



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## **RAPPORT DE CERTIFICATION V2010**

### **CLINIQUE SAINT NICOLAS**

55 allée charles de fitte - 31300 - Toulouse

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

<b>5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES</b>	<b>31</b>
<b>CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	<b>33</b>
PARTIE 1. Management stratégique	34
PARTIE 2. Management des ressources	59
PARTIE 3. Management de la qualité et de la sécurité des soins	100
<b>CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT</b>	<b>124</b>
PARTIE 1. Droits et place des patients	125
PARTIE 2. Gestion des données du patient	149
PARTIE 3. Parcours du patient	156
PARTIE 4. Prises en charge spécifiques	204
PARTIE 5. Evaluation des pratiques professionnelles	220
<b>6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	<b>227</b>
<b>7. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE</b>	<b>229</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 SAINT NICOLAS

**Adresse :** 55 alle charles de fitte Toulouse  
31300 HAUTE-GARONNE

**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	0	0

Nombre de sites.:	1
Activités principales.:	Chirurgie programmée
Activités de soins soumises à autorisation.:	Chirurgie
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	Aucun

## Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	<p>Convention d'hémovigilance : la réception des produits sanguins labiles a lieu à la banque du sang qui est commune aux cliniques Saint-Nicolas et Sarrus-Teinturiers.</p> <p>Convention pour kit de trithérapie : un kit de trithérapie est mis à la disposition du personnel de la clinique soumis à un accident avec exposition au sang. Ce kit est disponible au service des soins intensifs de la clinique Sarrus-Teinturiers.</p> <p>Convention de mise à disposition de la chambre mortuaire, partagée avec la clinique Sarrus-Teinturiers.</p> <p>Convention avec la clinique du Parc à Toulouse pour le transfert des patients nécessitant une admission dans un service de réanimation.</p> <p>Convention avec l'hôpital Joseph-Ducuing, à Toulouse, pour la prise en charge des urgences : établissement relais en ophtalmologie et ORL.</p> <p>Scanner : mise en fonctionnement d'un scanner depuis fin 2003 à l'hôpital Joseph-Ducuing dans lequel la clinique est partenaire du GIE par l'intermédiaire du centre de radiologie Rive gauche.</p> <p>Convention de sous-traitance pour la stérilisation avec la clinique Sarrus-Teinturiers.</p> <p>IRM : la clinique Saint-Nicolas participe au GIE IRM Toulouse - St-Cyprien avec les radiologues de la SCP radiologie Rive gauche, l'hôpital Joseph-Ducuing, les radiologues du centre Compans-Caffarelli et la mutualité de la Haute-Garonne et la clinique Sarrus-Teinturiers. La clinique a obtenu en 2006 l'autorisation d'installation d'un IRM dans ses locaux et l'autorisation d'ouverture en janvier 2008.</p>
--	---

## Réorganisation de l'offre de soins

Regroupement/Fusion.:	Non
Arrêt et fermeture d'activité.:	Non
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	Non

## 2.DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## 1.Niveau de certification

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

## Décisions

## 2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

#### 4. Critères investigués lors de la visite de certification

La visite de certification s'est déroulée du 07/02/2012 au 10/02/2012.

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

##### **MANAGEMENT STRATÉGIQUE**

1.f, 2.e

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

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

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

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

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

10.d Court Séjour, 10.e 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**

16.a Court Séjour, 17.a Court Séjour, 18.a Court Séjour, 18.b Court Séjour, 19.a Enfants et adolescents, 19.a Personnes démunies, 19.a Personnes atteintes d'un handicap, 19.a Patients porteurs de maladie chronique, 19.a Personnes âgées, 19.b Court Séjour, 19.c Court Séjour, 19.d, 20.a Court Séjour, 20.a bis Court Séjour, 20.b Court Séjour, 21.a Court Séjour, 23.a Court Séjour, 24.a Court Séjour

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

26.a, 26.c

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

28.a, 28.b, 28.c

## 5.Suvi de la décision

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



## 3.PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS

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

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

### Ensemble des thématiques du manuel

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

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

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

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

### Pratiques exigibles prioritaires

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

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

Ces pratiques exigibles prioritaires concernent les critères suivants :

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

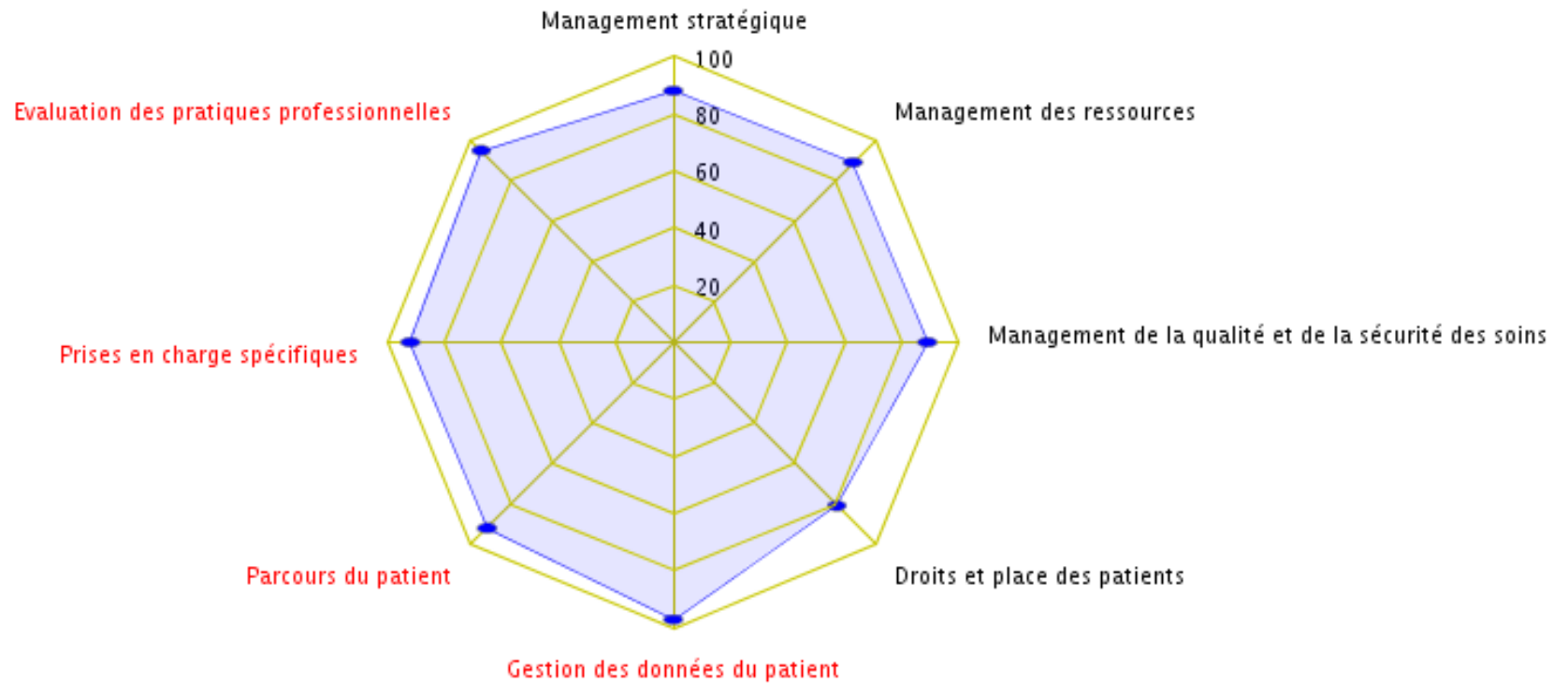
Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement.

[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 :

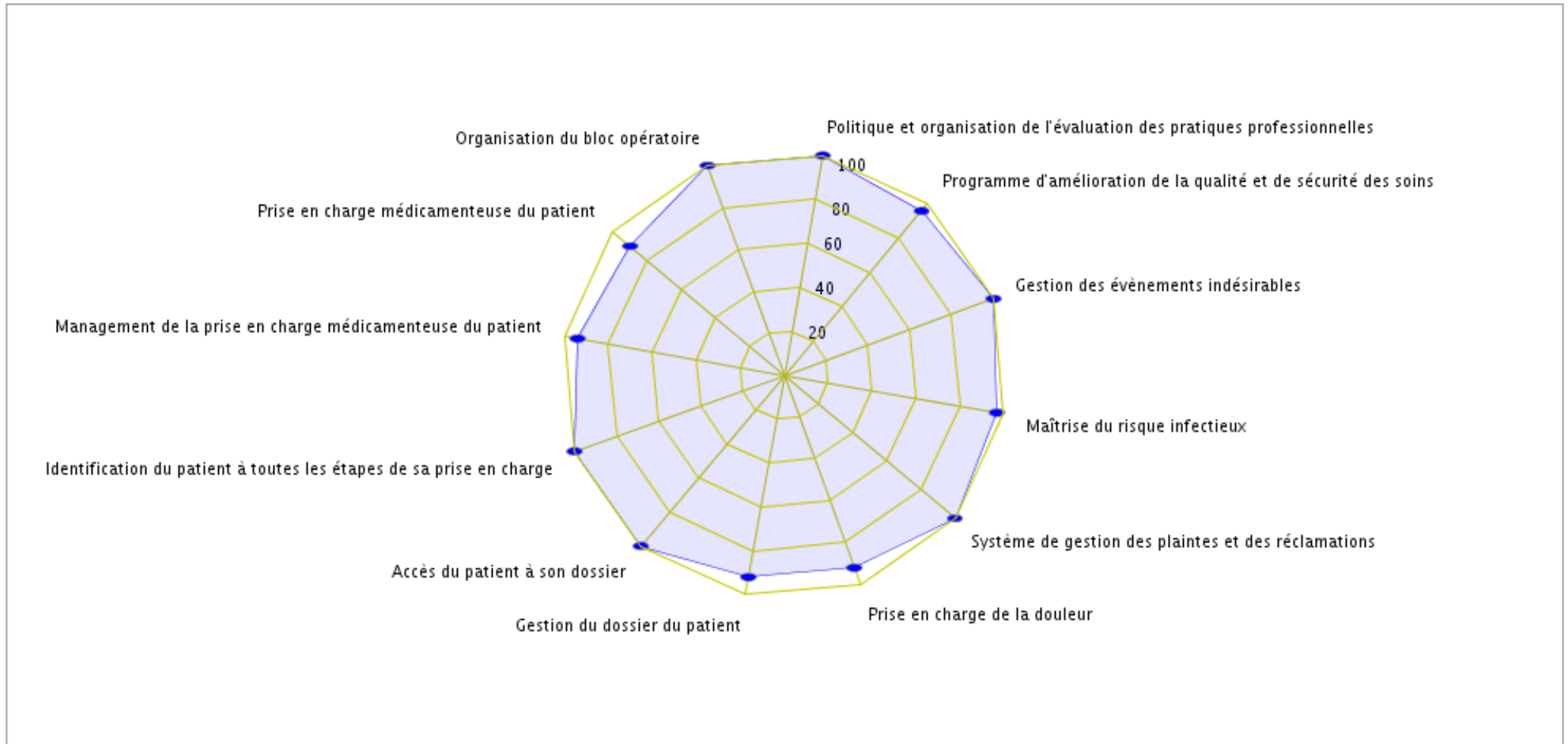
- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (10a),
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b),
- Respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c),
- Accueil et accompagnement de l'entourage (10d),
- Information du patient sur son état de santé 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

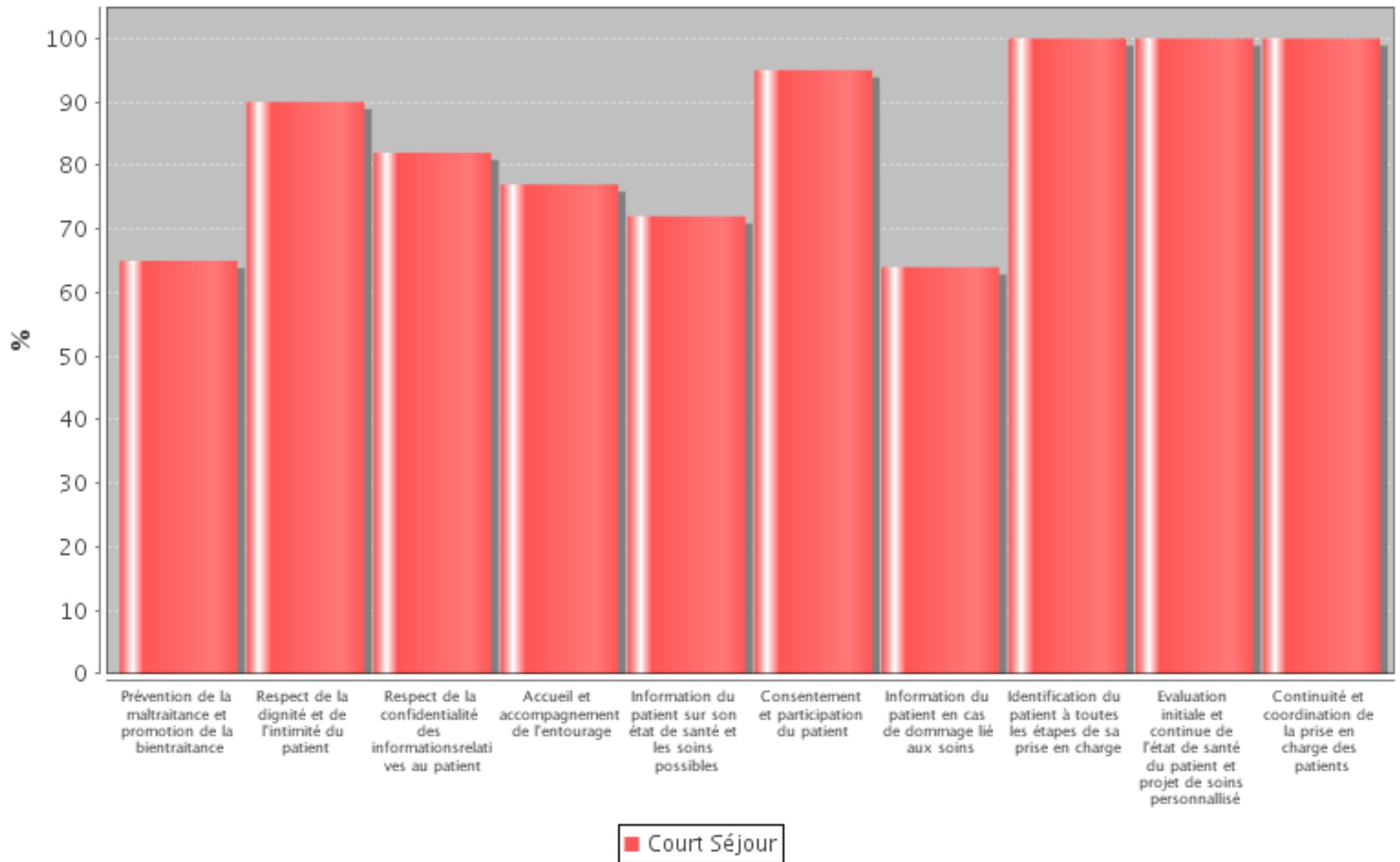


Les libellés des points fort (> 90%) sont en rouge.

## 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



Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
21b MCO (Le respect de la dignité et de l'intimité du patient est préservé tout au long de sa prise en charge.).	Type 1	Oui	<p>Comme prévu dans son programme d'action 2009/2010, La clinique SAINT NICOLAS a procédé à des travaux d'extension et de réfection de son secteur bloc opératoire. Les nouveaux locaux ont été réceptionnés définitivement en septembre 2010.</p> <p>Tout au long des travaux, les instances internes ont été sollicitées pour leur expertise :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le conseil de bloc / CME pour ce qui concerne l'organisation</li> <li>- le CLIN / EOH, pour les circuits et le respect des règles d'hygiène</li> <li>- les usagers</li> </ul> <p>Tous les professionnels ont été invités à prendre connaissance des plans et à faire part de leurs réflexions auprès du responsable de bloc.</p> <p>Le respect de l'intimité et de la dignité sont au cœur des débats et des réflexions des équipes et de la Direction. Les usagers ont participé activement au projet.</p> <p>Les nouveaux blocs offrent des circuits distincts pour le personnel et le patient. Les entrées sont sécurisées par un système de badges nominatifs.</p> <p>Les couloirs périphériques favorisent le circuit du patient par leur largeur et leur trajectoire rectiligne. Les éclairages plafonniers ont été adaptés pour ne pas gêner le patient lors de son trajet sur le brancard.</p> <p>Chaque salle d'intervention dispose d'un large sas de pré-anesthésie équipé de variateur de lumière, permettant le respect de l'intimité du patient et son confort.</p> <p>La salle de réveil offre 9 places (5 places dans les anciens</p>

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
			<p>locaux) sur une surface de 75m<sup>2</sup> (28m<sup>2</sup> dans les anciens locaux). Cet espace spacieux exclut toute promiscuité et favorise ainsi le respect de l'intimité des patients. Le service s'est équipé d'un paravent mobile pour effectuer de manière optimale des soins dans le respect de l'intimité et de la dignité du patient. Des films occultant ont été positionnés sur les fenêtres et les portes vitrées.</p> <p>Le nouveau secteur se compose de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5 salles d'opération (4 salles dans les anciens locaux)</li> <li>- une salle de réveil de 9 postes et de 75m<sup>2</sup> (5 places et 28m<sup>2</sup> dans les anciens locaux)</li> <li>- tous les locaux annexes nécessaires au bon fonctionnement</li> <li>- 4 arsenaux stériles</li> <li>- 1 pharmacie</li> <li>- 1 local matériel</li> <li>- 1 salle de repos</li> <li>- 1 bureau surveillant</li> <li>- 1 bureau médecins</li> <li>- 1 local de bionettoyage à la vapeur</li> <li>- 1 sas transfert patient</li> <li>- 1 sas de décartonnage</li> <li>- De nouveaux vestiaires</li> </ul> <p>L'activité opératoire est restée sensiblement la même, les locaux ont doublé de surface (620m<sup>2</sup> contre 280m<sup>2</sup> dans les anciens locaux), en faveur du respect de l'intimité et de la dignité des patients.</p> <p>L'ouverture de ce secteur s'est accompagnée d'une large communication (CME, AG du personnel).</p>

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
31b MCO (Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées.)	Type 1	Oui	<p>La CME/COMEDIMS réalise annuellement des programmes d'action et un bilan d'activité. Elle priorise l'informatisation du circuit du médicament, conformément aux engagements du CBUM.</p> <p>En 2008, la clinique acquiert le logiciel DOPASOINS permettant l'informatisation du circuit du médicament (prescription, analyse pharmaceutique et administration). L'informatisation du circuit du médicament se développe progressivement, accompagné d'un programme de formation des professionnels.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En 2009, 9 praticiens utilisent DOPASOINS (4 anesthésistes et 5 chirurgiens stomatologistes / dentistes)</li> <li>- En 2010, 12 praticiens utilisent DOPASOINS (4 anesthésistes et 5 chirurgiens stomatologistes / dentistes et chirurgiens ORL)</li> <li>- En 2011 tous les praticiens de toutes les spécialités (ophtalmologie, stomatologie, ORL) utilisent DOPASOINS.</li> </ul> <p>En parallèle, le pharmacien procède à la validation de l'exhaustivité des lignes de prescription. Lors de cette étape, et en regard des lignes de prescriptions concernées, le pharmacien met à disposition des conseils de bon usage.</p> <p>Le logiciel DOPASOINS permet d'alerter le prescripteur des éventuelles interactions médicamenteuses et de les hiérarchiser au moment de la prescription.</p> <p>Les praticiens et le pharmacien ont protocolisé la plupart des prescriptions médicamenteuses par spécialité dans DOPASOINS, assurant ainsi une sécurisation des prescriptions.</p>

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
			<p>L'établissement est en dispensation globalisée. Dans le cadre du CBUM 2006/2011, la clinique s'est engagée à développer la dispensation à délivrance nominative. Elle est en place pour</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les antibiotiques onéreux,</li> <li>- les médicaments hors GHS</li> <li>- les séjours de plus de 48h.</li> </ul> <p>La CME/COMEDIMS a procédé à la révision de l'ensemble des procédures relatives au circuit du médicament. Toutes les étapes du circuit ont été analysées et sont formalisées. Elles mentionnent les verrous de sécurité à chaque étape.</p> <p>La cellule des EI effectue depuis 2008 un bilan annuel faisant apparaître le nombre de signalements d'événements indésirables relatifs au circuit du médicament. Ces événements sont analysés en réunion plénière, des actions correctives et préventives sont définies.</p> <p>La CME/COMEDIMS développe l'analyse des événements indésirables liés au médicament. En 2011, les membres sont formés à la méthodologie REMED et la mettent en pratique. Les mesures correctives et préventives se concrétisent par la réalisation de retours d'expériences et d'actions de formation/sensibilisation.</p>

## 5.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

# CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

# PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

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



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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

**Cotation**

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Un volet développement durable est intégré dans les orientations stratégiques.

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui

L'établissement communique ses objectifs de développement durable aux acteurs sociaux, culturels et économiques locaux.	En grande partie	
Le développement durable est pris en compte en cas d'opérations de construction ou de réhabilitation.	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**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

En grande partie

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

En grande partie

#### 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.

Partiellement

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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

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

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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

### Critère 1.e

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

## Cotation

A

### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui



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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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



**Cotation**

A

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

La stratégie de développement de l'EPP est inscrite dans les orientations stratégiques de l'établissement, dans le projet qualité et sécurité des soins. Ce projet se décline en politique, objectifs et mise en œuvre. Une réelle culture EPP est ancrée dans les pratiques des professionnels de l'établissement pour faire de l'EPP un outil de management. Les EPP sont déployées dans tous les secteurs cliniques et médicotechniques de l'établissement prenant en compte les enjeux des secteurs. La stratégie de développement des EPP intègre les axes suivants : le renforcement de la composition de la commission EPP/CME avec pour mission de définir les modalités de choix des thèmes et des enjeux de prise en charge des patients, l'organisation du suivi des démarches, l'engagement des professionnels et l'évaluation de l'impact des démarches sur les pratiques, l'intégration des indicateurs qualité, l'accompagnement méthodologique des groupes, la communication tout au long de la démarche sur les EPP en interne (instances, réunions encadrement, réunions de service, journal interne, soirée à thème...) et en externe (indicateurs nationaux, certification et participation

	Oui	aux réseaux et ARS), le respect des recommandations professionnelles, l'harmonisation des pratiques et l'accompagnement/management du changement des pratiques, le développement des concertations pluridisciplinaires et l'association des professionnels de santé et des gestionnaires.
Une concertation, entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie de l'EPP, est en place.	Oui	Il existe un dispositif de concertation entre professionnels de santé et gestionnaires. Celle-ci est réalisée dans le cadre de la commission EPP qui choisit les thématiques après analyse des propositions, identifie le potentiel d'amélioration et les enjeux en matière de santé publique, vérifie la cohérence avec les orientations stratégiques et le contrat d'objectifs et de moyens de l'établissement. Elle assure et effectue le suivi du déploiement dans tous les secteurs d'activité. Elle présente un bilan annuel en séance plénière. La commission EPP recense les thématiques identifiées par la CME, les cadres de secteur, la cellule qualité et gestion des risques, les instances internes (CLAN, CLUD, CLIN, etc.) et les professionnels ainsi que les EPP individuelles ou collectives des praticiens.
Les missions et les responsabilités sont définies pour organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médico-technique.	Oui	Les missions et les responsabilités relatives à l'organisation, la coordination, l'accompagnement, le suivi des démarches, l'engagement des professionnels et la communication sont définies dans les orientations stratégiques et dans le projet qualité et sécurité des soins.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en oeuvre de l'EPP.	Oui	Les membres du comité de pilotage qualité et de gestion des risques/commission EPP assurent un accompagnement méthodologique des professionnels pour la mise en oeuvre de l'EPP, le choix de la méthode et le suivi de la démarche. L'expertise est fournie par le binôme responsable qualité et gestionnaire des risques.

L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	Oui	Sous la responsabilité de la commission EPP/comité de pilotage qualité et GDR, un suivi des démarches est réalisé. Un rapport annuel est diffusé à la CME, ce qui permet de réactualiser la stratégie de déploiement à l'occasion du bilan. La direction, le président de la CME, l'encadrement soignant et médicotechnique sont membres de la commission EPP. Un tableau de bord permet de suivre l'état d'avancement des démarches. L'impact est apprécié par le suivi d'indicateurs et les résultats d'audits.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	Oui	L'établissement met en œuvre un processus d'information des professionnels sur la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus (diffusion des comptes-rendus sur intranet, présentation de l'état d'avancement des EPP dans le journal interne, comptes-rendus des réunions et des instances, organisation de soirées spéciales EPP, etc.). Les comptes-rendus du groupe EPP renseignent sur l'état d'avancement des démarches EPP et les résultats obtenus.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	L'établissement a identifié les instances auprès desquelles il rend compte de ses démarches EPP (direction, CME, cellule qualité et GDR, CLAN, CLUD, CLIN, commission de soins, etc.).
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	Oui	La stratégie est révisée annuellement en tenant compte des résultats en termes d'amélioration et d'avancement des démarches.

## 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.	En grande partie	
<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.	En grande partie	
<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.	Partiellement	
--	---------------	--



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

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

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

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

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

### Critère 2.c Fonctionnement des instances

<b>Cotation</b>	<b>B</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.	En grande partie	
Les instances sont informées des suites données à leurs avis et décisions.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

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

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

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

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

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



<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les tableaux de bord comprennent des indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés à la conduite du projet d'établissement.	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**

B

#### 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.

Partiellement

Les compétences spécifiques pour les activités à risques ou innovantes sont identifiées.

Partiellement

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

Des dispositions sont mises en oeuvre, afin d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient, dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents.

Oui

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

## Référence 3: La gestion des ressources humaines

### Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants

<b>Cotation</b>	<b>B</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.	Partiellement	Une évaluation de la formation des nouveaux arrivants est réalisée, cependant l'établissement n'a pas mis en place d'évaluation de l'efficacité des actions d'intégration, à partir d'audits ou d'évaluations des compétences attendues des professionnels pour le poste donné.

## 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.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions de prévention des risques sont mises en oeuvre, en collaboration avec le CHSCT et le service de santé au travail.	En grande partie	

Des actions d'amélioration des conditions de travail sont mises en oeuvre.	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.	Partiellement	
Ces évaluations donnent lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	

### 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.

Non

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

**E3 Evaluer et améliorer**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

## Référence 4: La gestion des ressources financières

### Critère 4.a Gestion budgétaire

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



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

## Référence 4: La gestion des ressources financières

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

<b>Cotation</b>	<b>B</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.	En grande partie	
<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.	En grande partie	

## Référence 5: Le système d'information

### Critère 5.a Système d'information

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

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

## Référence 5: Le système d'information

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

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

## Référence 5: Le système d'information

### Critère 5.c Gestion documentaire

<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.	En grande partie	
Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent.	Oui	
Le système de mise à jour des documents est opérationnel.	Oui	

<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>	A	
<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 oeuvre.	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>	<b>B</b>	
<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.	En grande partie	
Les attentes des professionnels en matière de restauration sont recueillies.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les préférences des patients sont prises en compte.	En grande partie	
Des solutions de restauration sont proposées aux accompagnants.	Oui	

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

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

### Critère 6.d Gestion du linge

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

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

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

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

### Critère 6.e Fonction transport des patients

<b>Cotation</b>	A	
<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.	En grande partie	
<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 oeuvre.	Oui	
---	-----	--

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

### Critère 6.f Achats écoresponsables et approvisionnements

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les besoins des secteurs d'activité sont évalués sur le plan quantitatif et qualitatif, en associant les utilisateurs.	En grande partie	
La politique d'achat et de relation avec les fournisseurs prend en compte les principes applicables à un achat éco-responsable.	Partiellement	
<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.	Partiellement	

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

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



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

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

Pour les équipements majeurs (susceptibles de mettre en danger la vie du patient en cas de dysfonctionnement), une maintenance 24 h/24 et 7 j/7 est organisée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Pour les patients à haut risque vital, l'HAD s'assure de leur signalement à « Electricité Réseau Distribution France ».	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
<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 oeuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La maintenance 24 h/24 et 7 j/7 est évaluée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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

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

### Critère 7.a Gestion de l'eau

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

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

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

En grande partie

### 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.	Partiellement	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	



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

### Critère 7.b Gestion de l'air

**Cotation**

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui

Des dispositions sont prévues en cas de travaux.

En grande partie

#### 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 oeuvre.	Oui	

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

### Critère 7.c Gestion de l'énergie

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

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

Un diagnostic énergétique est réalisé.

Oui

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

En grande partie

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

Un plan de maintenance des installations est mis en oeuvre.

Oui

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

En grande partie

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

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

### Critère 7.d Hygiène des locaux

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

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

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

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

### Critère 7.e Gestion des déchets

<b>Cotation</b>	A	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins décline la politique globale et les objectifs d'amélioration fixés pour l'établissement. Le programme est constitué d'actions au niveau de l'établissement, déclinées en plans d'action sur les commissions et les divers groupes de travail existants (COMEDIMS, CLUD, EOH/CLIN, identitovigilance, développement durable, bloc opératoire, etc.).
Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements, ainsi que les risques majeurs et récurrents.	Oui	Le programme est globalisé sur l'établissement et prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, l'analyse des événements indésirables, les dysfonctionnements et les risques majeurs et récurrents sur la douleur, l'identitovigilance, le bloc opératoire, la sécurité, l'éducation nutritionnelle, l'hygiène, etc.
Les activités, réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins, sont prises en compte.	Oui	Les activités, réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins, sont prises en compte. Une présentation PowerPoint de l'activité anesthésie et stomatologie a été effectuée par l'établissement pour les médecins concernés.

Le programme est soumis aux instances.	Oui	Le programme qualité est présenté annuellement à la CME et aux sous commissions de la CME.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Chaque secteur d'activité ou commission met en œuvre les actions du plan d'action le concernant. Un responsable est désigné pour chaque entité (responsable, référent ou président). Un calendrier est fixé pour chaque action du plan d'action.
<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.	En grande partie	Chaque secteur d'activité ou commission fait régulièrement un état des lieux de l'avancement de son plan d'action et révisé son calendrier si besoin. Cependant, ce suivi n'est pas réalisé tous les trimestres, mais deux ou trois fois par an au rythme des réunions et des commissions. Le programme d'action global est suivi annuellement par la responsable qualité qui réajuste également le calendrier en fonction de l'état des lieux effectué au niveau des responsables des services (soins et bloc), des présidents des commissions ou des référents (identitovigilance et développement durable).
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	Oui	L'atteinte des objectifs du programme qualité est mesurée annuellement par la responsable qualité et présentée au COPIL, à la CME et à la direction. Les indicateurs nationaux, régionaux et les indicateurs de suivi interne contribuent à cette évaluation.
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	Oui	Le COPIL, la CME et la direction vérifient annuellement l'atteinte des objectifs qualité et décident des ajustements à apporter au programme pour la période suivante. Le réajustement du programme permet également de réviser la politique qualité de l'établissement.

**Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins****Critère 8.b****Fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins**

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

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

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

<b>Cotation</b>	A	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une veille réglementaire est organisée par un responsable identifié.	Oui	
La direction établit un plan de priorisation des actions à réaliser suite aux contrôles internes et externes. Ce plan prend en compte la parution de nouvelles exigences réglementaires.	Oui	
<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.	En grande partie	
---	------------------	--

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

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

<b>Cotation</b>	B	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement évalue les risques dans les secteurs d'activité.	Oui	
Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie.	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.	En grande partie	
Les professionnels concernés sont formés à l'analyse des risques a priori.	En grande partie	

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



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

Critère 8.e  
Gestion de crise

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



Cotation

A

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

Une organisation est en place pour signaler les événements indésirables. Une procédure décrit cette organisation. Un support unique papier de signalement des événements indésirables est en place. Un guide de signalement est élaboré. Le gestionnaire des risques coordonne le système de déclaration des événements indésirables.

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

Tous les professionnels ont été formés à l'utilisation des supports de signalement. Des formations sont régulièrement mises en place par la gestionnaire des risques. Le guide de signalement est à la disposition du personnel sur intranet.

Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.

Oui

Les professionnels concernés ont été formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes (cellule de crise, EOH, RMM, CME/COMEDIMS, comité de GDR, cellule des EI, direction et encadrement). Les formations tiennent compte de l'identification des besoins et des objectifs. Il existe des supports de formations (RMM).

L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée, en associant les acteurs concernés.	Oui	Le processus de hiérarchisation des risques permet d'identifier les événements indésirables nécessitant une analyse des causes profondes. Ces événements indésirables bénéficient d'une analyse approfondie pluriprofessionnelle associant les professionnels concernés (acteurs, instances, responsables, praticiens, gestionnaire des risques, etc.). Les méthodes utilisées sont les RMM, le retour d'expérience, les 5M.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions correctives sont mises en oeuvre suite aux analyses.	Oui	Suite aux analyses des événements indésirables, des actions correctives sont proposées, définies et validées par la direction. Elles sont mises en œuvre sous la responsabilité des cadres ou responsables des différents secteurs d'activité. La coordination et le suivi sont assurés par le gestionnaire des risques.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	Oui	L'analyse des événements indésirables permet d'identifier les causes profondes des événements récurrents. Cette analyse se fait avec les parties prenantes concernées : direction, encadrement, médecins, instances, gestionnaire des risques, etc. Des plans d'action sont mis en place. Le comité GDR veille à la coordination des plans d'action et en assure le suivi.
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	Oui	Un dispositif de mesure de l'efficacité des actions correctives est mis en œuvre sur l'ensemble du programme : indicateurs, tableaux de bord, audits, rapport annuel GDR.

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

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



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

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

Critère 8.h  
Bon usage des antibiotiques



<b>Cotation</b>	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.	A	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	
La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heure est inscrite dans le dossier du patient.	Non	

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 inter-régionales), 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>	B	
<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.	Non	

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

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

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

<b>Cotation</b>	B	
<b>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.	Oui	
<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.	En grande partie	

Les professionnels disposent des documents nécessaires à l'exploitation des équipements biomédicaux.	Partiellement	
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

L'établissement a défini une organisation de la gestion des plaintes et des réclamations. La CRU est opérationnelle. Sa composition et son fonctionnement sont conformes à la réglementation. Des procédures sont élaborées (gestion des plaintes et des réclamations, saisie de la CRU, gestion des conciliations et des contentieux). Ces procédures identifient les supports d'enregistrement, les circuits et les responsabilités. L'établissement informe les patients sur leurs droits dans le livret d'accueil, notamment en ce qui concerne les plaintes et les réclamations. Il définit les modalités pour formuler une plainte et une réclamation, les personnes à contacter, les missions de la CRU et le dispositif de médiation.

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

Oui

Une procédure définit le circuit des plaintes et des réclamations. Les fiches de signalement des événements indésirables alimentent les analyses des plaintes et des réclamations dans le cadre de la CRU. Les plaintes et les réclamations sont prises en compte dans le cadre de l'élaboration du programme de gestion des risques globalisés.

<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	Les professionnels concernés par les plaintes et les réclamations sont associés à l'analyse et à l'élaboration des actions mises en oeuvre (praticiens et salariés). Les enquêtes de satisfaction relevant des insatisfactions font l'objet d'analyses avec la participation des professionnels concernés.
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre.	Oui	La direction adresse un courrier au plaignant lui expliquant les actions mises en place suite à sa plainte ou le dispositif de médiation à suivre si la réponse ne le satisfait pas.
<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	Toutes les plaintes et réclamations sont portées à la connaissance de la CRU. Celle-ci est informée des actions investiguées, des actions correctives menées et des délais de réponse aux plaignants. Un tableau de bord est présenté à la CRU. Le programme qualité global intègre les actions menées par la CRU (actions de l'année écoulée et programme de l'année à venir).

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

Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.	En grande partie	
Des actions, visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance, sont mises en oeuvre.	En grande partie	
<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.	Partiellement	

**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.	En grande partie	
<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****Cotation**

B

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

Les mesures, permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient, sont identifiées.

Oui

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

L'organisation et les pratiques de l'établissement permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.

Oui

Les modalités de partage des informations, relatives au patient, permettent le respect de la confidentialité.

En grande partie

Les professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient.

Oui

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



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

<b>Cotation</b>		
	<b>B</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.	En grande partie	

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.	Non	
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

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

Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles.	Oui	
La mise en oeuvre du respect des libertés individuelles est organisée.	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 personnalisé.	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.).	Partiellement	
Des actions d'amélioration, portant sur la préservation des libertés individuelles et sur la gestion des mesures de restriction de liberté, sont mises en place.	Partiellement	

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

### Critère 11.a - Court Séjour

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

<b>Cotation</b>		
	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une organisation, relative à l'information donnée au patient, est définie.	Non	
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.	En grande partie	
<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.	En grande partie	

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

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

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

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



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 dommage lié aux soins est définie.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommage lié 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 dommage lié 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 de prise en charge de la douleur est centrée sur le patient et sa prise en charge dès la consultation d'anesthésie jusqu'à sa sortie et au-delà. Elle est définie par le CLUD, déclinée en objectifs avec identification des prises en charge ciblées en cohérence avec les objectifs nationaux. La prise en charge de la douleur psychique, physique et de la douleur induite par les soins est priorisée. Le CLUD élabore un programme annuel d'actions déployées dans tous les secteurs de prises en charge. La mise en œuvre du programme mobilise les instances internes qualité et gestion des risques et les instances décisionnelles (COMEDIMS, CME, comité de direction...). Il assure un bilan annuel de ses activités.

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

Oui

Des procédures thérapeutiques et préventives sont rédigées par le CLUD depuis 2001. Elles sont réalisées en référence avec les recommandations de bonnes pratiques de sociétés savantes. Les protocoles sont définis pour toutes les prises en charge et réactualisés régulièrement. Ils sont adaptés à chaque type de patients (enfants, adulte et personne âgée), à chaque spécialité chirurgicale, à la douleur induite par le

	Oui	soin. Les protocoles sont facilement accessibles par intranet. Des protocoles comportant des moyens non médicamenteux (acupuncture, changement de position, etc.) sont proposés.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Le programme de formation tient compte des besoins en formation recueillis dans le cadre d'enquêtes par questionnaire auprès de chaque professionnel annuellement, des entretiens annuels d'évaluation des agents, sur proposition du CLUD et au regard des évolutions de l'activité de l'établissement. Des formations en interne relatives à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur sont planifiées. Les formations en interne répondent aux besoins exprimés par les professionnels et sont animées par les praticiens, les membres du CLUD ou par des professionnels externes. Les supports de formation sont mis à disposition de l'ensemble des professionnels et consultables sur intranet.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	L'éducation du patient est organisée dès sa consultation anesthésique et au cours de sa prise en charge. Le patient est informé sur les différentes techniques d'anesthésie et les prises en charge postopératoires. Les documents d'information sont remis aux patients : le livret "Sparadraps" pour les enfants et les fiches d'information d'anesthésie. Les actions d'éducation mises en place et réalisées par l'ensemble des professionnels tout au long de sa prise en charge font suite aux audits de satisfaction du patient et aux EPP organisées dans l'établissement.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Prise en charge de la douleur" et de sa valeur de 96 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [92 % - 100 %] pour la campagne 2011.

Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	L'évaluation de la douleur est effectuée pour vérifier l'efficacité d'un traitement algique. Le traitement est ajusté en fonction des évaluations et au regard des protocoles. Les prises en charge thérapeutiques sont procédurées et décrivent les arbres décisionnels selon la mesure de l'évaluation. L'évaluation de la douleur est tracée dans le dossier du patient. Les modifications de traitement sont enregistrées dans le dossier du patient informatisé.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	En grande partie	Des échelles spécifiques sont mises à disposition. Le CLUD a validé en 2007 l'utilisation de l'échelle CHEOPS pour les enfants de 1 à 6 ans. En 2001, l'échelle ALGOPLUS est validée pour la personne âgée non communicante. Des protocoles d'utilisation ont été élaborés. Des actions de formation ont été organisées.
<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	Les cadres s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils relatifs à la prise en charge de la douleur par supervision et au cours des réunions de service. Des audits de connaissances ont été réalisés auprès des professionnels. Les résultats ont été communiqués à l'encadrement et aux professionnels. L'établissement procède depuis 2008 à l'évaluation de la traçabilité de la douleur EVA à JO et J1. Les résultats ont conduit à des actions de sensibilisation afin de poursuivre l'évaluation de la douleur en postopératoire. Lors de la formation de tout nouvel arrivant, une réglette EVA est remise à l'IDE avec le livret d'accueil ainsi qu'une information sur les actions du CLUD dans l'établissement.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Prise en charge de la douleur". Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation. La satisfaction de la prise en charge de la douleur est évaluée depuis 2007 auprès des patients. Un questionnaire spécifique est remis. Les insatisfactions mentionnées sur le questionnaire de sortie et sur ce questionnaire spécifique sont exploitées et suivies. Les résultats sont diffusés aux professionnels par le journal interne. Pour chaque patient, au moment de sa sortie, le soignant évalue à l'aide d'une

	Oui	grille de score la douleur ressentie. Tous les patients sont revus le lendemain de leur sortie lors de leur consultation. Une évaluation est alors réalisée.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Les tableaux de bord d'évolution de la satisfaction des patients, des indicateurs IPAQSS, des indicateurs de l'audit du dossier du patient interne et les résultats de l'audit de connaissances des professionnels sont analysés en réunions de CLUD. Suite à l'analyse des résultats, des actions d'amélioration sont définies dans le cadre d'un programme annuel d'actions (formations en interne réalisées par les praticiens, sensibilisation des professionnels, réactualisation de protocoles thérapeutiques, choix d'échelles spécifiques, etc.).
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	Le CLUD participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place avec le CLUD de la clinique voisine. Elle travaille en lien avec le réseau ENFANT DO du CHU de Toulouse (mise en place de l'échelle CHEOPS). Il participe aux journées régionales inter-CLUD de la région Midi-Pyrénées.

**Référence 13: La fin de vie****Critère 13.a - Court Séjour**  
**Prise en charge et droits des patients en fin de vie****Cotation**

NA

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

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

NA

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

NA

Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.

NA

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

Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.

NA

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



Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	
--	----	--

## PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

## Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation		A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.	Oui	L'établissement a mis en place le dossier du patient informatisé. Les règles de tenue et le contenu du dossier sont définis dans un guide d'utilisation diffusé dans les secteurs d'activité concernés (entrées, soins et bloc opératoire). Des conduites à tenir sont également affichées dans les services. Le guide utilisateur du logiciel a été transmis à tous les services.	
Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et diffusées.	Oui	Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, sont formalisées et diffusées sur intranet. Les professionnels ont un accès personnalisé au dossier du patient informatisé. Chaque intervenant a un mot de passe. Le responsable SIH forme les professionnels concernés aux règles d'accès. La transmission des éléments nécessaires à la continuité des soins en aval du séjour repose sur une fiche de liaison interétablissement et les courriers de sortie des praticiens.	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	En grande partie	Compte tenu de la classe de l'indicateur "Tenue du dossier" et de sa valeur de 77 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [73 % - 80 %] pour la campagne 2011.
La communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes est assurée en temps utile.	Oui	Les informations contenues dans le dossier du patient sont partagées entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient. Le dossier du patient informatisé est accessible sur chaque poste informatique de chaque service (mot de passe pour chaque intervenant). Lors d'examens complémentaires, les bons d'examens renseignés accompagnent le patient (dossier carton). La demande de dossier par les correspondants externes est formalisée. La traçabilité des demandes est assurée. Les délais d'obtention des dossiers archivés au-delà de N - 2 est de 48 h.
<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". Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation du dossier du patient : audit du dossier du patient annuel de 2002 à 2010, avec conservation d'indicateurs non intégrés dans les IPAQSS (consignes diététicienne, traçabilité des soins, traçabilité de la personne de confiance, etc.).
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux évaluations des dossiers de patients. Les programmes d'action ont permis : l'amélioration de l'informatisation des supports papier, l'élaboration de courriers de sensibilisation, des actions de communication, des réunions de travail, etc. Le suivi est assuré par la direction, la CME, la commission de soins infirmiers, les cadres.

## Référence 14: Le dossier du patient

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



### Cotation

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

L'accès du patient à son dossier est organisé.

Oui

L'établissement organise l'accès du patient à son dossier selon la réglementation en vigueur. Une procédure définit les règles de demande et de transmission du dossier au patient lui-même, au patient mineur, aux titulaires de l'autorité parentale, au tuteur, aux ayants droit d'une personne décédée, au médecin désigné comme intermédiaire, à un autre établissement de santé, à une instance juridique. La procédure est accessible à tous les professionnels sur intranet. La communication du dossier est assurée sous le contrôle du médecin responsable de la prise en charge du patient.

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Le patient est informé des droits d'accès à son dossier par le livret d'accueil, l'affichage de la charte de la personne hospitalisée dans tous les services et le site Internet de l'établissement.

L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	Oui	La TIM est responsable de la gestion des demandes de dossiers de patients. Un tableau de bord trimestriel indique les délais d'accès des patients à leurs dossiers. Le délai moyen est de 5 jours pour 2011.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	La TIM évalue les délais de transmission des dossiers sur un tableau de bord qui est présenté en CRU. En fonction des résultats, la CRU définit des actions d'amélioration.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	Le nombre de demandes de dossiers de patients, les délais moyens de transmission des dossiers de patients sont tracés sur un tableau de bord de suivi. Ces indicateurs sont présentés en CRU tous les trimestres et des actions d'amélioration sont définies.

## Référence 15: l'identification du patient

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



Cotation		
A		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
<p>Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient, à toutes les étapes de sa prise en charge, sont définis.</p>	Oui	<p>Une organisation est mise en place pour garantir la fiabilité de l'identification du patient tout au long de son séjour. Cette organisation est déclinée dans le projet qualité et sécurité des soins. L'établissement a créé un groupe de travail sur l'identitovigilance. Ce dernier a élaboré les procédures d'identitovigilance, formalisé un programme d'actions révisé annuellement. Les procédures identifient les verrous de sécurité clinique sur les points critiques du parcours de soin. Les procédures sont rédigées et diffusées dans les secteurs d'activité aussi bien administratifs que de soins. Le responsable SIH de l'établissement a été nommé identitovigilant. Une information sur l'identitovigilance figure dans le livret d'accueil du patient.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
<p>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.</p>	Oui	<p>Des formations en identitovigilance ont été réalisées pour le personnel administratif et soignant. La formation du nouvel arrivant intègre une séquence sur l'identitovigilance. Sur les trois dernières années, chaque année, une vingtaine de professionnels a suivi des formations sur l'identitovigilance</p>

	Oui	et les verrous de sécurité, sur la prévention des erreurs d'identification du patient et sur l'usage de la check-list du bloc opératoire (PowerPoint, film, affichage conduite à tenir, campagne identitovigilance).
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Une procédure d'accueil administratif des patients définit la conduite à tenir en matière de contrôle et de création de l'identité des patients en préadmission. Cette procédure est diffusée et appliquée par le personnel du service concerné. Une procédure de gestion d'une alerte pour présence d'homonymie est également formalisée et diffusée sur le service des entrées.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	Oui	Une procédure "Accueil d'un patient hospitalisé dans le service de soins" est formalisée et diffusée dans les secteurs concernés via intranet. Elle définit la conduite à tenir au niveau du contrôle de l'identité du patient lors de son arrivée dans le service, le contrôle de la concordance de l'étiquette avec l'identité du patient. Le bracelet d'identification du patient est systématique à l'arrivée du patient dans le service jusqu'à sa sortie. La check-list est utilisée au bloc opératoire. Un audit sur l'exhaustivité de la traçabilité des informations contenues dans la check-list a été réalisé.
<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	Des audits sont réalisés régulièrement dans le secteur administratif (erreur et correction d'identification, présence d'homonymie, dates de naissance). Les événements indésirables d'identitovigilance sont analysés en RMM, ils sont suivis en continu et font partie des événements sentinelles traités immédiatement en cellule événement indésirable. La check-list du bloc opératoire fait l'objet de plusieurs audits (audit de dossiers et évaluations en temps réel). La cartographie des risques intègre également l'analyse des risques concernant l'identitovigilance. Suite à ces évaluations, des actions d'amélioration sont mises en place. La formation du personnel est priorisée (film pédagogique sur l'utilisation de la check-list, etc.).



## 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 de remise du livret d'accueil.	Oui	
L'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées.	Oui	
Des dispositions sont prises afin d'assurer la prise en charge ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence.	Oui	
<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.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le dispositif d'accueil du patient est évalué.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre en lien avec la CRU.	Oui	

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

### Critère 17.a - Court Séjour

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

<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 personnalisé 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 personnalisé.	Oui	
Le projet de soins personnalisé est réajusté en fonction d'évaluations périodiques de l'état de santé du patient, en impliquant le patient et, s'il y a lieu, l'entourage.	Oui	
<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.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en place en fonction des résultats des évaluations.	Oui	

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

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



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

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

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

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

### Critère 18.a - Court Séjour

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

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

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

## Référence 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>A</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>		<b>Constats</b>
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	Oui		
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>		<b>Constats</b>
La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.	Oui		
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	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.	Oui	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.	Oui	

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - Enfants et adolescents

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

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

<b>Cotation</b>		<b>A</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	Oui		
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	
La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.	Oui		
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	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.	Oui	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.	Oui	

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

<b>Cotation</b>		<b>A</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	Oui		
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	
La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.	Oui		
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	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.	Oui	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.	En grande partie	

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - Personnes démunies

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

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

<b>Cotation</b>		<b>A</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	Oui		
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	
La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.	Oui		
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	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.	Oui	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.	En grande partie	

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - Personnes 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		A
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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 la valeur de 98 % avec un intervalle de confiance à 95 % = (95 % - 100 %) pour la campagne 2011.



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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

<b>Cotation</b>	B	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les patients présentant un risque suicidaire sont identifiés.	Oui	
<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.	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.	Non	
Tout suicide ou tentative de suicide, intervenant dans le temps de la prise en charge, fait l'objet d'une analyse pluriprofessionnelle, en particulier psychiatrique, et formalisée.	Oui	
Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient.	Non	

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.d Hospitalisation sans consentement

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

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

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

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



**Cotation**

A

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

Une politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient est formalisée et concertée. Elle est développée dans les orientations stratégiques de l'établissement 2010-2015, dans les objectifs du CPOM, le contrat de bon usage des médicaments et repris comme axe prioritaire dans le programme qualité et gestion des risques de l'établissement. La politique prend en compte les objectifs du contrat de bon usage, les suites d'inspection et contrôles de la PUI, les décisions de la certification V1 et V2007, la prévention des risques associés à chaque étape de la prise en charge, la formation des professionnels et des nouveaux arrivants aux procédures, les actions d'amélioration définies lors de l'analyse des erreurs médicamenteuses REMED et l'informatisation avec un déploiement à 100 %.

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

Oui

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est intégrée au schéma directeur du système d'information. Le déploiement est achevé depuis juillet 2011 avec une informatisation complète du circuit du médicament.

Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les prises en charge médicamenteuses sont protocolisées. Les protocoles sont élaborés, actualisés et validés par le CLUD et accessibles dans le dossier informatisé DOPASOINS. Le logiciel permet l'accès direct au Vidal mis à jour régulièrement ainsi qu'au livret thérapeutique pour les prescripteurs. Des outils d'aide sont mis à disposition pour faciliter la prescription, l'analyse pharmaceutique et l'administration des médicaments.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	Les membres de la CME/COMEDIMS ont été formés à la méthode "revue des erreurs liées au médicament et dispositif associé" (REMEDI). Des actions de sensibilisation ont été menées en 2010, 2011 auprès des professionnels dans le cadre de formations en interne sur les erreurs médicamenteuses et leur signalement, y compris associées à l'informatisation (présentation film OMS "Learning From Errors", échanges d'expériences). Un référent pharmaceutique en unité de soins DOPASOINS est identifié.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	Après un déploiement progressif, le circuit du médicament est intégralement informatisé et opérationnel depuis juillet 2011.
<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	Un suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs est réalisé en cohérence avec le contrat de bon usage : consommation des antalgiques, consommation des antibiotiques, nombre de lignes de prescription de médicaments hors GHS et antibiotiques à dispensation contrôlée, nombre de dispositifs médicaux implantables. Ces indicateurs font l'objet d'un suivi dans le cadre de la CME/COMEDIMS, du CLUD, du CLIN/EOH, du CBUM. Un suivi des indicateurs qualitatifs est réalisé par la cellule qualité et gestion des risques avec la pharmacie et les groupes EPP concernés (pertinence des prescriptions, nombre d'avis pharmaceutiques émis, etc.). Le recueil des indicateurs suit

	En grande partie	les exigences calendaires du rapport d'étape du CBUM, du recueil des indicateurs IPAQSS, du bilan annuel d'activité de lutte contre les infections nosocomiales et de l'état d'avancement des groupes EPP.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Le recueil des signalements des erreurs médicamenteuses est intégré au dispositif de recueil des signalements des événements indésirables. L'analyse des erreurs médicamenteuses est réalisée en deux étapes : pour un bilan de situation par la gestionnaire des risques, et par le pharmacien en collaboration avec les professionnels concernés. L'analyse des erreurs médicamenteuses dites événements sentinelles fait l'objet d'une étude approfondie, méthodique et collective par la CME/COMEDIMS selon la méthode REMED. Les erreurs avérées et potentielles sont concernées. L'organisation a défini : une personne référente en charge du recueil d'information, des critères de signalement, une fiche de signalement, un circuit défini et une méthode validée d'analyse type REMED.
Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs avec rétro-information des professionnels.	En grande partie	Les actions d'amélioration sont mises en œuvre suite aux diverses EPP réalisées, aux conclusions des rapports d'étape du CBUM, aux indicateurs IPAQSS et aux analyses des erreurs médicamenteuses. Les actions réalisées ont pour objectif de renforcer les connaissances des professionnels par l'apport de formation et d'information, par l'intervention régulière de la gestionnaire des risques, du responsable qualité et du pharmacien, la formation des membres de la CME/COMEDIMS à la méthode REMED ainsi que le développement de l'informatisation du circuit du médicament.



## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



### Cotation

A

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

Les règles et supports de prescription sont procédurés et disponibles sur le réseau informatique. Un guide "Utilisateur du dossier de soins informatisé" comprend les modalités de prescription informatisée. Il est accessible sur chaque poste informatique. Il existe un support unique de prescription et d'administration.

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

Oui

La continuité du traitement médicamenteux est organisée de la consultation préanesthésique jusqu'à la sortie, transferts inclus. Le patient est informé sur la nécessité de transmettre les informations sur son traitement personnel. La procédure de gestion du traitement personnel du patient est formalisée et diffusée. Elle repose sur la lisibilité fiable du traitement habituel et la sélection par l'anesthésiste du traitement à poursuivre. Un logiciel d'anesthésie interfacé avec le logiciel du patient permet d'importer les prescriptions proposées à l'entrée du patient dans le dossier du patient informatisé accessible dans tous les services. L'ensemble des prescriptions du séjour est consultable à toutes les étapes du parcours du patient. L'objectif poursuivi est d'éviter les omissions ou les doublons en matière de prescription. Les

	Oui	prescriptions à l'admission et les ordonnances de sortie tiennent compte du traitement dont disposait le patient avant son hospitalisation.
Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont définies.	Oui	Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation sont formalisées. Le circuit complet du médicament fait l'objet de rédaction de procédures. La procédure de dispensation intègre les éléments garantissant sa sécurisation. L'accès aux données cliniques et biologiques du patient permet l'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient. L'acheminement des médicaments vers les services répond aux exigences d'hygiène, de conservation, de sécurité et de conformité de livraison et de réception. Les dispensations sont à délivrance nominative pour les médicaments hors GHS, les antibiotiques à délivrance contrôlée et les médicaments à délivrance globale. L'approvisionnement en urgence fait l'objet d'une procédure diffusée dans tous les services sur intranet. Le conditionnement unitaire des médicaments comporte leur identification jusqu'au moment de l'administration.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	Les règles d'administration, y compris la non-administration, sont procédurées et accessibles à tout professionnel sur le système informatique. Une note médicale décrivant les modalités particulières d'administration peut être jointe à la ligne de prescription. Les modalités de traçabilité d'administration sont procédurées et contenues dans le guide d'utilisation du dossier du patient informatisé. Des procédures thérapeutiques avec les modalités d'administration sont rédigées. L'administration des médicaments est réalisée par les infirmières après contrôle de l'identité selon les règles d'identitovigilance définies dans l'établissement, contrôle des dates de péremption, de la voie d'administration et de l'absence d'allergie. Les règles de stockage sont définies et respectées.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Partiellement	Compte tenu de la valeur du critère "rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation" de l'indicateur "Tenue du dossier" et de sa valeur de 49 % pour la campagne 2011.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	L'analyse pharmaceutique réalisée par le pharmacien est systématique. Le déploiement de la délivrance nominative est effectif. Toutes les procédures thérapeutiques médicamenteuses sont validées par le pharmacien. Pour chaque prescription, une validation pharmaceutique est réalisée.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Oui	Les situations nécessitant une information des patients sont identifiées en fonction du type de médicament et du patient. L'information sur le bon usage des médicaments est réalisée par les professionnels pendant l'hospitalisation et à la sortie. L'information est structurée avec un objectif, une cible, un contenu. Des plaquettes d'information sont remises aux patients (utilisation des collyres). La traçabilité de l'information dans le dossier est assurée. Les professionnels sont sensibilisés au bon usage du médicament et aux événements indésirables liés au médicament par des cycles de formation organisés et par mise à disposition d'informations dans le journal interne.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'administration des médicaments est réalisée en temps réel au moment de l'administration. La non-administration d'un médicament est tracée dans le dossier du patient.
<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	Des audits du circuit du médicament sont réalisés annuellement depuis 2004. La qualité et la conformité des prescriptions médicamenteuses ainsi que l'administration des médicaments sont évaluées. Depuis 2008, la gestion des chariots d'urgence fait l'objet d'évaluations.
Des actions, visant le bon usage des médicaments, sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Un groupe EPP a mené deux audits de pertinence relatifs à la prise en charge médicamenteuse ciblée sur la personne âgée. Cet audit a conduit à des actions de communication auprès des professionnels et des actions d'amélioration.

## 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 oeuvre.	Oui	

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

### Critère 21.a - Court Séjour

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

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

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



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

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

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

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

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

### Critère 22.a - Court Séjour

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Référence 24: La sortie du patient

Critère 24.a - Court Séjour  
Sortie du patient



### Cotation

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui

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

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 28 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [18 % - 37 %] pour la campagne de 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.	Oui	



## PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

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

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



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

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

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

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

### Critère 26.a Organisation du bloc opératoire



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

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.	Oui	Les processus à risques sont identifiés pour la prise en charge des patients en ambulatoire et en hospitalisation. Le processus de prise en charge au bloc opératoire est formalisé. Il se décline en sous-processus et comporte pour chaque étape de la prise en charge des procédures. Les procédures d'urgences immédiate et différée sont élaborées et diffusées. Les processus interventionnels et supports font l'objet de procédures intégrées dans le manuel qualité.
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).	Oui	La démarche qualité et gestion des risques est partie intégrante la gestion du bloc. Elle comprend l'engagement de la direction, le détail du système documentaire, le management des responsabilités, l'organisation du travail, le circuit des informations et la communication interne, la formation des professionnels et notamment la formation des nouveaux arrivants, la gestion des événements indésirables ainsi que les outils de suivi et d'évaluation en vue d'actions d'amélioration. Cette démarche est concertée entre les professionnels médicaux, la direction, la qualité et la gestion des risques, les professionnels non médicaux. Les procédures relatives à la maîtrise de l'environnement, la

	Oui	sécurité des dispositifs médicaux sont validées, actualisées et accessibles aux professionnels.
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.	Oui	Une charte de fonctionnement est définie et validée par le conseil de bloc/CME. La charte précise les principes généraux de fonctionnement, les règles de rédaction, d'élaboration et de validation du programme opératoire, les horaires de fonctionnement, le rôle du régulateur du bloc opératoire et les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge du patient.
L'échange d'informations, nécessaires à la prise en charge du patient, est organisé entre le bloc opératoire, les secteurs d'activité clinique, médico-technique, technique et logistique.	Oui	L'organisation en place permet d'assurer la coordination entre les secteurs et les professionnels sur la prise en charge peropératoire. La communication entre le bloc et les services est facilitée. Des réunions hebdomadaires sont organisées avec l'encadrement des secteurs d'activité, pharmacie, stérilisation, hôtellerie, qualité et gestion des risques. Une procédure spécifique décrit les circuits d'échanges d'informations entre le bloc et les secteurs d'activité clinique, medicotechnique, technique et logistique. Le dossier informatisé du patient facilite l'échange d'informations, et est accessible et consultable à chaque étape de sa prise en charge dans le bloc opératoire par tous les professionnels. La diffusion du programme opératoire fait l'objet d'une procédure. Une gestion des maintenances préventives et curatives des dispositifs médicaux est facilitée par un système informatisé GMAO. L'établissement recueille l'indicateur "Tenue du dossier d'anesthésie" avec une valeur de 89 % avec un intervalle de confiance de 95 % = [87 % - 91 %].
Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.	Oui	Le système d'information du bloc opératoire est intégré au SIH. Il est formalisé. Des évolutions du système sont envisagées.
<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.	Oui	L'activité est régulée par un responsable identifié : responsable du bloc opératoire. Il est le garant du respect du programme et des prises en charge du patient. Le respect du programme fait l'objet d'un suivi (interventions annulées, reportées). Les dysfonctionnements sont identifiés et analysés en conseil de bloc/CME en présence des membres en charge de la qualité et de la gestion des risques ou en instances spécifiques en fonction des thématiques.
La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en oeuvre pour toute intervention de l'équipe opératoire.	Oui	Pour chaque intervention, une procédure de vérification de l'acte est mise en place. La check-list de sécurité du patient est remplie au fur et à mesure de la prise en charge et de manière partagée et croisée au sein de l'équipe. Un responsable est identifié. Cette procédure prévoit les modalités de traçabilité. Des actions de formation ont été mises en oeuvre : réalisation d'un film présenté aux professionnels du bloc opératoire par les membres de la qualité et de la gestion des risques sur l'intérêt et l'utilisation de la fiche. Des évaluations de la qualité du remplissage sont organisées et font l'objet d'actions d'amélioration.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes incluant les vérifications effectuées est assurée.	Oui	La traçabilité des dispositifs médicaux implantables est assurée conformément aux engagements du contrat du bon usage du médicament. Le dossier du patient intègre la traçabilité des DMI : support unique de prescription et d'implantation, compte-rendu opératoire. La traçabilité des DMI est remise au patient.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	Oui	Les professionnels s'appuient sur des procédures et des protocoles issus de documents actualisés. Un livret est remis à chaque nouvel arrivant.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficience, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est assuré, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	Il existe un tableau de bord d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs. Le suivi des indicateurs est assuré par le conseil de bloc/CME. L'analyse des indicateurs et des fiches d'évènements indésirables dans le cadre de RMM donne lieu

Oui	à des actions d'amélioration. Un retour d'information est assuré auprès des professionnels au travers de comptes-rendus et du journal interne.
-----	--

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



<b>Cotation</b>	NA	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>



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

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

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



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

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

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

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



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

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

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

### Critère 26.c

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

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

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

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

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

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



## PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

## Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28.a

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



Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique ou médico-technique organisent la mise en oeuvre des démarches d'EPP.	Oui	
Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.	Oui	
Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées, dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mettent en oeuvre des démarches d'EPP.	Oui	

L'engagement des professionnels est effectif.	En grande partie	
Des actions de communication, relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats, sont mises en oeuvre.	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.	En grande partie	

## 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 oeuvre d'actions d'amélioration.	Oui	
Des guides de bon usage des soins sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

## Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

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



<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.	En grande partie	
---	------------------	--

## 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 SAINT-NICOLAS (310780085)

### Résultats des indicateurs de qualité Dossier du Patient - Champ MCO

#### Référence Nationale

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

#### Etablissement : CLINIQUE SAINT-NICOLAS (310780085)

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)	73 [70 - 76]	●	(-)	➔	77 [74 - 80]	●	(=)	NA	77 [73 - 80]	●	(=)	➔				
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (%)	4 [0 - 8]	●	(-)	➔	19 [10 - 27]	●	(-)	➔	28 [18 - 37]	●	(-)	➔				
Traçabilité de l'évaluation la douleur (%)	94 [88 - 99]	●	(+)	➔	90 [83 - 97]	●	(+)	➔	96 [92 - 100]	●	(+)	➔				
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 (%)	100 [100 - 100]	●	(+)	➔	100 [100 - 100]	●	(+)	➔	98 [95 - 100]	●	(+)	➔				

## Etablissement : CLINIQUE SAINT-NICOLAS (310780085)

### Résultats des indicateurs de qualité Dossier d'anesthésie - Champ MCO

#### Référence Nationale

Libellé indicateur	Année 2009			Année 2010			Année 2011			Année 2012		
	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre
	Nb d'ES	Valeur		Nb d'ES	Valeur		Nb d'ES	Valeur		Nb d'ES	Valeur	
Tenue du dossier d'anesthésie (score sur 100)	1015	75	NA	1012	80	80	1004	84	80			

#### Etablissement : CLINIQUE SAINT-NICOLAS (310780085)

Libellé indicateur	Année 2009				Année 2010				Année 2011				Année 2012			
	Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire :			
	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.
Tenue du dossier d'anesthésie (score sur 100)	75 [72 - 79]	●	NA	→	87 [84 - 91]	●	(+)	↗	89 [87 - 91]	●	(+)	→				

## 7.BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE

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

Nom de l'établissement : CLINIQUE SAINT NICOLAS

N° FINESS : 310780085

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	Inspection de la pharmacie	19 avril 2006	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stérilisation des dispositifs médicaux	inspection Régionale de la Pharmacie	21/10/2004	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sous traitance de la stérilisation avec la clinique SARRUS TEINTURIERS
Désinfection des dispositifs médicaux			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non concerné
Laboratoires d'analyses de biologie médicale			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non concerné
Infrastructures	Commission communale de sécurité	13/04/2010	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le suivi des prescriptions est assuré par l'équipe technique et par des prestataires extérieurs
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite <input type="checkbox"/> périodique	Commission communale de sécurité	13/04/2010	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le suivi des prescriptions est assuré par l'équipe technique et par des prestataires extérieurs
Sécurité électrique	Commission communale de sécurité	13/04/2010	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le suivi des prescriptions est assuré par l'équipe technique et par des prestataires extérieurs
Hygiène alimentaire et eau d'alimentation	Direction des Services Vétérinaires	15/02/2008	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eaux à usage médical			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non concerné

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Eaux à usage technique			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aucun contrôle réalisé
Eaux chaudes sanitaires	DRASS	18/10/2005	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déchets à risques infectieux et pièces anatomiques.	23/10/2003	SCHS Mairie de Toulouse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déchets à risques radioactifs			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non concerné
Déchets à risques chimiques et toxiques, effluents liquides			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aucun contrôle réalisé
Produits sanguins labiles			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aucun contrôle réalisé
Sécurité anesthésique			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aucun contrôle réalisé
Secteur opératoire			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aucun contrôle réalisé
Imagerie et exploration fonctionnelle			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non concerné
Radiothérapie			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non concerné
Prévention des risques liés à l'inhalation de poussière d'amiante			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non concerné