d'amélioration est évaluée.
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	Oui	Les actions sont réajustées en fonction des résultats issus des bilans annuels des différents comités.



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

**Critère 8.b**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Critère 8.e  
Gestion de crise

<b>Cotation</b>	B	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	En grande partie	
Les plans d'urgence sont établis.	Partiellement	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une cellule de crise est opérationnelle.	Oui	

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

Critère 8.f  
Gestion des évènements indésirables



<b>Cotation</b>	A	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une organisation est en place, afin d'assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.	Oui	Une fiche d'évènement indésirable unique est en place sur tous les secteurs de l'établissement. Une procédure précise les modalités d'enregistrement. Ces fiches d'évènements indésirables sont enregistrées par les référentes qualité et traitées lors des réunions des groupes de retour d'expérience (GREX) ambulatoire et hospitalisation, des RMM et UF clinique. Ces fiches sont ensuite enregistrées et classées sur un support informatique avec une hiérarchisation type AMDEC. Le GREX ambulatoire a été mis en œuvre mi-2010, les résultats et l'intérêt porté à ceux-ci par toutes les catégories de personnel ont permis la mise en place d'un GREX hospitalisation début 2012. Le bilan des réunions est présenté en COQVIRIS. Les revues de morbidité-mortalité (RMM) sont aussi tracées sur des fiches prévues à cet effet et renseignées par les médecins. Les deux systèmes de déclaration (fiche d'évènement indésirable et RMM) sont coordonnés par le médecin gestionnaire des risques et les deux responsables qualité.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>



<p>Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signallement.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des formations et informations ont été dispensées au personnel et aux médecins afin d'expliquer l'utilisation de la fiche d'évènement indésirable. Le personnel est informé du but constructif et non délétère de la fiche d'évènement indésirable. Pour 2011 ont été déclarés 581 fiches d'évènements indésirables pour le GREX ambulatoire et 345 pour l'hospitalisation. Le personnel s'est approprié l'utilisation de la fiche d'évènement indésirable et en a compris le sens pour l'amélioration des prises en charge des patients. La mise en œuvre de la nouvelle fiche d'évènement indésirable a été accompagnée par les stagiaires qualité. Le médecin gestionnaire des risques a aussi formé le personnel sur la graduation des risques.</p>
<p>Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le médecin coordinateur des risques est formé à la méthode de hiérarchisation des risques (fréquence et gravité). Les membres du GREX ambulatoire (petit comité) sont également formés aux méthodes de hiérarchisation AMDEC. Les membres du GREX hospitalisation ont été formés à cette méthodologie lors de la réunion de lancement du comité. Les bilans des FEI font état de cette notion de gravité hiérarchisée. La cadre IDE, les responsables qualité, la coordinatrice de l'ambulatoire ont été formés sur les outils d'analyse des risques (formation proposée par le réseau qualité SQUARES).</p>
<p>L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée, en associant les acteurs concernés.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les événements ayant une criticité élevée font l'objet d'une analyse des causes profondes pour l'ambulatoire comme pour l'hospitalisation. Ils sont analysés et discutés lors de réunions plénières GREX ambulatoire. Pour l'hospitalisation, ils sont analysés par le médecin gestionnaire des risques et les deux responsables qualité et, prochainement, par le CREX hospitalisation mis en place début 2012. Le bilan des fiches d'évènements indésirables est communiqué à la CRU et à la CME. Pour son étude sur la maltraitance, la CRU s'est appuyée sur le tableau des fiches d'évènements indésirables afin de constituer son premier état des lieux. La RMM met en place des analyses</p>

	Oui	structurées selon la méthode ALARM en y associant les professionnels concernés.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions correctives sont mises en œuvre suite aux analyses.	Oui	Certaines fiches d'évènements indésirables font l'objet d'une enquête pour connaître le déroulement des faits en amont de l'évènement indésirable. Les personnes concernées et responsables de service sont informés de cette fiche d'évènement indésirable. Les actions correctives sont décidées puis mises en place de manière collégiale. Après chaque analyse de risque et présentation des fiches d'évènements indésirables lors des réunions plénières ou des minicomités GREX, des actions correctives et préventives sont proposées et mises en œuvre par les membres du groupe de travail.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	Oui	En cas d'évènement indésirable grave, la fiche d'évènement indésirable est abordée lors du GREX ambulatoire avec les professionnels de l'unité fonctionnelle clinique avec la direction et les médecins, et le COPIL si nécessaire. La fiche d'évènement indésirable peut également être présentée en RMM. Si certaines fiches d'évènements indésirables font référence à un même problème, elles sont analysées ensemble afin de mettre en exergue les points communs sur les facteurs déclencheurs (ex. : travail sur des problèmes de traçabilité avec le CLAIRYG, une procédure a été établie afin de structurer le circuit). Le bilan des fiches d'évènements indésirables est également présenté aux médecins (CME) afin de déterminer le plan d'action qualité et gestion des risques. S'il existe une récurrence d'un incident, le dysfonctionnement est présenté aux médecins et une action est mise en place. La CRU est également destinataire du bilan des fiches d'évènements indésirables et sollicitée pour apporter une réflexion sur une solution.

L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	En grande partie	Une évaluation est réalisée après la mise en place d'actions ou d'indicateurs de suivi (ex. : nombre de fiches d'évènements indésirables concernant les pancartes après check-list diffusée auprès des professionnels concernés). Le suivi de la nature des fiches d'évènements indésirables permet également d'étudier l'évolution des actions mises en place. Si des fiches d'évènements indésirables reviennent sur un sujet déjà traité (récurrence), une nouvelle sensibilisation est faite et une analyse (pour déterminer si de nouvelles causes sont apparues) est réalisée.
--	------------------	--

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

Critère 8.g  
Maîtrise du risque infectieux



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

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

Critère 8.h  
Bon usage des antibiotiques



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

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

**Critère 8.i**  
**Vigilances et veille sanitaire**

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

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

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

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

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

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



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

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

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

<b>Cotation</b>	A	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement a défini un système de gestion des équipements biomédicaux, comprenant un plan pluriannuel de remplacement et d'investissement.	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.	Partiellement	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le système de gestion des équipements biomédicaux est mis en oeuvre, sous la responsabilité d'un professionnel identifié.	Oui	
La maintenance des équipements biomédicaux critiques est assurée, et les actions sont tracées.	Oui	

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

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

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



**Cotation**

A

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

Un logigramme de gestion des plaintes et des réclamations est formalisé. Un responsable chargé des plaintes, des réclamations et des relations avec les usagers est identifié. Un classeur-registre unique collige les plaintes et réclamations. La composition et le fonctionnement de la CRU sont conformes à la réglementation. Le dispositif de médiation est présenté dans le livret d'accueil. Le logigramme qui illustre le circuit des plaintes et réclamations ainsi que la liste des membres de la CRU est affiché à l'accueil, dans les services et dans les chambres.

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

Oui

L'établissement a mis en place un dispositif qui lui permet de diriger certaines plaintes et réclamations vers le système de fiches d'évènements indésirables. À l'inverse, une fiche d'évènement indésirable pourra être interprétée comme une réclamation et être portée à la connaissance de la CRU. Les réclamations retrouvées sur les questionnaires de satisfaction peuvent aussi être reportées sur une fiche d'évènement indésirable. Le lien est ainsi formalisé entre les professionnels chargés des relations avec les usagers et des droits des patients et la fonction gestion des risques. Les

	Oui	deux responsables qualité participent à la fois à la CRU, aux GREX ou au COQVIRIS.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	L'établissement met en œuvre sa procédure interne de gestion des plaintes et des réclamations. Le service concerné est associé à l'enquête, à l'élaboration et à la mise en œuvre des actions correctives s'il y a lieu. Les axes d'amélioration choisis sont présentés aux équipes.
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en œuvre.	Oui	Le logigramme précise les modalités mises en œuvre pour informer le plaignant sur le traitement de sa plainte (ou réclamation) ainsi que le dispositif de médiation et l'accès à la commission de conciliation régionale. Le livret d'accueil fait état de ces procédures. Les plaignants reçoivent systématiquement un courrier avec un accusé de réception et, dans un deuxième courrier, la réponse définitive comportant les actions d'amélioration programmées ou mises en œuvre. L'analyse du délai de réponse est systématique et satisfaisante au regard des recommandations.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et des réclamations, incluant le suivi du délai de réponse au plaignant, contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.	Oui	L'intégralité des plaintes et des réclamations est mise à disposition des membres de la CRU. Une analyse qualitative et quantitative est réalisée en lien avec la CRU. Le bilan des plaintes et des réclamations est intégré au rapport de la CRU. L'analyse des plaintes et des réclamations et le bilan réalisé dans le cadre de la CRU ont donné lieu à la formalisation d'un plan d'action intégré au programme qualité et gestion des risques.

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

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

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

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

## CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT



# PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS

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

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

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

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

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

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

## Référence 10: La bientraitance et les droits

### Critère 10.c - Court Séjour

#### Respect de la confidentialité des informations relatives au patient

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

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

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

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



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

## Référence 10: La bientraitance et les droits

### Critère 10.e - Court Séjour

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

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

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

### Critère 11.a - Court Séjour

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

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

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

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

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

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

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

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

### Critère 11.c - Court Séjour

#### Information du patient en cas de dommage lié aux soins

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



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

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

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement, en concertation avec le CLUD (ou équivalent).	Oui	La stratégie et les procédures de prise en charge de la douleur sont élaborées par les membres du CLUD. Les objectifs déclinés en actions sont définis en réunion plénière lors du bilan annuel d'activité. L'établissement fait partie du réseau douleur de la Sarthe (RESO). Une consultation douleur existe dans l'établissement depuis plusieurs années, elle a été réinitialisée et renforcée avec un médecin et des IDE détentrices de capacité et DU. Une consultation pansement est proposée aux patients ayant des plaies postopératoires ou des escarres compliquées. L'IDE qui l'assure donne des conseils sur appel de ses collègues au sein de l'établissement.
Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.	Oui	Les protocoles de prise en charge médicamenteuse de la douleur, rédigés par les référents douleur en partenariat avec les pharmaciens, sont validés et diffusés par le CLUD en adéquation avec les recommandations de bonnes pratiques. Les protocoles actualisés sont accessibles aux professionnels dans les classeurs qualité spécifiques, présents dans les postes de soins.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Des formations régulières sur la prise en charge de la douleur sont organisées au sein de l'établissement formations externes ou formations internes dispensées par des professionnels formés). L'équipe douleur, composée de professionnels formés (un médecin titulaire d'une capacité douleur, un médecin et deux IDE titulaires du DU douleur, une IDE titulaire d'un DU plaie et cicatrisation), forme en interne les soignants. Les dispositifs médicaux permettant la prise en charge médicamenteuse de la douleur comme les différents types de pompe à morphine sont mis à disposition. Ces dispositifs nécessitent une formation spécifique dont bénéficient les utilisateurs régulièrement.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	Les patients bénéficient d'une information spécifique sur l'utilisation des pompes à morphine. Des conseils individualisés sont fournis par le médecin sur les différentes douleurs (neuropathique et nociceptive), sur la gestion des interdoses et des possibles effets secondaires. Cependant, il n'existe pas de véritable programme d'éducation thérapeutique.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » et de sa valeur de 91 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [85 % – 97 %] pour la campagne de recueil 2011.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Une échelle d'évaluation de la douleur est utilisée régulièrement. Les professionnels ont été formés à son utilisation. Des réévaluations de la douleur sont réalisées régulièrement par tous les membres de l'équipe. Ces derniers sont tous sensibilisés à cette prise en charge, y compris les intervenants de soins de support, la socio-esthéticienne, l'éducateur sportif, la diététicienne et l'assistant social. Les modifications de traitement sont tracées dans le dossier du patient.

Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	L'ECPA est en place. Une formation interne a été réalisée lors de sa mise en place.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	Une enquête sur la mesure de la qualité de la prise en charge de la douleur a été réalisée pour apprécier l'appropriation des outils par les professionnels.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur ». Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation. Un item du questionnaire de sortie est axé sur la prise en charge de la douleur. La question « votre douleur a-t-elle été prise en compte ? » est posée aux patients. Sur la totalité des patients qui répondent à cette question, 99,5 % considèrent que leur douleur a été correctement soulagée (statistiques de 2006 à 2010). Une CME annuelle est consacrée à la restitution des bilans d'activité des différents comités, dont le CLUD. Des audits internes sont également réalisés et le suivi de l'indicateur (IPAQSS) permet de vérifier l'efficacité des outils mis en place.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Des actions sont mises en place à la suite des résultats d'audits, d'enquêtes, d'indicateurs IPAQSS et de l'appropriation des mises en place de procédures. La mise en œuvre de ces actions d'amélioration est suivie par le CLUD.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	L'établissement participe à des partages d'expérience avec les membres du réseau DOLO-SARTHE et du REDO. Les membres de l'équipe douleur participent à des congrès et à des réunions interdisciplinaires. Les médecins chargés de la prise en charge de la douleur de l'établissement ont bénéficié d'une formation sur les analgésies intrathécales au centre hospitalier d'Angers.

Référence 13: La fin de vie

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'organisation mise en place afin d'accueillir des patients en fin de vie est en place, une identification de 14 lits de soins palliatifs permet une prise en charge adaptée pour le patient et aussi pour son entourage. Des compétences professionnelles permettent une optimisation de cette prise en charge, trois médecins sont titulaires d'un DU de soins palliatifs (l'un des médecins est titulaire d'une capacité douleur) et deux IDE ont un DU douleur. L'évaluation de l'état du patient dès l'admission permet d'identifier s'il doit être défini comme nécessitant une prise en charge en soins palliatifs. Cette évaluation est également effectuée pour tout patient hospitalisé se dégradant durant son séjour. Un staff médical a lieu tous les jeudis où les dossiers de la totalité des patients sont passés en revue par l'équipe des médecins et les cancérologues en présence des IDE et des intervenants des soins de support. La réunion pluridisciplinaire du jeudi permet d'aborder de manière collégiale l'évolution de la maladie du patient et ainsi d'adapter sa prise en charge. Cette réunion permet à chacun de prendre la parole (psychologue, diététicienne,

	Oui	etc.) et d'exprimer sa manière de percevoir l'état du patient. Cette réunion permet un retour d'expérience face à des problématiques rencontrées au cours de la semaine pour tous les secteurs. La visite médicale réalisée par le médecin, accompagné de l'IDE, permet également de discuter de la prise en charge du patient. Ces informations sont notées sur les transmissions IDE et ainsi mises à disposition des autres professionnels soignants. Un comité sur les soins palliatifs a également été mis place le 8 janvier 2010.
Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	Oui	La volonté du patient si celui-ci s'est exprimé est renseignée dans : - le dossier médical et les transmissions ciblées ; - la fiche d'aggravation ; - la fiche de personne de confiance remplie par l'aide-soignant d'accueil. Si un patient exprime des directives anticipées et qu'elles sont communiquées aux soignants, ceux-ci en assurent la conservation.
Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	Le livret d'accueil fait état de la possibilité de s'exprimer sur les soins prodigués ou leur refus et de rédiger des directives anticipées.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	Oui	Une démarche de projet personnalisé de soins est mise en oeuvre pour chaque patient concerné. Les stratégies de soins sont réévaluées régulièrement au décours des staffs hebdomadaires. Les patients en soins palliatifs ont accès à des soins de support et à un accompagnement personnalisé. Les familles peuvent rencontrer le médecin à chaque fois qu'elles le souhaitent (ceci est stipulé dans le livret d'accueil). Une étude sur la pertinence de traitement par chimiothérapie en soins palliatifs a été réalisée. Il est mis à disposition des familles dans les salons et, si elles le souhaitent, elles peuvent bénéficier d'un lit accompagnant. Afin que le personnel soit le plus psychologiquement

	Oui	disponible pour la prise en charge en soins palliatifs, un roulement du personnel sur les différents secteurs est réalisé incluant le service ambulatoire. Les lits en soins palliatifs sont répartis dans les différents étages pour ne pas avoir un secteur plus lourd psychologiquement qu'un autre.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Des formations sur les soins palliatifs sont proposées au personnel par le réseau Ariane. Les membres du comité de soins palliatifs ont été détachés ponctuellement afin de former les professionnels sur la loi Léonetti. L'analyse de la pratique professionnelle permet de former et d'informer sur les dispositifs légaux en analysant des cas concrets.
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Lors de la réunion hebdomadaire, le personnel s'exprime sur les problématiques des patients, sur son ressenti et ses réflexions sur l'évolution de l'état des patients et de leur décès possible.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en œuvre.	Oui	Des groupes de parole sont mis en place dans la structure en fonction de la demande des professionnels au cours desquels ils peuvent s'exprimer sur leur mal-être. Les réunions hebdomadaires permettent également au personnel de s'exprimer sur les cas qui leur posent problème et les résolutions se font de manière collégiale.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	Le personnel IDE et AS a été formé sur la loi Léonetti par le comité de soins palliatifs et a reçu un document d'information sur le sujet. Les formations sur les soins palliatifs sont proposées au personnel par le réseau Ariane et ont été suivies par une grande proportion d'entre eux. L'analyse de la pratique professionnelle permet de former et d'informer les professionnels sur les dispositifs légaux en analysant des cas concrets.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	Des bénévoles sont aussi intégrés à l'établissement. Ils ont pour mission d'être à l'écoute des patients et de transmettre les informations recueillies si elles peuvent apporter des éléments complémentaires améliorant la prise en charge.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, commission de soins, etc.).	Oui	L'évaluation pluriprofessionnelle sur la prise en charge des patients en fin de vie est effectuée au cours des staffs de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP). Le réseau Ariane permet de discuter de manière pluridisciplinaire de la prise en charge du patient et permet aux professionnels d'exprimer leurs ressentis (analyse des pratiques professionnelles). La réunion pluridisciplinaire du jeudi permet d'aborder ensemble l'évolution de la maladie du patient et ainsi d'adapter et de faire évoluer sa prise en charge.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	Le réseau Ariane permet de discuter de manière pluridisciplinaire de la prise en charge du patient et permet aux professionnels d'exprimer leurs ressentis (analyse des pratiques professionnelles). Le staff médical du jeudi permet d'aborder les cas des patients difficiles et ainsi de déterminer les situations raisonnables ou les situations nécessitant un arrêt de traitement. Les réunions RCP permettent d'évaluer la prise en charge des patients. Une EPP a été mise en place sur la pertinence d'une chimiothérapie en soins palliatifs. Les résultats de cette étude ont été présentés aux médecins afin de les sensibiliser sur ce sujet. Un arbre décisionnel a été élaboré afin de les aider. Cet outil a été intégré dans le dossier médical en cancérologie (DMC). Un projet sur une EPP concernant la pertinence d'une transfusion pour un patient en phase palliative terminale a été proposé au comité d'hémovigilance.
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	Concernant l'EPP sur la pertinence d'une chimiothérapie en soins palliatifs, un arbre décisionnel a été créé et une sensibilisation des médecins a été réalisée. La grille d'aide à la décision a été mise en automatique sur le DMC. Un binôme en soins palliatifs AS/IDE est en place qui a pour rôle de prendre en charge de manière personnalisée les patients. L'organisation a été revue et ce binôme a maintenant un rôle de soins de confort : toucher/détente,



Oui	entretien d'aide...
-----	---------------------

## PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

## Référence 14: Le dossier du patient

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



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

Le guide réactualisé du dossier du patient a été validé en mars 2012. Sa diffusion a été mise en œuvre dans l'ensemble de la clinique. Le préambule du guide rappelle le contenu réglementaire du dossier du patient. Des procédures illustrent précisément les modalités de création, de circulation, d'archivage et de destruction des différents dossiers (administratif et comptable, médical, de soins, chimio, transfusionnel, de radiothérapie) constitutifs du dossier en hospitalisation et en hospitalisation partielle. Ce guide est intégré dans le système documentaire de l'établissement et accessible aux professionnels dans les salles de soins. Une check-list déterminant le contenu est utilisée à l'accueil.

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

Oui

Une procédure décrit les modalités d'accès aux données issues de consultations ou d'hospitalisations antérieures. L'accès au dossier informatisé est régi pour chaque professionnel par un identifiant et un mot de passe. Un profil utilisateur est établi, il dispose d'un niveau d'habilitation pour consulter ou modifier le dossier en

	Oui	fonction de son profil. L'accès au dossier papier s'effectue dans le poste de soin dans des chariots fermés à clef, ce dossier est accessible à tous les professionnels. Ces documents sont formalisés et intégrés dans la gestion documentaire de l'établissement.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les éléments, constitutifs des étapes de la prise en charge du patient, sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	Partiellement	Compte tenu de la classe de l'indicateur "Tenue du dossier du patient" et de sa valeur de 72 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [67 % - 77 %] pour la campagne de recueil 2011.
La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.	Oui	La communication du dossier en fonction du type de prise en charge est réalisée entre les professionnels de l'établissement. Tous les professionnels (y compris psychologue et assistante sociale) intègrent leur partie dans le dossier unique rassemblé en fin de séjour. Les modalités de communication des éléments du dossier avec les correspondants externes sont définies et assurées en temps utile. Le dossier du patient est en cours d'informatisation. Son évolution et son déploiement sont en cours : le DMC (dossier médical de cancérologie) est utilisé par les médecins, y compris à distance, et est accessible aux professionnels selon leur degré d'habilitation.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Tenue du dossier du patient". Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation : des audits de dossiers en secteur hospitalisation et en hospitalisation partielle sont réalisés par ailleurs sur la base d'indicateurs IPAQSS et d'autres audits et évaluations sont menés pour des EPP par exemple (chutes, dénutrition, etc.).
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	A la suite des audits réalisés, la CME a été sensibilisée à la nécessité de constituer un dossier complet, en rappelant les éléments incontournables des courriers de fin d'hospitalisation ainsi que le respect des délais d'envoi. Un compte-rendu indiquant les résultats IPAQSS est diffusé

Oui	auprès des professionnels concernés, les indicateurs sont aussi affichés à l'accueil de la clinique.
-----	--

## Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation		A
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'accès du patient à son dossier est organisé.	Oui	La procédure d'accès du patient et de ses ayants droit au dossier médical est formalisée et connue par l'ensemble des professionnels concernés.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.	Oui	Le patient est informé de ses droits d'accès à son dossier par le livret d'accueil et la charte des patients hospitalisés, complétée d'une charte simplifiée, affichées à l'accueil et dans les services.
L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	Oui	L'établissement a mis en place un suivi des délais de transmission. L'organisation en place permet le respect des délais d'accès du patient ou de l'ayant droit à compter de la demande conforme (moins de 8 jours). Le délai est porté à deux mois pour des informations supérieures à cinq ans.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

<p>L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'évaluation du non-respect des délais a donné lieu à des mesures correctrices, le patient ayant été informé de la raison du retard. Une personne supplémentaire a été désignée pour répondre à une demande importante, cette demande de dossier est motivée par la prise en charge cancérologique à la clinique Victor-Hugo et aux questionnements de l'entourage (génétique, etc.).</p>
<p>La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>La CRU est informée des demandes formulées par les patients ainsi que des délais de réponse. Elle est informée des actions d'amélioration et de leur suivi. En milieu d'année, le nombre de demandes est porté à sa connaissance ; en fin d'année, l'analyse détaillée des demandes est réalisée.</p>

## Référence 15: l'identification du patient

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



### Cotation

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

En grande partie

Un groupe de travail sur la gestion du système d'information a donné lieu à la création d'une cellule d'identitovigilance pluridisciplinaire en 2012. Le référent est nommé. L'établissement a ainsi initié une politique d'identitovigilance (IDV). Celle-ci est formalisée et validée. Plusieurs travaux ont eu lieu, mais des discussions sont encore en cours pour uniformiser les procédés et les moyens de l'identitovigilance (carton d'IDV, photo du patient, bracelets, recherche de doublons et d'homonymie).

#### 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

Le personnel de l'accueil administratif ainsi que les professionnels de santé ont été sensibilisés à la surveillance et la prévention des erreurs d'identification. Une journée d'identitovigilance organisée suite aux travaux de la cellule d'IDV a donné lieu à la création d'un petit fascicule et d'une affiche qui résume les points essentiels. Dans l'attente de l'uniformisation des procédés, l'établissement n'a pas encore validé de support de formation spécifique pour les professionnels de santé.



Le personnel de l'accueil administratif met en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	La procédure de vérification de l'identité est mise en œuvre par le personnel administratif notamment lors de la création du dossier du patient.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	En grande partie	En hospitalisation ambulatoire (transfusion, chimiothérapie, ponction), les professionnels de santé mettent en œuvre un protocole de pose du bracelet ainsi que le carton d'identitovigilance avec photo. En hospitalisation complète, la vérification de l'identité est effective suivant la règle des questions ouvertes, mais le protocole n'est pas encore validé en CME. La vérification de l'identité est tracée dans le dossier du patient.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	Les fiches d'événements indésirables ont permis d'analyser le type d'erreur qui concernait l'identitovigilance. Elles représentent 6 % du total. La cellule d'IDV a pu mettre en place des mesures d'amélioration (carton bristol, photo, bracelet).

## PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

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

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

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

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

### Critère 17.a - Court Séjour

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

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

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

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

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



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

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

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



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

### Critère 18.a - Court Séjour

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

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

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

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - Personnes âgées

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

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

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

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



## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - Enfants et adolescents

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

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - Personnes démunies

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

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - Personnes détenues

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

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

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

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



## Référence 19: Les prises en charge particulières

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



Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les patients, ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique, sont identifiés.	Oui	
L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge, en lien avec le CLAN ou son équivalent.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.	Oui	
Les éléments, permettant le dépistage des troubles nutritionnels, sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » et de sa valeur de 90 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [83 % – 97 %] pour la campagne de recueil 2011.

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.d Hospitalisation sans consentement

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

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

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

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



**Cotation**

A

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est actée dans les objectifs de contrat de bon usage des médicaments (CBUM) et dans les orientations de l'établissement (CPOM). La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est élaborée par le COMEDIMS (créé en décembre 2002). Le bilan d'activité de ce comité stipule les orientations prises par l'établissement concernant le circuit du médicament. Ces orientations sont diffusées par les membres du comité (un pharmacien, le cadre IDE, quatre IDE, un médecin, des préparateurs) vers les autres professionnels. Une présentation des objectifs est réalisée devant les membres de la CME et une synthèse est affichée pour les professionnels.

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 intégré au schéma directeur du système d'information. Le déploiement des projets est planifié.

<p>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.</p>	<p>Oui</p>	<p>Plusieurs supports sont mis à disposition des professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le livret thérapeutique (disponible en version papier et informatique) ;</li> <li>- le Vidal (version papier) ;</li> <li>- Thériaque via le logiciel du circuit du médicament ;</li> <li>- les protocoles d'utilisation des médicaments internes ;</li> <li>- les référentiels INCA, OMIT ;</li> <li>- le guide interne des chimiothérapies ;</li> <li>- le thésaurus des voies orales.</li> </ul> <p>Les protocoles de chimiothérapie présents dans le logiciel sont actualisés.</p> <p>Un tableau des équivalences thérapeutiques strictes est disponible dans le livret thérapeutique et sur le logiciel avec un accès pour tous les prescripteurs.</p>
<p><b>E2 Mettre en oeuvre</b></p>	<p><b>Réponses aux EA</b></p>	<p><b>Constats</b></p>
<p>Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des sensibilisations et des actions sont mises en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- GREX ambulatoire ;</li> <li>- GREX hospitalisation (en place début 2012) ;</li> <li>- RMM.</li> </ul> <p>Ces groupes de travail ont pour rôle de sensibiliser les professionnels sur les risques médicamenteux. Le système de signalement des effets indésirables est en place et permet d'avoir connaissance des dysfonctionnements en lien avec le circuit du médicament. Une restitution de ces événements indésirables est réalisée lors des réunions GREX plénières. Différentes formations ont été dispensées aux professionnels en interne comme la formation par le médecin coordonnateur des risques sur les événements indésirables avec la présentation du film de l'OMS en 2010 sur la gestion des risques patients.</p> <p>Différentes formations externes ont été suivies par des professionnels, que sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- formation pour la gestionnaire des risques administratifs et le cadre IDE en 2010 « Événements indésirables associés aux soins et politique de réduction des risques » ;</li> <li>- formation pour la gestionnaire des risques sur la gestion</li> </ul>



	Oui	<p>des risques réalisée en 2011 ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- formation arrêté RETEX en 2010 pour un des pharmaciens et une préparatrice ;</li> <li>- formation sur la certification et arrêté RETEX réalisée par le gestionnaire des risques administratifs ;</li> <li>- formation sur les risques médicamenteux réalisée par un laboratoire en 2012.</li> </ul> <p>Un audit sur le circuit du médicament a été réalisé par les IDE du médicament et la stagiaire qualité permettant, dans le même temps, de sensibiliser les professionnels audités.</p>
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	En grande partie	<p>En hospitalisation ambulatoire, la prise en charge médicamenteuse est informatisée de la prescription à l'administration en passant par la validation pharmaceutique. Les commandes sont faites sur un logiciel de prescription. Les prescriptions de chimiothérapie sont informatisées. En hospitalisation conventionnelle, ce logiciel a été choisi pour l'informatisation des prescriptions. Il est actuellement en expérimentation dans un des secteurs de l'établissement avant extension dans les autres services, après analyse des dysfonctionnements et améliorations apportées. L'évolution de l'informatisation du circuit du médicament est indiquée dans le CBUM.</p>
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	En grande partie	<p>Des indicateurs sont mis en place comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- suivi journalier de la consommation des morphiniques ;</li> <li>- suivi de la consommation des antibiotiques ;</li> <li>- comptabilisation du nombre de chimiothérapies réalisées.</li> </ul> <p>Les résultats des indicateurs IPAQSS sur la conformité des prescriptions pendant le séjour et à la sortie sont suivis annuellement. Des axes d'amélioration sont mis en place afin d'améliorer ces indicateurs. Les indicateurs du CBUM sont complétés et suivis chaque année. Les statistiques de l'OMEDIT et le suivi mensuel des médicaments T2A sont également réalisés par la secrétaire de la pharmacie et supervisés par les pharmaciens. Le taux de signalements des événements indésirables sur ce sujet est analysé par les</p>

	En grande partie	membres du COMEDIMS avec présentation des objectifs au COQVIRIS.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	<p>Il existe actuellement plusieurs supports de déclaration :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la feuille d'événement indésirable (ces fiches sont recueillies par la cellule qualité qui se charge de les transmettre aux groupes de travail concernés) ;</li> <li>- la fiche RMM.</li> </ul> <p>L'analyse des événements indésirables est réalisée en GREX ambulatoire et en RMM et l'enregistrement des événements s'effectue dans un tableur afin de déterminer les axes de travail prioritaires (selon pondération AMDEC). Il en est de même pour les fiches d'évènements indésirables traitées par le GREX hospitalisation. Les fiches sont transmises aux professionnels concernés afin d'apporter une solution/un axe d'amélioration. Des fiches concernant le circuit du médicament sont transmises également au COMEDIMS qui se charge de les analyser. Des réunions de RMM exceptionnelles sont mises en place si besoin dans des cas considérés comme graves (ex. : inversion elvorine et etoposide).</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.	Oui	<p>Les plans d'action sont élaborés à la suite des résultats d'audits du circuit du médicament dont voici quelques exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- système plein/vide ;</li> <li>- mise en place de l'armoire d'antibiotiques ;</li> <li>- mise en place d'une dotation de dispositifs médicaux ;</li> <li>- sensibilisation des médecins à l'amélioration des prescriptions de sortie lors de la restitution des résultats IPAQSS ;</li> <li>- création d'une procédure pour la gestion des traitements personnels du patient ;</li> <li>- procédure réactualisée sur les médicaments dérivés du sang ;</li> <li>- rappels aux prescripteurs sur leurs obligations de</li> </ul>

Oui	<p>prescription conforme faits en CME (bilan IPAQSS) ;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- mise en place d'actions ponctuelles qui sont tracées sur les feuilles d'événements indésirables ;</li><li>- sensibilisation des professionnels lors des GREX.</li></ul> <p>Les résultats de l'audit relatif au circuit du médicament ont été communiqués aux équipes par une stagiaire qualité. La mise en œuvre des plans d'action est suivie par les pharmaciens qui en réfèrent au COMEDIMS.</p>
-----	--

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.	Oui	<p>Les praticiens habilités à prescrire sont identifiés après validation par la direction et le président de la CME sur un listing transmis aux pharmaciens. Ce listing est réactualisé à chaque recrutement de nouveaux médecins et affiché afin d'être mis à la connaissance des préparateurs. Les prescriptions se font sur un support unique en hospitalisation. Les règles à suivre lors d'une prescription sont notifiées dans la procédure d'iatrogénie médicamenteuse.</p> <p>Les règles de prescription sont connues des praticiens et font l'objet de rappels en cas de non-conformité en réunion de CME (ex. : résultat IPAQSS sur la non-traçabilité des voies d'administration).</p> <p>Une base de protocoles est établie dans le logiciel de chimiothérapie. Ces protocoles sont régulièrement revus par un groupe de travail intégrant pharmaciens et prescripteurs.</p>
La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.	Oui	La traçabilité des traitements reçus par le patient tout au long de son séjour est retrouvée dans le dossier de soins. À l'entrée, une prescription par le médecin du service d'accueil reprenant le traitement personnel du patient est réalisée

	Oui	(des traitements de substitution sont proposés s'il manque une spécialité). Une procédure est en place concernant la gestion du traitement personnel du patient, dès son arrivée, afin que celui-ci n'y ait pas accès durant son séjour. Son traitement personnel lui est restitué à sa sortie avec des consignes si un médicament a été arrêté durant l'hospitalisation. Les prescriptions sont revues tous les jours lors de la visite et tracées dans le logiciel. Une transmission d'informations est effectuée lors de transferts dans d'autres structures par le biais de l'ordonnance de sortie et de la fiche de liaison IDE.
Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont définies.	Oui	<p>En ambulatoire (chimiothérapie), la dispensation est nominative (analyse de toutes les prescriptions et délivrance nominative des médicaments). En hospitalisation, la dispensation n'est nominative (analyse et délivrance) que pour les produits de chimiothérapie, les dérivés du sang, les stupéfiants, les essais cliniques, les médicaments rétrocedés et les antibiotiques. L'approvisionnement en urgence est organisé et a fait l'objet d'une procédure diffusée aux professionnels. Les stupéfiants sont rangés dans des coffres sécurisés. Le transport des médicaments est sécurisé dans des caisses fermées à clef dont le transport est assuré par les préparateurs. Les rétrocessions sont dispensées par le pharmacien pour la première et ensuite par les préparateurs. Des documents d'information sont transmis au patient et des explications fournies autant que nécessaire.</p> <p>L'établissement privilégie la commande des médicaments de conditionnement unitaire pour sécuriser l'administration. Les réfrigérateurs font l'objet d'un suivi de température très rigoureux avec un système de traçabilité des courbes de température et une alerte visuelle et sonore en cas d'anomalie. Dans le cadre des essais cliniques, la société de recherche clinique SORECOH assure par des procédures spécifiques la sécurisation des médicaments à l'essai.</p>

<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	<p>Oui</p>	<p>Différents documents sont disponibles pour les professionnels afin d'indiquer les règles d'administration des médicaments utilisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les règles d'administration des chimiothérapies disponibles sur différents documents internes (livret interne indiquant les temps de passage des produits) ;</li> <li>- les modalités d'administration des médicaments disponibles sur le livret thérapeutique ;</li> <li>- les modalités d'administration des antibiotiques définies dans le livret antibiotique ;</li> <li>- les procédures spécifiques douleur précisant les règles d'administration ;</li> <li>- la procédure d'iatrogénie médicamenteuse indiquant les exigences à suivre lors de l'administration des médicaments.</li> </ul> <p>La traçabilité de l'administration des produits de chimiothérapie s'effectue sur un support unique informatisé, uniforme et utilisé par toutes les IDE qui l'émargent. Pour les patients autonomes, la délivrance est faite pour la journée.</p>
<p><b>E2 Mettre en oeuvre</b></p>	<p><b>Réponses aux EA</b></p>	<p><b>Constats</b></p>
<p>Les règles de prescription sont mises en œuvre.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Compte tenu du critère « Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation » de l'indicateur « Tenue du dossier du patient » et de sa valeur de 76 % pour la campagne de recueil 2011.</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>En ambulatoire (informatisé), les pharmaciens réalisent l'analyse pharmaceutique pour toutes les prescriptions, toutes les chimiothérapies et toutes les hospitalisations de plus de 48 heures. La délivrance est nominative pour l'ambulatoire. Pour l'hospitalisation, l'analyse pharmaceutique et la délivrance nominative sont réalisées pour les produits de chimiothérapie, les dérivés du sang, les stupéfiants, les essais cliniques, les médicaments rétrocédés et les antibiotiques.</p>

Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	Oui	Les locaux de l'unité de reconstitution des chimiothérapies (URC) sont conformes. L'évaluation des préparations de chimiothérapie réalisée en 2010 montre que les préparations respectent les règles de bonnes pratiques recommandées par les sociétés savantes. Une procédure concernant la reconstitution des cytotoxiques existe.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Oui	Dans l'établissement, les patients sont informés sur les traitements anticancéreux qu'ils reçoivent (entretien avec le médecin, consultation d'annonce infirmière). De même, les chimiothérapies orales sont expliquées lors des consultations IDE et suivies à distance par téléphone. Les documents sur les effets secondaires sont remis au patient. Lors de la rétrocession, des documents d'information sont donnés. Pour les autres médicaments, avant la sortie du patient, les IDE précisent quels sont les médicaments prescrits, leur indication, leur mode de prise et les horaires à respecter.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Pour le service ambulatoire, la traçabilité informatique est réalisée dans le logiciel de chimiothérapie. Pour l'hospitalisation conventionnelle, la traçabilité est réalisée manuellement sur la feuille de température et sur la feuille de prescriptions. L'administration est tracée sur un outil interne. L'audit sur le circuit du médicament a permis d'observer la traçabilité de l'administration par les IDE. Les résultats de cet audit ont été présentés aux membres du COMEDIMS et montrent que la traçabilité est exhaustive, réalisée au moment de la prise par l'IDE et sans transcription des prescriptions.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Selon les exigences du CBUM, le COMEDIMS a mis en place de nombreuses évaluations : - évaluation du circuit du médicament en 2010 par les IDE ; - audit du circuit du médicament en 2010 réalisé par un pharmacien accompagné d'un préparateur ; - évaluation des préparations sous hotte à flux laminaire en 2010 réalisée par l'IDE du CLIN ;

	Oui	- audit global sur le circuit du médicament et audit sur l'administration en 2011 avec les IDE du groupe médicament ; - audit du médicament hors GHS réalisé par un médecin et un pharmacien.
Des actions, visant le bon usage des médicaments, sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Chaque chimiothérapie fait l'objet d'un suivi (AMM, SMJ...). Un staff mensuel permet d'avoir une réflexion concertée. La réévaluation de l'antibiothérapie à 24-48 heures est une évaluation qui a permis de revoir la feuille de prescription antibiotique. La surveillance épidémiologique et celle de la résistance des antibiotiques sont également en place. L'EPP sur la pertinence d'une chimiothérapie en soins palliatifs a permis de créer un arbre de décision informatisé sur le DMC. La pertinence médicamenteuse chez les sujets âgés a permis de définir des axes d'amélioration. L'audit du médicament hors GHS réalisé par un médecin et un pharmacien a permis de sensibiliser les prescripteurs sur les résultats de cette étude.



## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

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

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

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

### Critère 21.a - Court Séjour

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

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

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

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

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

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

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

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

### Critère 22.a - Court Séjour

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

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

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

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



**Référence 23: l'éducation thérapeutique à destination du patient et de son entourage****Critère 23.a - Court Séjour  
Education thérapeutique du patient****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

L'offre de programmes d'éducation thérapeutique, au sein de l'établissement et au sein du territoire de santé, est identifiée.

Oui

Les maladies ou situations nécessitant l'élaboration d'une démarche structurée d'éducation thérapeutique du patient (ETP), intégrée à sa prise en charge, sont identifiées.

Oui

Une coordination avec les professionnels extrahospitaliers et les réseaux est organisée.

Partiellement

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

Selon la nature des besoins et des attentes des patients, des programmes d'ETP autorisés sont proposés aux patients et mis en œuvre ; si l'établissement de santé ne met pas en œuvre de programme autorisé, il lui est demandé de

En grande partie

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

## Référence 24: La sortie du patient

**Critère 24.a - Court Séjour**  
**Sortie du patient**



### Cotation

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Partiellement	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » et de sa valeur de 55 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [44 % – 66 %] pour la campagne de recueil 2011.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation ». Il n'a pas mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	

## PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

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

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



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

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

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

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

### Critère 26.a Organisation du bloc opératoire



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

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



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

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

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



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

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

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

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



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

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

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

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



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

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

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

### Critère 26.c

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

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

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



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

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'échange d'informations, nécessaires à la prise en charge du patient et à la continuité des soins, est organisé entre secteurs de soins de suite et de réadaptation, activités clinique, médico-technique, technique et logistique.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le projet personnalisé de prise en charge qui comprend une activité de soins de suite et de réadaptation est élaboré avec le patient, son entourage et en concertation avec tous les professionnels concernés.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs est assuré, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	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 œuvre des démarches d'EPP.	Oui		
Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.	Oui		
Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées, dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.	En grande partie	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire » et de sa valeur de 87 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [78 % – 95 %] pour la campagne de recueil 2011.	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mettent en œuvre des démarches d'EPP.	Oui		

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

## Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28.b Pertinence des soins

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

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

## Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

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



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



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

## 6.INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## Les indicateurs généralisés actuellement recueillis

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

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

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

### Éléments de lecture du tableau

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

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

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

### Remarque :

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

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

# Etablissement : CLINIQUE VICTOR HUGO (720000249)

## Résultats des indicateurs de qualité

### Dossier du Patient - Champ MCO

#### Référence Nationale

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

#### Etablissement : CLINIQUE VICTOR HUGO (720000249)

Libellé indicateur	Année 2009				Année 2010				Année 2011				Année 2012			
	Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire :			
	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.
Tenue du dossier patient (score sur 100)	78 [74 - 82]	●	(=)	↗	74 [70 - 78]	●	(-)	NA	72 [67 - 77]	●	(-)	→				
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (%)	48 [37 - 58]	●	(-)	→	58 [47 - 68]	●	(-)	→	55 [44 - 66]	●	(-)	→				
Traçabilité de l'évaluation la douleur (%)	80 [71 - 89]	●	(=)	→	94 [88 - 99]	●	(+)	→	91 [85 - 97]	●	(+)	→				
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 (%)	96 [92 - 100]	●	(+)	→	93 [87 - 98]	●	(+)	→	90 [83 - 97]	●	(+)	→				



## 7.BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Circuit du médicament	pharmacien inspecteur DRASS	30/03/06	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Les améliorations ont été faites (SAS URC, changement hotte); Projet de salle blanche en cours : échanges sur le sujet avec l'inspection pharmacie. et l'ARS
Stérilisation des dispositifs médicaux	Non concerné		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Désinfection des dispositifs médicaux	Non concerné		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Laboratoires d'analyses de biologie médicale	Non concerné		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infrastructures			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas de modification de locaux.
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite <input type="checkbox"/> périodique	Commission de sécurité SDIS de la sarthe	23/04/2012	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité électrique	SOCOTEC	14/03/2011	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hygiène alimentaire et eau d'alimentation	DDSV	31/10/2011	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eaux à usage médical	non concerné		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eaux à usage technique	non concerné		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eaux chaudes sanitaires	DDASS	08/03/05	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déchets à risques infectieux et pièces anatomiques.	Aucun contrôle réalisé		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déchets à risques radioactifs	non concerné		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déchets à risques chimiques et toxiques, effluents liquides	Aucun contrôle réalisé		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Produits sanguins labiles	Aucun contrôle réalisé		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nous n'avons pas de dépôt de sang

