



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION V2010

CLINIQUE DU LITTORAL

Parc du champ gretz - 62180 - Rang-Du-Fliers

NOVEMBRE 2013

SOMMAIRE

PREAMBULE	4
1. Les objectifs de la certification des établissements de santé	5
2. Les niveaux de certification	6
1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	8
2. DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	11
1. Niveau de certification	12
2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	13
3. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	14
4. Critères investigués lors de la visite de certification	15
5. Suivi de la décision	16
3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS	18
1. Le positionnement de l'établissement sur l'ensemble des thématiques	21
2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires	22
3. Regard Patient	23
4. SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	24

5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	29
CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	31
PARTIE 1. Management stratégique	32
PARTIE 2. Management des ressources	57
PARTIE 3. Management de la qualité et de la sécurité des soins	98
CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT	126
PARTIE 1. Droits et place des patients	127
PARTIE 2. Gestion des données du patient	152
PARTIE 3. Parcours du patient	161
PARTIE 4. Prises en charge spécifiques	211
PARTIE 5. Evaluation des pratiques professionnelles	225
6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	232
7. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE	234

PREAMBULE

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

1. Les objectifs de la certification des établissements de santé

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

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

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

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

Elle ne note pas les professionnels de santé.

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

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

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

2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

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

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

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

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

1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

CLINIQUE DU LITTORAL

Adresse : Parc du champ gretz
62180 Rang-Du-Fliers PAS-DE-CALAIS

Statut : Privé

Type d'établissement : Etablissement privé à but lucratif

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Santé mentale	63	15	0

Nombre de sites.:	Un site
Activités principales.:	Santé mentale, hospitalisation complète et de jour
Activités de soins soumises à autorisation.:	Santé mentale
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	<p>Activité d'entretien des locaux sous-traitée à une entreprise certifiée ISO 9001/2008.</p> <p>Activité de restauration sous-traitée à une entreprise certifiée ISO 9001/2008.</p> <p>Activité d'entretien du linge et des vêtements professionnels sous-traitée à une entreprise certifiée ISO 9001/2008.</p> <p>Activité de prélèvements en termes d'hygiène sous-traitée à une entreprise certifiée ISO 9001/2008 et EN ISO/CEI 17025/2005.</p> <p>Activité de maintenance des ascenseurs sous-traitée à une entreprise certifiée ISO 9001/2008.</p> <p>Activité des installations de gestion d'énergie sous-traitée à une entreprise certifiée ISO 9001/2008.</p> <p>Activité d'entretien des installations d'assainissement et de VMC confiée à une entreprise certifiée ISO 9001/2008.</p>

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	<p>* Convention en date de juillet 2005 révisée en octobre 2012 avec le Centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil (CHAM) à Rang-du-Fliers au bénéfice des patients de la Clinique du Littoral en ce qui concerne :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la prise en charge somatique et la réalisation des électroconvulsivothérapies (ECT) ; - les examens de biologie ; - le domaine de la matériovigilance ; - le domaine de l'hygiène ; - l'hospitalisation sous contrainte ; - le domaine des gardes et astreintes ; - le domaine de la douleur. <p>* Convention en date de juillet 2005 avec la Fondation Hopale à Berck au bénéfice des patients de la Clinique du Littoral en ce qui concerne la prise en charge de la douleur chronique.</p> <p>* Convention en date de janvier 2013 avec la Clinique Virval à Calais au bénéfice des patients de la Clinique Virval nécessitant</p>
--	--

Réorganisation de l'offre de soins

	<p>un traitement ECT. * Convention en date de juin 2013 avec l'EHPAD La Fontaine Médicis à Cucq au bénéfice des résidents de l'EHPAD nécessitant une consultation et/ou une hospitalisation. La convention prévoit aussi un appui médical et un accès privilégié à l'EHPAD pour les patients de la Clinique du Littoral.</p>
Regroupement/Fusion.:	/
Arrêt et fermeture d'activité.:	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	/

2.DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1.Niveau de certification

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

Décisions

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Compte tenu des informations, issues des contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement, inscrites dans le volet Sécurité, 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 02/07/2013 au 05/07/2013.

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

MANAGEMENT STRATÉGIQUE

1.f, 2.e

MANAGEMENT DES RESSOURCES

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

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 Santé mentale, 10.e Santé mentale, 12.a Santé mentale

GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

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

PARCOURS DU PATIENT

16.a Santé mentale, 17.a Santé mentale, 17.b, 18.a Santé mentale, 18.b Santé mentale, 19.a Personnes atteintes d'un handicap, 19.a Personnes âgées, 19.b Santé mentale, 19.c Santé mentale, 20.a Santé mentale, 20.a bis Santé mentale, 20.b Santé mentale, 23.a Santé mentale, 24.a Santé mentale

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)
- Système de gestion des plaintes et des réclamations (9.a)
- Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté (10.e)
- Prise en charge de la douleur (12.a)
- Gestion du dossier du patient (14.a)
- Accès du patient à son dossier (14.b)
- Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge (15.a)
- Prise en charge somatique des patients (17.b)
- Continuité et coordination de la prise en charge des patients (18.a)
- Management de la prise en charge médicamenteuse du patient (20.a)
- Prise en charge médicamenteuse du patient (20.a bis)
- Prise en charge des urgences et des soins non programmés (25.a)
- Organisation

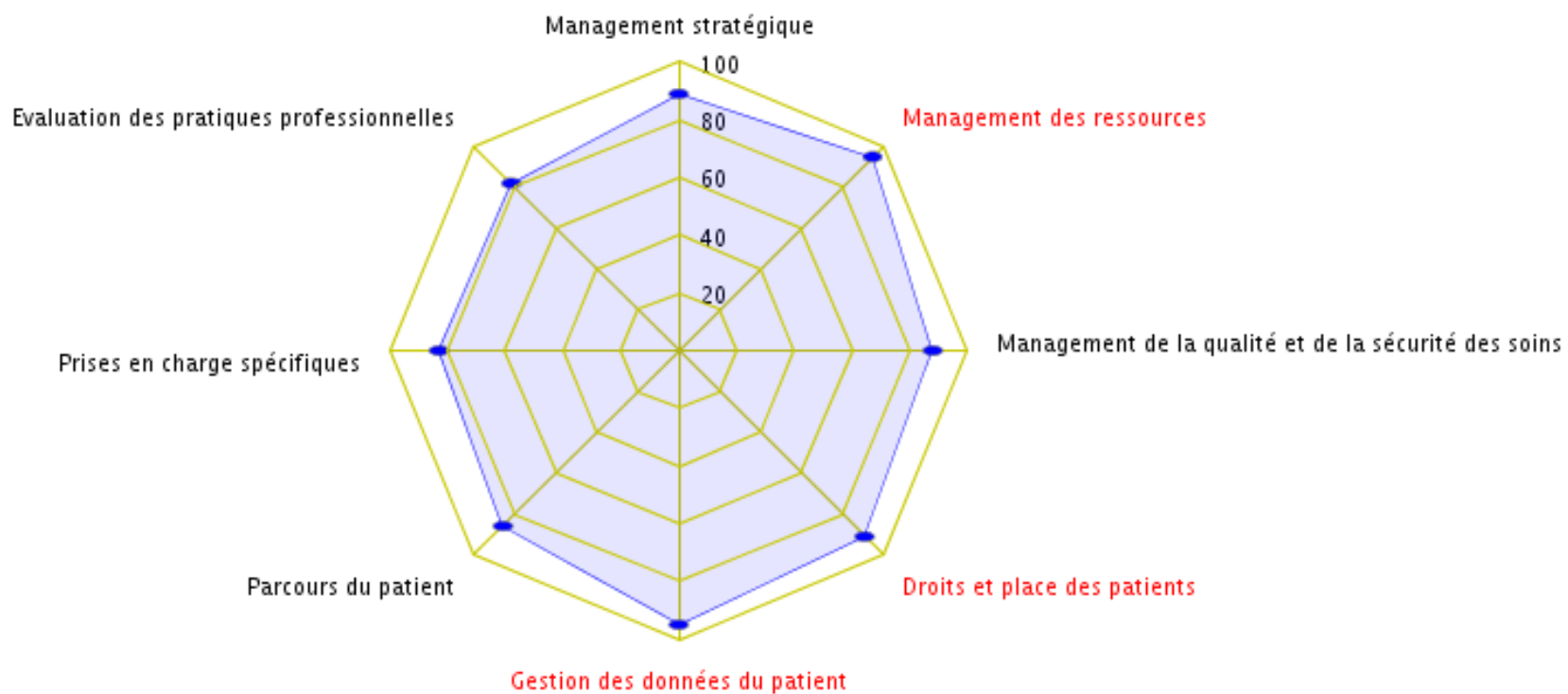
Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement.

Critères sélectionnés par les représentants des usagers

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

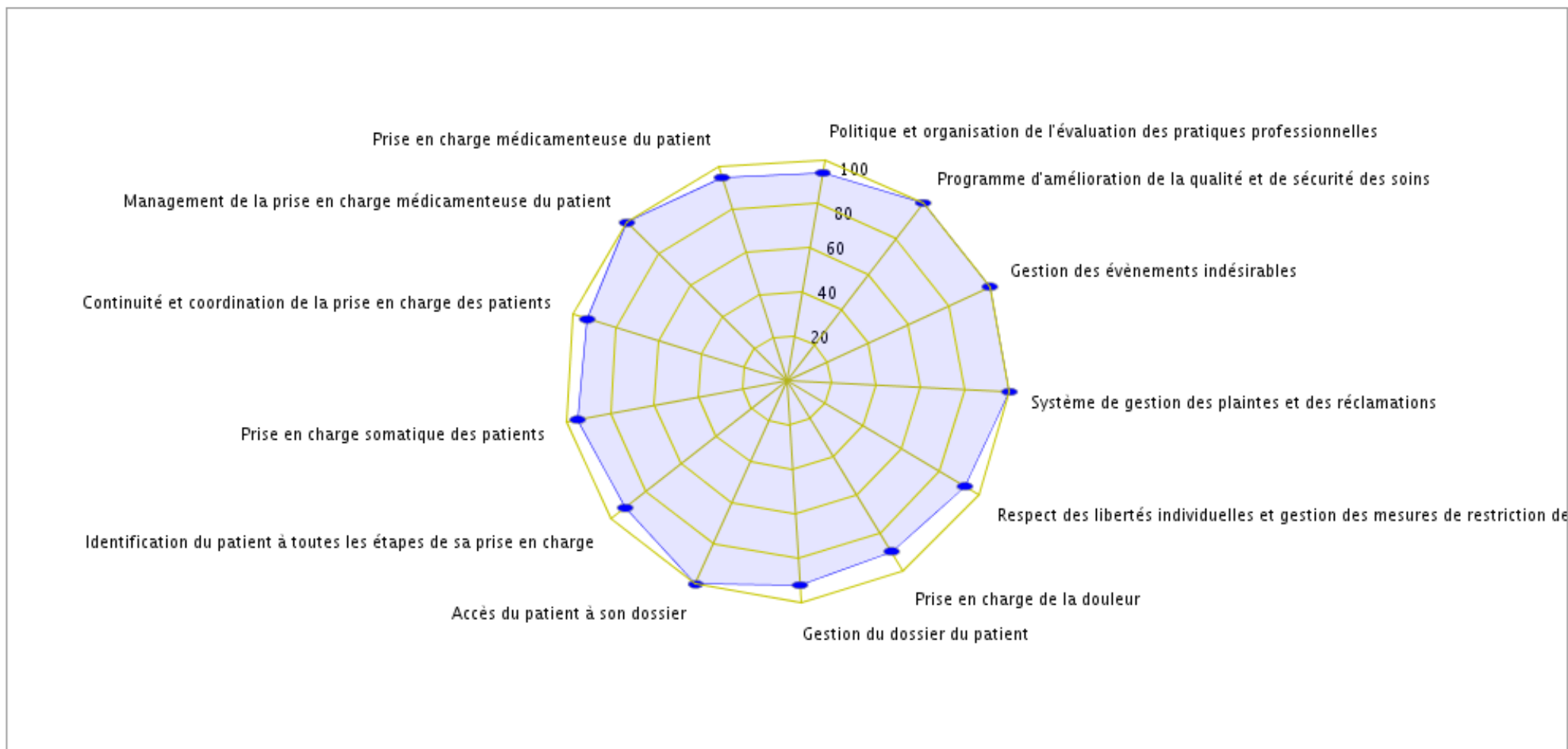
- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (10a),
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b),
- Respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c),
- Accueil et accompagnement de l'entourage (10d),
- Information du patient sur son état de santé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

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

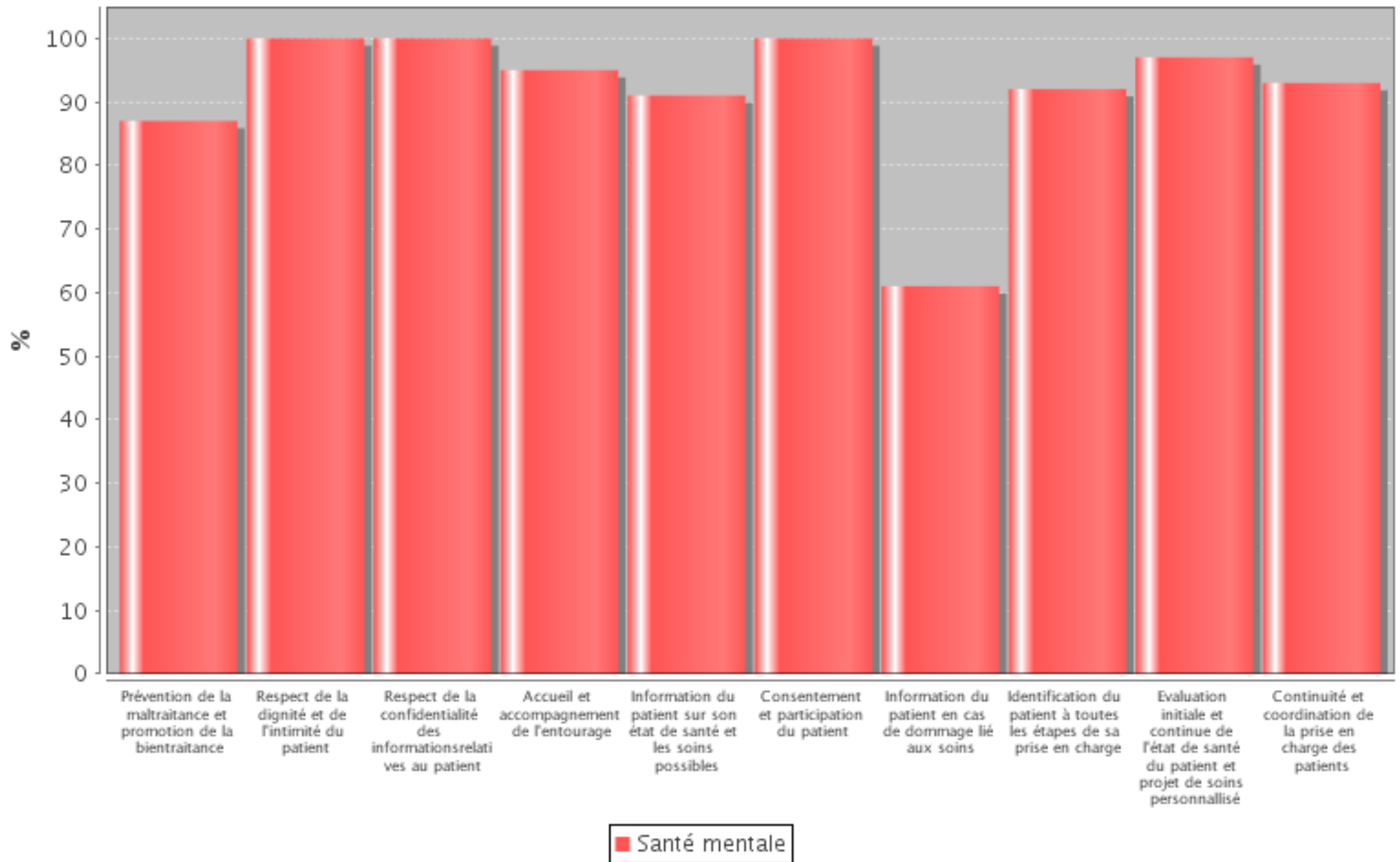


Les libellés des points fort (> 90%) sont en rouge.

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



3. Regard patient



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

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
9a (Une organisation est en place pour assurer la qualité et l'hygiène en restauration.)	Type 1	Oui	<p>Une organisation est en place pour assurer la qualité et l'hygiène en restauration. Dans le cadre d'un état des lieux, une mesure de la température des plats a été effectuée pour vérifier le respect de celles-ci jusqu'au patient. Suite à cette mesure, des actions correctrices ont été identifiées et mises en place : assiettes chauffées avant le service de l'assiette; entrées et desserts mis sur le self au fur et à mesure des demandes; cloches au-dessus des selfs "froids" mises en place.</p> <p>D'autres actions ont également été mises en place : cloches thermiques pour les repas dans les étages; cloches pour les repas servis dans le service de jour; changement complet des assiettes pour une meilleure adaptation au chauffe-assiette avec matériau permettant de conserver au maximum la chaleur.</p> <p>L'établissement a également mis en place un groupe opérationnel "nutrition - alimentation" en Juin 2012. Ce groupe se réunit régulièrement afin d'améliorer la prise en charge nutritionnelle des patients selon leurs spécificités (dénutrition, syndrome métabolique), avec la mise en place d'actions telles que la nomination de correspondants nutrition et formation au sein des services; embauche d'une diététicienne et proposition aux patients de consultations diététiques; formalisation de la procédure de prise en charge nutritionnelle du patient; audit des dossiers patients concernant la prise en charge nutritionnelle; l'information du patient concernant sa prise en charge nutritionnelle; la procédure d'organisation du service en restauration; la révision des régimes.</p> <p>Enfin la fonction restauration est confiée à un prestataire externe certifié ISO 9001/2008.</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
11b (La gestion des risques est organisée et coordonnée.).	Type 1	Oui	<p>La gestion des risques est organisée et coordonnée. L'établissement a identifié depuis 2009 les risques a priori concernant les patients et le bâtiment, les a hiérarchisés et a mis en place des actions de prévention et de protection afin de limiter les risques ou d'en réduire les conséquences. Cette cartographie des risques est révisée annuellement en prenant en compte les événements indésirables, les plaintes et réclamations, les résultats d'audit et d'enquête, les travaux des divers groupes de travail.</p> <p>L'établissement a décidé de développer en 2012 l'analyse des risques a priori concernant les processus du circuit du médicament et d'identification du patient tout au long du séjour. Des actions de prévention et de protection ont été définies et mises en œuvre.</p> <p>Début 2013, l'établissement a décidé d'approfondir l'analyse des risques concernant les processus de restauration, d'hygiène des locaux et le risque de maltraitance.</p> <p>Enfin l'établissement ajuste son programme annuel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en tenant compte de la révision périodique de la cartographie des risques.</p>
26a PSY (La prise en charge de la douleur est assurée.).	Type 1	Oui	<p>La prise en charge de la douleur est assurée. L'établissement a signé en 2009 une convention de partenariat avec le Centre Hospitalier de l'Arrondissement de Montreuil (CHAM) pour une participation conjointe au CLUD du CHAM.</p> <p>L'établissement a ensuite mis en place son propre CLUD en novembre 2010. Suite à la loi HPST, l'établissement a décidé de transformer en juillet 2012 le CLUD en groupe opérationnel de lutte contre la douleur. Il a pour objectif</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>de définir les modalités d'évaluation et de prise en charge de la douleur.</p> <p>Une procédure de prise en charge de la douleur mentionne les outils d'évaluation utilisés par l'établissement pour évaluer la douleur aiguë, la douleur chronique, la douleur chez les personnes non ou peu communicantes.</p> <p>Des protocoles de prise en charge des douleurs dentaires, des douleurs musculaires et articulaires sont formalisés.</p> <p>Des fiches sur les traitements antalgiques ont été créées, sont communiquées et expliquées au patient. Ces fiches ainsi que celles concernant l'autoévaluation des patients souffrant de douleur chronique ou de fibromyalgie permettent de favoriser l'adhésion du patient à sa prise en charge.</p> <p>L'établissement a mis en place une EPP sur l'amélioration de ses pratiques dans la prise en charge des patients fibromyalgiques : une prise en charge spécifique et un outil d'évaluation spécifique ont été mis en place.</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.	En grande partie	

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.b Engagement dans le développement durable

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.c Démarche éthique

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.d Politique des droits des patients

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU).

Oui

Des formations sur les droits des patients, destinées aux professionnels, sont organisées.

Partiellement

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

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

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

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

L'établissement a défini sa stratégie de déploiement de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Cette stratégie, comprenant la définition de la politique générale et la déclinaison des objectifs, est formalisée et intégrée dans le programme annuel de la qualité et de la sécurité des soins. Le plan d'actions, les moyens nécessaires, les modalités d'accompagnement et de suivi sont définis annuellement.

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

Oui

La concertation entre professionnels de soins et gestionnaires se fait à plusieurs niveaux :

- trimestriellement au sein de la conférence médicale d'établissement (CME), qui valide les EPP à mettre en œuvre et fait un suivi ;
- trimestriellement au sein du comité qualité, gestion des risques et vigilances (CQGRV) ;
- annuellement a minima au niveau du comité de direction (CODIR), qui évalue la stratégie qualité/sécurité des soins.

Les deux instances (CME et CODIR) comprennent chacune des professionnels du soin et des gestionnaires.

Les missions et les responsabilités sont définies afin d'organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médico-technique.	Oui	Les missions et les responsabilités générales en termes d'organisation, de coordination, d'accompagnement, de suivi des démarches et communication sont définies au niveau institutionnel (CODIR et CME) et formalisées dans le schéma de déploiement de l'EPP du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité. Chaque groupe EPP définit les responsabilités des actions à mener dans une fiche spécifique.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en œuvre de l'EPP.	Oui	L'accompagnement des professionnels est assuré par le coordonnateur de la gestion des risques aux soins et le responsable qualité. Il s'agit d'un accompagnement en termes de formation, d'aide à la recherche de références et de méthodologie. Des formations « Mettre en œuvre l'EPP soignantes » en rapport avec la politique de l'établissement ont été mises en œuvre en 2012.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	En grande partie	Le dispositif de suivi est formalisé : - suivi trimestriel par la CME et le CQGRV ; - suivi annuel par le comité de direction. La mesure de l'impact des démarches est réalisée pour les EPP les plus anciennes avec des indicateurs de suivi. Les EPP les plus récentes n'ont pas systématiquement d'indicateurs de suivi permettant de mesurer l'impact. Le coordonnateur de la gestion des risques aux soins et le responsable qualité sont les référents institutionnels pour la coordination et le suivi. Un bilan annuel des actions EPP est réalisé.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	Oui	Il existe un dispositif d'information, structuré, formalisé dans le programme de la qualité et de la sécurité des soins. Le dispositif en place s'appuie sur un appel à volontariat pour participer aux différentes actions et donner une information plus précise lors des réunions d'équipe avec déclinaison des objectifs et des cibles à atteindre. Dans chaque service, les professionnels ont à leur disposition un classeur « EPP » comprenant le tableau de bord des EPP, tous les comptes rendus des staffs EPP et les résultats obtenus.

	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	L'établissement rend compte tous les trimestres en CME et en CQGRV, annuellement en comité de direction. En fonction des thématiques, il y a un retour vers les groupes de travail opérationnels correspondants. Le bilan prend la forme du tableau EPP récapitulant les démarches en cours. Un bilan annuel est établi comprenant les démarches en cours et les résultats en termes d'actions d'amélioration des pratiques en fonction des indicateurs suivis.
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	Oui	La stratégie est révisée annuellement en CME en relation directe avec le CQGRV et le CODIR. L'ajustement tient compte de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques. La révision porte sur les objectifs, les actions à mettre en œuvre et les moyens utilisés.

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

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

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

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

Critère 2.a

Direction et encadrement des secteurs d'activités

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

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

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

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

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

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

Critère 2.c Fonctionnement des instances

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

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

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

Critère 2.d Dialogue social et implication des personnels

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

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

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



Cotation		
A		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les tableaux de bord comprennent des indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés à la conduite du projet d'établissement.	Oui	Compte tenu des résultats obtenus dans le cadre des indicateurs « Hôpital numérique » : - 100 % pour l'indicateur D5.2.
L'établissement a défini une stratégie de communication des résultats des indicateurs et des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les tableaux de bord sont examinés au sein des instances et réunions de direction de l'établissement et des secteurs d'activité.	Oui	Compte tenu des résultats obtenus dans le cadre des indicateurs « Hôpital numérique » : - réponse OUI à l'indicateur D5.3.
Les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés, et rendus publics par l'établissement de santé.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La stratégie de l'établissement est ajustée en fonction du suivi.	Oui	
L'établissement analyse et compare ses résultats à ceux d'autres structures similaires (comparaisons externe et interne).	Oui	

PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.a Management des emplois et des compétences

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

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.c Santé et sécurité au travail

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

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

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.d Qualité de vie au travail

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La qualité de vie au travail fait partie des orientations stratégiques de l'établissement.	Oui	
Un plan d'amélioration de la qualité de vie au travail est défini.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont mises en oeuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.a Gestion budgétaire

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

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

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.b Amélioration de l'efficience

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

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.a Système d'information

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un schéma directeur du système d'information est défini, en cohérence avec les orientations stratégiques, et en prenant en compte les besoins des utilisateurs.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le système d'information facilite l'accès en temps utile à des informations valides.	Oui	Compte tenu des résultats obtenus dans le cadre des indicateurs « Hôpital numérique » : - 100 % pour l'indicateur P1.3 ; - réponse OUI à l'indicateur P1.4.
Le système d'information aide les professionnels dans leur processus de décision.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.b Sécurité du système d'information

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Compte tenu des résultats obtenus dans le cadre des indicateurs « Hôpital numérique » :
- 100 % pour l'indicateur P2.3 ;
- réponse OUI à l'indicateur P3.1.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Compte tenu de la réponse positive dans le cadre des indicateurs « Hôpital numérique » (Indicateur P2.1).

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Compte tenu des résultats obtenus dans le cadre des indicateurs « Hôpital numérique » :
- réponse OUI pour l'indicateur P2.2a ;
- réponse OUI à l'indicateur P2.2b.

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.c Gestion documentaire

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.a Sécurité des biens et des personnes

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.b

Gestion des infrastructures et des équipements (hors dispositifs médicaux)

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

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.c Qualité de la restauration

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

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.d Gestion du linge

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

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.e Fonction transport des patients

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.f Achats écoresponsables et approvisionnements

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.g
Gestion des fonctions logistiques au domicile



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

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

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

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

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

Critère 7.a Gestion de l'eau

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

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 équivalent), est mis en oeuvre.

Oui

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

Oui

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

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

Critère 7.b Gestion de l'air

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

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

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

Critère 7.c Gestion de l'énergie

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un diagnostic énergétique est réalisé.

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Un plan de maintenance des installations est mis en oeuvre.

Oui

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

Oui

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.	Non	

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

Critère 7.d Hygiène des locaux

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

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

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

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

Critère 7.e Gestion des déchets

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement a catégorisé et quantifié sa production de déchets et d'effluents.	En grande partie	
La politique en matière de déchets est définie en concertation avec les instances concernées.	Oui	
Les procédures de gestion des déchets sont établies.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le tri des déchets est réalisé.	Oui	

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

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

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

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



Cotation		A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est formalisé.	Oui	<p>Le programme annuel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins décline de façon formalisée la politique globale et les objectifs d'amélioration fixés pour l'établissement.</p> <p>Le programme est constitué d'actions au niveau de l'établissement, déclinées pour celles qui le nécessitent en actions spécifiques au niveau des différents secteurs d'activité.</p> <p>Le programme annuel est complété régulièrement en fonction des évaluations réalisées, des dysfonctionnements enregistrés, des plaintes et des nouvelles réglementations.</p> <p>Les actions du programme non réalisées sont reportées d'une année sur l'autre.</p>	
Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements, ainsi que les risques majeurs et récurrents.	Oui	<p>Le programme est unique pour l'établissement et prend en compte a minima :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'analyse de la conformité à la réglementation et celle des événements indésirables ; - les dysfonctionnements et les risques majeurs et récurrents en lien avec la lutte contre les infections 	

	Oui	associées aux soins, la politique du médicament, les dispositifs de vigilance, les risques associés aux soins et spécifiques à l'activité de l'établissement ; - l'analyse des plaintes et réclamations ; - les bilans d'activité des différentes instances et groupes de travail de l'établissement ; - les actions à mettre en œuvre suite aux visites de certification de la Haute Autorité de santé.
Les activités réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins sont prises en compte.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Le programme est soumis aux instances.	Oui	Le programme est présenté annuellement aux différentes instances de l'établissement : comité qualité gestion des risques et des vigilances (CQGRV), conférence médicale de l'établissement (CME), commission des relations avec les usagers pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), la délégation unique du personnel (DUP), le comité d'hygiène, de sécurité et d'amélioration des conditions de travail (CHSCT).
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Chaque secteur d'activité met en œuvre les actions du programme annuel d'amélioration de la qualité et de la sécurité le concernant. Un responsable est nominativement désigné pour chaque action. Des échéances de mise en œuvre sont précisées avec une date de début et une date de fin. Les modalités d'évaluation et les indicateurs retenus en termes de mesure de l'atteinte des objectifs sont également précisés.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	Oui	Chaque secteur d'activité et groupe de travail fait régulièrement un point d'avancement de son plan d'action et a minima une fois par trimestre. Pour toute action non réalisée dans le délai défini, une

	Oui	révision du plan d'action est mise en place. Les plans d'actions font l'objet d'un suivi au niveau de l'établissement par le comité qualité gestion des risques et des vigilances (CQGRV). Ce comité est constitué du directeur de l'établissement, du président de la CME, des responsables des services, du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et du responsable qualité. Le responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et les représentants des usagers sont également invités à participer au CQGRV.
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	Oui	L'atteinte des objectifs du programme est mesurée annuellement dans chaque secteur et au niveau de l'établissement. L'efficacité du programme est évaluée par le comité de direction (CODIR) et présentée en CQGRC, CME, CRUQPC, CHSCT et DUP. Les indicateurs nationaux, régionaux et les indicateurs de suivi élaborés par l'établissement contribuent à l'évaluation de l'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	Oui	Le comité de direction (CODIR) examine une fois par an l'atteinte des objectifs du programme en lien direct avec le comité qualité gestion des risques et des vigilances (CQGRV). Le CODIR décide des orientations et des ajustements à apporter au programme pour la période suivante et les intègre comme données d'entrée dans sa politique qualité et sécurité des soins.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Critère 8.e
Gestion de crise

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

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

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

Critère 8.f
Gestion des évènements indésirables



Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation est en place afin d'assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.	Oui	<p>L'établissement a rédigé une procédure de signalement, de traitement et d'analyse des événements indésirables. Les notions de gravité et de fréquence probable de répétition sont définies. Il existait depuis 2006 une fiche de signalement sur support papier. Depuis 2011, le support de signalement d'événement indésirable est unique et se réalise sur informatique.</p> <p>Une analyse trimestrielle est coordonnée par le comité qualité gestion des risques et des vigilances (CQGRV). Les responsabilités sont identifiées pour le traitement des déclarations dans la procédure de gestion des événements indésirables. Un organigramme de la gestion des risques, à la disposition des professionnels, précise les personnes à contacter en cas de dysfonctionnement. Des suppléants sont également identifiés en cas d'absence des personnes à contacter.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

<p>Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.</p>	<p>Oui</p>	<p>La formation des professionnels à l'utilisation des supports de signalement, évolutive en fonction de l'évolution des supports et régulière, tient compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de l'identification des besoins ; - des objectifs et des cibles. <p>Il existe un programme et des supports de formation. Pour les nouveaux arrivants, une formation est dispensée avec l'utilisation des guides concernant l'organisation en place dans le cadre de la gestion des événements indésirables.</p>
<p>Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement a identifié les professionnels concernés par la formation. Ont été concernés au cours de l'année 2012 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les membres du CQGRV ; - le responsable du management du circuit du médicament ; - le coordinateur de la gestion des risques associés aux soins et le président de la CME. <p>La formation des professionnels concernés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes tient compte de l'identification des besoins, des objectifs et des cibles. Il existe un programme et des supports de formation. Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins est titulaire d'un diplôme universitaire responsable qualité avec un module spécifique à la gestion des risques. Le responsable qualité est titulaire d'un master en qualité et gestion des risques. Les référents des services ont été formés aux outils d'analyse des risques lors de leur formation sur les évaluations des pratiques professionnelles.</p>
<p>L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le processus de hiérarchisation permet d'identifier les événements indésirables nécessitant une analyse des causes profondes. L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est structurée et participative, réalisée de façon régulière et progressive à l'échelle de l'établissement. Au moins une des personnes présentes aux analyses est formée à la méthode ALARM, méthode d'analyse retenue par</p>

	Oui	<p>l'établissement (méthode ALARM : Association of Litigation and Risk Management qui se traduit par « Analyse systématique d'un incident clinique grave »).</p> <p>Chaque trimestre le CQGRV définit les événements graves à analyser. Un groupe de travail est mis en place. Celui-ci est animé systématiquement par le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins ou par le responsable qualité.</p> <p>Les professionnels concernés par l'événement indésirable grave sont associés et participent à l'analyse.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions correctives sont mises en œuvre à la suite des analyses.	Oui	<p>Des actions correctives sont identifiées en cohérence avec les analyses des causes des événements indésirables. Ces actions correctives sont proposées par les groupes de travail au CQGRV, qui ensuite les valide.</p> <p>Les actions sont alors intégrées dans le programme qualité avec définition des responsabilités et des échéances pour leur mise en œuvre. Le suivi est assuré dans le cadre des plans d'action qualité.</p>
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	Oui	<p>L'analyse des événements indésirables par le CQGRV permet d'identifier les causes profondes des événements récurrents à l'échelle de l'établissement. Un groupe de travail est mis en place. Celui-ci est animé systématiquement par le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins ou par le responsable qualité.</p> <p>Les professionnels concernés par l'événement indésirable récurrent sont associés et participent à l'analyse.</p> <p>Des actions correctives sont identifiées en cohérence avec les analyses des causes des événements indésirables. Ces actions correctives sont proposées par le groupe de travail au CQGRV, qui ensuite les valide.</p> <p>Les actions sont alors intégrées dans le programme qualité avec définition des responsabilités et des échéances pour leur mise en œuvre. Le suivi est assuré dans le cadre des plans d'action qualité.</p>

L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	Oui	Un dispositif de mesure de l'efficacité des actions correctives est mis en place sur l'ensemble des actions concernées. Des indicateurs de suivi sont identifiés et suivis par le comité qualité gestion des risques et des vigilances (CQGRV).
--	-----	--

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

Critère 8.g Maîtrise du risque infectieux



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

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

Critère 8.h
Bon usage des antibiotiques



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

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

Critère 8.i
Vigilances et veille sanitaire

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

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

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

Critère 8.j
Maîtrise du risque transfusionnel

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

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

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

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

Critère 8.k Gestion des équipements biomédicaux

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

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

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

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



Cotation

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 pour la gestion des plaintes et réclamations qui inclut :

- l'identification d'un responsable chargé des relations avec les usagers, à savoir le directeur de l'établissement ;
- l'existence d'un registre unique colligeant les plaintes et réclamations ;
- l'existence d'une procédure interne de gestion des plaintes et réclamations.

La composition et le fonctionnement de la commission des relations avec les usagers pour la qualité de la prise en charge (CRUQPC) sont conformes à la réglementation. Le règlement intérieur de la CRUQPC a été révisé en juillet 2012.

Un dispositif d'information des usagers est défini. Il intègre les modalités pour formuler une plainte et une réclamation, les personnes à contacter, les missions de la CRUQPC et le dispositif de médiation. Le dispositif s'appuie sur le livret d'accueil du patient et le livret édité par la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) remis à chaque patient.

<p>Le système de gestion des plaintes et des réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement met en place un dispositif lui permettant d'échanger des informations sur les plaintes et réclamations vers le système de déclaration des événements indésirables mis en place au sein de l'établissement. De ce, fait les plaintes et réclamations sont présentées au comité qualité gestion des risques et des vigilances (CQGRV) tous les trimestres. Les représentants des usagers sont invités aux réunions du CQGRV. Une analyse des causes profondes peut être mise en place si la fréquence et/ou la gravité sont élevées. Il existe des liens formalisés entre les différents acteurs impliqués : directeur, membres de la CRUQPC, membres du CQGRV.</p>
<p>E2 Mettre en oeuvre</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement met en œuvre sa procédure interne de gestion des plaintes et réclamations. Les professionnels concernés sont associés à la réponse donnée au plaignant et à l'élaboration et à la mise en œuvre des actions correctives s'il y a lieu.</p>
<p>Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en œuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement met en œuvre un processus d'information au plaignant sur le traitement de sa plainte ou réclamation incluant le rappel des modalités de mise en œuvre du dispositif de médiation. Le patient a la possibilité d'être reçu par le directeur de l'établissement ou l'un des médiateurs.</p>
<p>E3 Evaluer et améliorer</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>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.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'intégralité des plaintes et réclamations est mise à la disposition des membres de la CRUQPC. Une analyse qualitative et quantitative est réalisée en lien avec la CRUQPC. Le bilan des plaintes et réclamations est intégré au rapport annuel de la CRUQPC établi et communiqué à l'ARS chaque année. L'analyse des plaintes et réclamations et le bilan annuel réalisé dans le cadre de la CRUQPC donnent lieu à des</p>

Oui	recommandations. Ces recommandations sont intégrées dans le programme qualité annuel et font l'objet d'un suivi. Des recommandations sont également identifiées par les représentants des usagers lors des rencontres avec les patients. Les recommandations dont la mise en place est du domaine du possible sont intégrées dans le programme qualité annuel.
-----	--

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

Critère 9.b Evaluation de la satisfaction des usagers

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

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

CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS

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

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

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

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

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

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

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.c - Santé mentale

Respect de la confidentialité des informations relatives au patient

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

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

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.d - Santé mentale
Accueil et accompagnement de l'entourage****Cotation**

A

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

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

Oui

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

NA

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

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

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

Oui

L'entourage des patients bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien dans les situations qui le nécessitent.

Oui

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

Critère 10.e - Santé mentale

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement.	Oui	L'établissement accueille des patients pour des soins psychiatriques en soins libres. Les projets transversaux, projet de la qualité et de la sécurité, projet médical et projet de soins, intègrent la promotion du respect des libertés individuelles. Il en est de même dans le livret d'accueil du patient et dans celui du personnel. La charte du patient hospitalisé en santé mentale est affichée dans tous les services.
Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.	Oui	Les patients nécessitant des soins sous contraintes sont transférés dans le service hospitalier correspondant à leur secteur d'origine ou à défaut vers le Centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil (CHAM), avec lequel l'établissement a signé une convention pour les soins psychiatriques. Les deux établissements sont sur le même site géographique, à quelques dizaines de mètres l'un de l'autre. Les situations de restriction de liberté ont fait l'objet d'une réflexion institutionnelle au sein de la CME mais aussi d'une réflexion au sein du groupe d'éthique, transformé depuis quelques mois en comité d'éthique. Ces réflexions ont permis d'identifier les situations nécessitant une

	Oui	restriction de liberté. Le résultat est formalisé dans le projet médical et le projet de soins. Des protocoles spécifiques ont été élaborés et diffusés dans les services. Les situations de restriction de liberté font l'objet d'une information au patient dès l'admission, sont inscrites dans le projet de soins qui est signé par le patient ou son représentant légal avec l'établissement.
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	Les situations et les conditions de restriction de liberté sont identifiées dans le projet médical et le projet de soins. La réflexion inclut une dimension éthique, ainsi l'établissement a fait le choix de ne pas recourir à la contention. Il existe des protocoles spécifiques portant sur l'isolement septique et la mise en « chambre d'apaisement ». Il s'agit d'une chambre de surveillance rapprochée jouxtant l'infirmierie et dont la porte ne peut pas être fermée à clé. Ces protocoles sont formalisés et diffusés.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles.	Oui	La charte du patient hospitalisé en santé mentale est affichée dans tous les services. Le respect des libertés individuelles est inscrit dans le livret d'accueil du personnel. Il existe également une sensibilisation des professionnels du fait de leur participation au groupe d'éthique. Enfin, une formation adaptée a été réalisée auprès des personnels lors de la mise en place du comité d'éthique.
La mise en œuvre du respect des libertés individuelles est organisée.	Oui	L'établissement a défini, dans le projet médical et le projet de soins, des situations mettant en jeu le respect des libertés individuelles et élaboré des protocoles adaptés à ces situations : retrait d'objets en cas de risque suicidaire, sorties non autorisées avant le 21 ^e jour pour les conduites addictives, restrictions d'aller et venir ponctuelle pour les patients atteints de troubles des conduites alimentaires (TCA). Ces situations sont consignées dans le projet de soins personnalisé qui est signé par le patient ou son représentant légal avec l'établissement. Il existe une procédure formalisée et diffusée.

<p>La réflexion bénéfico-risque et la recherche du consentement du patient ou de son entourage, concernant les restrictions de liberté, font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante, intégrée dans le projet de soins personnalisés.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le projet de soins personnalisé est élaboré avec le patient et cosigné par le patient, le psychiatre et un infirmier. Il est rediscuté quotidiennement. Une réflexion bénéfico-risque est intégrée dans la discussion. Celle-ci est tracée dans le dossier patient. Pour les patients mineurs et les majeurs protégés, le représentant légal est associé à la prise en charge.</p>
<p>Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les mesures de restriction des libertés sont réévaluées quotidiennement lors des entretiens médicaux. Si la prescription est modifiée, le nouveau projet de soins est édité et fait l'objet d'une signature par les parties concernées comme le projet initial. Les autorisations de sorties sont réévaluées à J7 ou J21 selon les contrats de soins. Toutefois, la traçabilité de la réévaluation n'est pas systématiquement retrouvée dans le dossier patient</p>
<p>E3 Evaluer et améliorer</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>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.).</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La commission des relations avec les usagers pour la qualité de la prise en charge (CRUQPC) est très attentive au respect des libertés individuelles. La traçabilité des prescriptions des restrictions de liberté dans le dossier patient a fait l'objet en 2012 d'une évaluation par un groupe de travail composé de soignants. Les résultats de l'audit ont été présentés à la CME. Des actions d'amélioration ont été identifiées et un autre audit est prévu en 2013, mais il n'y a pas de périodicité précise définie sur le plan institutionnel.</p>
<p>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.</p>	<p>Oui</p>	<p>Suite à l'évaluation faite en 2012, une sensibilisation a été réalisée pour améliorer la traçabilité des réévaluations des mesures de restriction de liberté. Une sensibilisation sur les restrictions d'objets à risque pour les patients à risque suicidaire a été réalisée dans le cadre des staffs EPP.</p>

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

Critère 11.a - Santé mentale

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

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

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

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

Critère 11.b - Santé mentale Consentement et participation du patient

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

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

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

Critère 11.c - Santé mentale

Information du patient en cas de dommage lié aux soins

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

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

Référence 12: La prise en charge de la douleur

Critère 12.a - Santé mentale
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 a été définie en 2010 par le comité de lutte contre la douleur (CLUD), transformé en 2012 en groupe opérationnel douleur. La stratégie est validée et intégrée dans le projet d'établissement. Elle comprend la politique, les objectifs, les différentes prises en charge de la douleur et les moyens. Elle est effective dans tous les services de soins et relayée par les correspondants douleur disposant d'une fiche fonction adaptée.

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

En grande partie

Des protocoles analgésiques adaptés à l'activité de l'établissement ont été définis. Ils concernent :

- les douleurs dentaires ;
- les douleurs articulaires et traumatismes bénins ;
- les céphalées postélectroconvulsivothérapies (ECT). Ces protocoles ont été rédigés par le groupe opérationnel douleur, dont la composition est pluridisciplinaire. Ils sont à disposition dans tous les services. Les protocoles sont réactualisés si nécessaire. Des patchs d'anesthésie pour peau saine sont disponibles et peuvent être proposés en cas de soins invasifs douloureux,

	En grande partie	mais le protocole correspondant n'est pas formalisé.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Les correspondants douleur de chaque service ont tous été formés à la prise en charge de la douleur et le plan de formation prévoit que la formation intègre systématiquement les nouveaux correspondants. L'établissement a par ailleurs engagé depuis 2010 une politique de formation de l'ensemble du personnel à la prise en charge de la souffrance morale en psychiatrie.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Oui	L'établissement n'est pas autorisé à la mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique, mais il a développé des actions d'éducation en particulier dans le domaine de la douleur chronique et des traitements non médicamenteux de la douleur. Des fiches « Mieux connaître votre traitement contre la douleur », concernant le paracétamol, l'aspirine, et l'ibuprofène, sont proposées aux patients de façon adaptée. De plus, l'établissement oriente les patients qui le nécessitent vers les établissements appropriés ayant des programmes d'éducation thérapeutique. Une convention est signée avec le service douleur de la Fondation Hopale à Berck. Une autre convention est signée avec le Centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil (CHAM) pour les douleurs aiguës.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	L'évaluation de la douleur (physique et morale) est effectuée dès l'admission de façon systématique. Pour les patients algiques, un traitement médicamenteux et/ou non médicamenteux est instauré avec réévaluation systématique de la douleur. Concernant la douleur physique, les échelles EVA (échelle visuelle analogique), EN (échelle numérique) et ALGOPLUS (échelle pour patient ayant des troubles de communication verbale) sont utilisées. Pour la douleur psychique, l'échelle MADRS (Montgomery and Asberg

	En grande partie	Dépression Rating Scale) est en place et constitue un outil d'aide à l'évaluation de l'intensité. Une modification logicielle est en cours afin que les professionnels disposent d'un fichier spécifique au sein du dossier patient informatisé afin de procéder à la traçabilité des évaluations réalisées auprès de chaque patient. Dans l'attente de cette modification logicielle, l'évaluation de la douleur est réalisée sous l'onglet « Observations » du dossier patient. La traçabilité des évaluations de la douleur est en grande partie retrouvée sous cet onglet.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	L'évaluation de la douleur est effectuée par les professionnels pour vérifier l'efficacité du traitement antalgique. Le traitement est ajusté en fonction des évaluations. Les modifications de traitement sont tracées dans le dossier patient.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les patients accueillis dans l'établissement sont autonomes, mais le groupe opérationnel douleur a mis en place une échelle d'évaluation adaptée aux personnes non communicantes. Le choix a été celui de l'échelle ALGOPLUS. Les documents nécessaires aux professionnels concernés sont disponibles dans tous les services de soins.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	En grande partie	L'évaluation de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels sont réalisées actuellement par l'encadrement et les correspondants douleur auprès des professionnels. La réalisation d'une EPP sur le sujet complète le dispositif. Toutefois, le groupe opérationnel douleur a élaboré une grille d'évaluation très formelle et la mise en œuvre de cette évaluation est programmée pour septembre 2013.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	En grande partie	La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées dans le cadre des questionnaires de satisfaction patient, de l'audit du dossier patient et de l'EPP concernant la prise en charge des patients fibromyalgiques. Il n'y a pas de périodicité définie.

Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	<p>Les différentes évaluations réalisées engendrent des actions d'amélioration mises en place et intégrées dans le programme annuel de la qualité et sécurité des soins. Les actions les plus récentes ont porté sur la mise en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de protocoles thérapeutiques médicamenteux et non médicamenteux ; - d'un groupe de travail sur une échelle d'évaluation pour patient peu communicants ; - de fiches d'information dans le cadre de l'éducation du patient à la prise en charge de sa douleur.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	L'établissement participe au réseau Inter-CLUD PSY et aux journées de la Fédération régionale de recherche en santé mentale de la région Nord-Pas-de-Calais (F2RSM). Il travaille aussi en partenariat avec la CLUD du Centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil (CHAM).

Référence 13: La fin de vie**Critère 13.a - Santé mentale
Prise en charge et droits des patients en fin de vie**

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie est en place.	Oui	
Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	Non	
Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	
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.	Oui	

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	
---	-----	--

PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
<p>Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le dossier du patient est informatisé depuis 2008 en hospitalisation complète et depuis 2010 en hospitalisation de jour. Il existe un dossier papier complémentaire sur support papier comportant la lettre d'admission, les résultats de laboratoires ainsi que le projet de soins signé par le patient. Il fait l'objet d'une procédure quant au contenu et au classement. Un dossier papier minimum est prévu en cas de dysfonctionnement informatique et la mise en place d'un fonctionnement en mode dégradé. Une procédure définit les modalités d'utilisation, les règles de tenue et d'archivage. Elle est accessible aux professionnels dans les services par le biais d'un classeur. Les règles pour le dossier informatisé sont incluses dans le cahier des charges et le mode d'utilisation du logiciel qui est à la disposition des professionnels.</p>
<p>Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et</p>	<p>Oui</p>	<p>Les règles d'accès ont été définies lors de la définition du cahier des charges de l'informatisation du dossier patient. Les droits d'accès sont gérés par le médecin responsable du département d'information médicale. Un audit a été réalisé</p>

diffusées.	Oui	par la direction des soins pour s'assurer de la bonne mise en place des droits d'accès. Les règles sur les droits d'accès sont formalisées dans un document. Elles sont connues des professionnels.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Tenue du dossier patient » et de sa valeur de 96 % avec un intervalle de confiance de 95 % = [94 %-98 %] 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.	En grande partie	La communication du dossier patient entre professionnels est assurée en temps réel dans l'établissement du fait de l'informatisation. Il existe une procédure de communication lors de transferts entre hospitalisation complète et hospitalisation de jour. La communication avec les correspondants externes passe par la lettre de sortie et le compte rendu d'hospitalisation. Elle est formalisée dans la procédure « Gestion du dossier patient ». Il existe de plus des fiches de transfert médicales et infirmières. L'établissement recueille les indicateurs « Hôpital numérique » : - 0 % pour l'indicateur D2.2.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur IPAQSS et met en œuvre un audit annuel de la tenue du dossier. Il existe un contrôle hebdomadaire des dossiers administratifs sur échantillon tant pour l'hospitalisation complète que de jour. Un audit ciblé sur l'accès au dossier est également réalisé.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Les différentes évaluations (audits réguliers, EPP) ont permis de mettre en place des actions d'amélioration qui ont fait évoluer le dossier informatisé et les pratiques des professionnels. Les actions en cours concernent : - un onglet spécifique pour tracer la traçabilité de la douleur ;

Oui	- le transfert automatisé dans le dossier informatisé du patient des résultats d'examen de laboratoire pour remplacer le support papier.
-----	--

Référence 14: Le dossier du patient

Critère 14.b - Santé mentale
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 conformément à la réglementation. Les modalités standards et spécifiques d'accès au dossier sont définies en particulier concernant les mineurs, les ayants droit et les majeurs protégés. Le patient peut consulter son dossier sur place ou recevoir une copie de son dossier.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement met en œuvre un processus d'information du patient sur les droits d'accès à son dossier. Le processus s'appuie sur le livret d'accueil du patient et sur le livret édité par la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) remis à chaque patient au moment de son hospitalisation. Le dispositif d'information concerne tous les secteurs de l'établissement.

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

Oui

L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation. L'indicateur a mis en place des indicateurs de suivi. Une personne référente, nommément désignée, est identifiée au sein de l'établissement pour

	Oui	assurer le respect des délais d'accès au patient à son dossier. Toutes les réponses aux demandes de dossiers ont été faites dans les délais réglementaires en 2011 et 2012.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	Toutes les réponses aux demandes de dossiers ont été faites dans les délais réglementaires en 2011 et 2012. Dans le cas où une demande ne recevrait pas une réponse dans les délais réglementaires, une analyse des causes serait réalisée et un plan d'actions mis en œuvre.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.	Oui	L'établissement met en œuvre un processus d'information de la commission des relations avec les usagers pour la qualité de la prise en charge (CRUQPC) sur les données relatives à l'accès du patient à son dossier avec : <ul style="list-style-type: none"> - nombre de demandes d'accès au dossier ; - délais de transmission des dossiers aux patients ; - suivi des actions d'amélioration éventuellement mises en œuvre.

Référence 15: l'identification du patient

Critère 15.a - Santé mentale
Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a mis en place une organisation structurée pour garantir la fiabilité de l'identification du patient. Il est doté de deux instances d'identitovigilance :

- l'autorité de gestion des identifications. Cette instance est intégrée au comité qualité, gestion des risques et vigilances (CQGRV). Elle fixe la politique, définit les moyens et contrôle les actions ;
- la cellule d'identitovigilance. Cette instance est responsable de la mise en œuvre de la politique. Les responsables sont identifiés. Les deux instances se réunissent à périodicité définie. Les points critiques ont été identifiés, des guides de bonne pratique élaborés et diffusés. Les règles de gestion à l'accueil administratif sont définies et appliquées (utilisation d'une pièce d'identité officielle, recherche d'antériorité en particulier). Il existe un contrôle par les soignants au niveau de l'arrivée du patient dans le service.

L'établissement a fait le choix d'un bracelet d'identification pour tous les patients, mis en place dans les services de soins. Une charte d'identitovigilance est élaborée. Une procédure

	Oui	d'identification du patient en cas d'anonymisation est formalisée même si le cas est rarissime. Une procédure d'alerte en cas d'homonymie est en place. L'établissement recueille les indicateurs « Hôpital numérique » : - 100 % pour l'indicateur P1.1a ; - réponse OUI pour l'indicateur P1.1b ; - réponse OUI pour l'indicateur P1.2.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	Oui	Le responsable administratif de l'identitovigilance ainsi qu'une infirmière référente ont été formés par le Centre national de l'expertise hospitalière (CNEH) en mai 2012. Les deux professionnels formés ont la responsabilité de former les personnels administratifs et soignants concernés. Il existe un support de formation qui est à disposition dans les services.
Le personnel de l'accueil administratif met en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Le personnel de l'accueil administratif met en œuvre une procédure de vérification de l'identité formalisée et diffusée. Le patient vérifie également l'exactitude de ses données. Un double contrôle est ensuite fait par un soignant à l'arrivée dans le service.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	En grande partie	La vérification de la concordance entre l'identité du patient et la prescription est réalisée. La vérification est tracée pour les électroconvulsivothérapies (ECT), mais seulement en grande partie pour les prélèvements sanguins.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.	Oui	L'évaluation des pratiques professionnelles sur l'identitovigilance a permis la mise en place et le suivi d'indicateurs. Un audit complet du dossier patient est réalisé annuellement. Un audit partiel, tant au niveau administratif que soignant, est en place de façon hebdomadaire. Les événements indésirables et les indicateurs en place sont analysés trimestriellement par le comité qualité, gestion des risques et vigilances (CQGRV). La recherche de doublons est

Oui	systematique et les erreurs corrigées.
-----	--

PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

Référence 16: l'accueil du patient

Critère 16.a - Santé mentale Dispositif d'accueil du patient

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Compte tenu des résultats obtenus dans le cadre des indicateurs « Hôpital numérique » :
- réponse OUI à l'indicateur P3.3.

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

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

Critère 17.a - Santé mentale

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

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

La réflexion bénéfico-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisés.	Oui	
Le projet de soins personnalisés est réajusté en fonction d'évaluations périodiques de l'état de santé du patient, en impliquant le patient et, s'il y a lieu, l'entourage.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'évaluation sont conduites afin de s'assurer de la traçabilité des informations.	En grande partie	Compte tenu des résultats obtenus dans le cadre des indicateurs « Hôpital numérique » : - réponse 0 à l'indicateur D3.5.
Des actions d'amélioration sont mises en place en fonction des résultats des évaluations.	Oui	

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

Critère 17.b
Prise en charge somatique des patients



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

Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un projet de prise en charge somatique est formalisé.	Oui	L'établissement a défini un projet de prise en charge somatique comportant des objectifs tant curatifs que préventifs. Les besoins particuliers des patients pris en charge ont été identifiés. Quatre médecins généralistes libéraux interviennent au sein de l'établissement permettant de réaliser un examen initial dans les 48 h suivant l'admission. Le recours aux spécialistes est organisé par le biais de conventions ou de partenariats privilégiés. Il existe en particulier une convention pour les urgences somatiques avec le centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil (CHAM), établissement situé sur le même site géographique à quelques dizaines de mètres. Le projet de prise en charge somatique est formalisé et intégré au projet médical. Les professionnels sont sensibilisés à la prise en charge somatique lors de leur participation aux staffs EPP et aux différents groupes de travail.
Le recours aux avis spécialisés est organisé et formalisé.	En grande partie	L'établissement a mis en place des conventions avec le CHAM, avec un dentiste libéral ainsi qu'avec un kinésithérapeute et un laboratoire d'analyses médicales. Les coordonnées des spécialistes auxquels il est fait appel sont

	En grande partie	affichées dans tous les services et réactualisées. Quelques autres conventions, notamment avec un ophtalmologiste et un cardiologue, sont en cours de finalisation.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation initiale du patient comprend un volet somatique.	Oui	L'évaluation initiale et son volet somatique sont tracés dans le dossier patient. Les prises en charge initiales et somatiques sont déployées tant dans le service d'hospitalisation complète que dans le service d'hospitalisation de jour.
Un suivi somatique du patient est organisé tout au long de la prise en charge.	Oui	Les données relatives au suivi somatique sont disponibles et accessibles aux personnes habilitées tout au long de la prise en charge par le biais du dossier patient informatisé. Un examen somatique est réalisé à périodicité définie pour les patients chez qui le besoin est identifié (patient âgé, patient douloureux, sous antibiotique en particulier). Les besoins spécifiques du patient sont évalués et pris en compte tout au long de sa prise en charge.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'organisation de la prise en charge somatique est évaluée, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	L'organisation de la prise en charge somatique est évaluée par le biais des enquêtes de satisfaction faites auprès des patients, lors du renouvellement des conventions et des échanges avec les professionnels externes concernés, par le biais de certaines évaluations de pratiques professionnelles. Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre en fonction des résultats et le suivi est assuré sous la responsabilité de la CME et de la direction.

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

Critère 18.a - Santé mentale
Continuité et coordination de la prise en charge des patients



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et d'astreintes sont définis afin d'assurer la permanence des soins 24 h/24.

Oui

Les règles de présence des professionnels sont formalisées. Elles concernent la réalisation et l'affichage des divers plannings et listes des professionnels nécessaires en temps utile avec :

- le planning des gardes médicales et la liste des numéros de téléphone ;
- les plannings des personnels paramédicaux de nuit et de jour ;
- la liste des astreintes administratives.

La procédure concernant la réalisation du tableau des gardes et astreintes est formalisée et diffusée aux professionnels concernés. La liste des pharmacies de garde et la procédure d'accessibilité avec la pharmacie concernée sont affichées. Il existe aussi une convention avec le Centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil (CHAM) pour les urgences somatiques et psychiatriques. Cet établissement est situé sur le même site géographique que la Clinique du Littoral, à quelques dizaines de mètres seulement.

Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes associées aux différents modes de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, temps plein) et avec les partenaires extérieurs.	Oui	L'établissement, mono-activité, a formalisé une procédure de transfert entre l'hospitalisation complète et l'hospitalisation de jour. Dans le cadre des conventions avec les professionnels extérieurs, les mécanismes de coordinations sont formalisés et diffusés avec : - une fiche de transfert médicale et infirmière ; - les courriers aux médecins traitants à la sortie du patient mais aussi au cours de l'hospitalisation. Ces modalités sont intégrées au projet d'établissement, diffusées et accessibles aux personnes concernées.
Des modalités de transmission d'informations entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.	Oui	Le dossier patient informatisé permet en interne une transmission et une accessibilité aux informations en temps réel. Il existe de plus des transmissions organisées, tous les jours, matin et soir, entre les équipes de professionnels concernées. Les staffs EPP formalisés, réguliers, et des groupes de travail pluriprofessionnel contribuent également à la transmission d'informations en interne. Avec les correspondants externes, les modalités de transmissions des informations sont formalisées, diffusées et appliquées par les professionnels concernés.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les secteurs d'activité collaborent afin d'assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	Oui	L'établissement, mono-activité, est organisé de façon à favoriser la collaboration des équipes. Des réunions pluridisciplinaires sont organisées (staff EPP, transmissions, réunions d'équipes). La collaboration psychiatres, médecins généralistes chargés de la prise en charge somatique, psychologues est effective et régulière.
Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur, lorsque l'état du patient le nécessite.	Oui	L'établissement a mis en place des conventions avec le Centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil (CHAM) en ce qui concerne : - les soins et urgences psychiatriques ; - les urgences somatiques ; - la réalisation des électroconvulsivothérapies (ECT) ; - les examens de biologie et d'imagerie ;

	Oui	- le domaine de la douleur. Il existe également une convention avec la Fondation Hopale en ce qui concerne la prise en charge de la douleur chronique.
Un ou des professionnels référents sont désignés pour la prise en charge du patient.	Oui	Pour chaque patient, un psychiatre référent et un psychologue référent sont identifiés dès l'admission. Cette désignation est tracée dans le dossier patient et connue de tous. L'établissement a fait le choix de ne pas mettre en place d'infirmier référent.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La continuité et la coordination de la prise en charge sont évaluées, notamment au regard des événements indésirables, et des actions d'amélioration sont menées.	Partiellement	L'évaluation de la continuité et de la coordination de la prise en charge des patients s'effectue à partir des déclarations des événements indésirables et des plaintes et réclamations. Il n'existe pas un dispositif d'évaluation structuré sur cette thématique. Des actions d'améliorations sont menées et le suivi est réalisé sous la responsabilité du comité qualité, risques et vigilances (CQGRV) et de la CME.

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

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

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Enfants et adolescents

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes démunies

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes détenues

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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



Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés.	Oui	
L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge, en lien avec le CLAN ou son équivalent.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.	En grande partie	
Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » et de sa valeur de 100 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [100 %-100 %] pour la campagne de recueil 2011.

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.c - Santé mentale Risque suicidaire

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.d Hospitalisation sans consentement

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

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

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

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a - Santé mentale
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

L'établissement a, dès son ouverture en 2005, fait le choix de fonctionner sans pharmacie à usage interne (PUI) mais en collaboration étroite avec un pharmacien d'officine de ville. La Tutelle a acté ce fonctionnement lors des deux visites de conformité (5 et 11 juillet 2005) au moment de l'ouverture de l'établissement.

L'établissement a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, en concertation avec les professionnels concernés y compris le pharmacien de l'officine de ville, responsable au sein de l'établissement du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et président de la COMEDIMS. La politique a été validée par le président de la COMEDIMS en décembre 2012. La politique prend en compte notamment les actions de bon usage, les attendus de la procédure de certification, la prévention des risques à chaque étape de la prise en charge, la formation des professionnels et des nouveaux arrivants, les actions d'amélioration définies lors de l'analyse des erreurs médicamenteuse. La politique comprend les objectifs poursuivis, les moyens mis en place

	Oui	afin de répondre aux objectifs fixés. L'évolution de l'atteinte des objectifs se fait à partir de trois indicateurs : - nombre de fiches d'événements indésirables concernant le circuit du médicament et la pharmacovigilance ; - nombre de revues sur les erreurs médicamenteuses (REMED) ; - pourcentage de conformité suite aux audits de sécurisation du circuit du médicament.
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 effective depuis 2008. Elle est totalement intégrée au système d'information en place.
Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Il existe des outils d'aide à la prescription, à l'analyse pharmaceutique et à l'administration. Les outils d'aide à la prescription s'appuient sur plusieurs bases de données pharmaceutiques et un livret thérapeutique propre à l'établissement. Le système d'information analyse les interactions médicamenteuses. Une deuxième analyse, avec une application informatique différente, est effectuée par le pharmacien de ville qui assure par convention l'approvisionnement de l'établissement. Les outils en place sont validés, actualisés et accessibles en temps réel aux professionnels concernés.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	Il existe des actions de formation réalisées en 2012 pour les professionnels concernés à la prévention des erreurs médicamenteuses, y compris associées à l'informatisation. Il existe également des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention des erreurs médicamenteuses. Les réunions de revues sur les erreurs médicamenteuses (REMED) sont organisées avec les professionnels concernés. Un référent pharmaceutique (IDE) est identifié dans chaque

	Oui	unité de soins.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est effective depuis 2008. Compte tenu des résultats obtenus dans le cadre des indicateurs « Hôpital numérique » : - réponse 100 % à l'indicateur D3.1.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Oui	La prise en charge médicamenteuse au sein de l'établissement fait l'objet d'un suivi quantitatif et qualitatif. Les indicateurs concernent : - le suivi des fiches événements indésirables ; - le taux de formation des professionnels ; - le taux de traçabilité de l'administration des médicaments ; - les indicateurs relatifs aux médicaments dans le cadre des IPAQSS ; - le suivi des consommations de chaque classe de médicaments. La COMEDIMS établit un rapport chaque année sur l'ensemble des données relatives au circuit du médicament en place au sein de l'établissement.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Il existe un dispositif de recueil des erreurs médicamenteuses à la disposition des professionnels concernés. Des fiches adaptées sont en place sur le système informatique de l'établissement. Il existe une organisation pour analyser de façon collective et méthodique les erreurs médicamenteuses. Une analyse des fiches est réalisée en comité qualité, gestion des risques et vigilances (CQGRV). Au besoin, une analyse des causes profondes est effectuée en REMED.

<p>Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions d'amélioration sont définies lors du CQGRV et des REMED ; elles peuvent aussi découler des différentes analyses d'erreurs, évaluations et audits effectués. Les comptes rendus de toutes les réunions sont diffusés dans les services de soins et lors des réunions de la COMEDIMS.</p>
---	------------	--

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a bis - Santé mentale
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	L'établissement a formalisé les règles de prescription y compris pour les médicaments à risque. Les supports de prescription sont à disposition dans le cadre d'un logiciel informatisé validé et actualisé. Il existe un support unique informatisé de prescription et d'administration.
La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.	Oui	L'établissement est organisé pour informer le patient de la nécessité de transmettre aux professionnels son traitement personnel dès son arrivée dans le service d'hospitalisation. Il existe des procédures de gestion du traitement personnel du patient. Le traitement personnel du patient est mis sous séquestre dès son arrivée et lui est remis à la fin de l'hospitalisation si la prescription de sortie comporte les mêmes médicaments. Les médicaments non prescrits au moment de la sortie et donc non rendus sont détruits sous la responsabilité du pharmacien. Les prescriptions à l'admission et les ordonnances de sortie tiennent compte du traitement dont le patient disposait avant son hospitalisation.

<p>Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement a formalisé dans une procédure :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'organisation de l'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient ; - la délivrance nominative des médicaments ; - la dotation pour besoins urgents ; - le conditionnement unitaire des médicaments le nécessitant, comportant leur identification jusqu'au moment de leur administration ; - l'acheminement des médicaments entre la pharmacie de ville et les unités de soins ; - l'information et les conseils aux utilisateurs, en particulier par l'utilisation du site internet « Pharmacie, Information, Conseil » (PIC), spécifiquement dédié aux médicaments utilisés en santé mentale ; - la réponse aux demandes urgentes des médicaments ; - l'optimisation des stocks dans les armoires à pharmacie des salles de soins.
<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement a formalisé les règles d'administration des médicaments dans une procédure relative au circuit du médicament.</p> <p>La procédure est validée, actualisée si nécessaire et accessible aux professionnels concernés.</p> <p>Un personnel infirmier est identifié et formé à la gestion et au rangement des médicaments dans les armoires à pharmacie des salles de soins.</p> <p>L'établissement n'utilise pas de médicaments à risque nécessitant une double vérification.</p>
<p>E2 Mettre en oeuvre</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Les règles de prescription sont mises en œuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Compte tenu de la valeur du critère « Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies au cours de l'hospitalisation » de l'indicateur « Tenue du dossier du patient » et de sa valeur de 100 % pour la campagne de recueil 2011.</p>

Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est assuré à 100 % par le pharmacien de l'officine de ville, responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient et président de la COMEDIMS.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments en utilisant : - des fiches d'information spécifique au traitement utilisé ; - des informations recueillies sur le site internet « Pharmacie, Information, Conseil » (PIC), spécifiquement dédié aux médicaments utilisés en santé mentale ; - des informations recueillies sur le site internet « Cespharm » édité par le Conseil national de l'ordre des pharmaciens. Toutefois, les situations nécessitant une information des patients ne sont pas formalisées et l'information est donnée au cas par cas, en fonction de l'état de santé du patient.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée en temps réel par les professionnels infirmiers selon la procédure définie.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Les professionnels réalisent des audits réguliers de la prise en charge médicamenteuse et en particulier de l'administration des médicaments. Les audits programmés concernent aussi le contenu des armoires à pharmacie et le chariot d'urgence. Le président de la COMEDIMS réalise chaque année des contrôles inopinés sur le circuit du médicament, en particulier les conditions de stockage dans les armoires à pharmacie.

<p>Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions de bon usage des médicaments sont définies par la COMEDIMS. Ces actions concernent les antibiotiques, les psychotropes, les prescriptions chez le sujet âgé et le livret thérapeutique.</p> <p>Le bilan des actions de bon usage des médicaments mises en œuvre est réalisé et diffusé à la COMEDIMS et aux professionnels concernés.</p>
---	------------	--

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.b - Santé mentale

Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

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

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

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

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

Critère 21.a - Santé mentale

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

Cotation		
	B	
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 œuvre.	En grande partie	
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité, avec une attention particulière portée aux urgences et aux résultats critiques.	Oui	

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

Critère 21.b Démarche qualité en laboratoire de biologie médicale

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

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

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

Critère 22.a - Santé mentale

Demande d'examen et transmission des résultats

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

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

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

Critère 22.b Démarche qualité en service d'imagerie

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

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

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

Critère 23.a - Santé mentale Education thérapeutique du patient

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

En grande partie

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

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

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

Référence 24: La sortie du patient

Critère 24.a - Santé mentale
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.

En grande partie

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	En grande partie	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » et de sa valeur de 75 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [66 %-84 %] pour la campagne de recueil 2011.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	En grande partie	
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Partiellement	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	

PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

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

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



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

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

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

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.a Organisation du bloc opératoire



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

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

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

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

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



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

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

Référence 26: 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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 26: 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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.c

Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique

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

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

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

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

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

PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.a

Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles



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

L'engagement des professionnels est effectif.	Oui	
Des actions de communication relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats sont mises en œuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.	Partiellement	La mesure de l'impact des démarches est réalisée pour les EPP les plus anciennes avec des indicateurs de suivi. Les EPP les plus récentes n'ont pas systématiquement d'indicateurs de suivi permettant de mesurer l'impact. Une étude d'impact a été spécifiquement menée avec l'EPP sur le thème : prise de psychotrope/prise de poids. Le coordonnateur de la gestion des risques aux soins et le responsable qualité sont les référents institutionnels pour la coordination et le suivi des mesures d'impact en relation avec la CME et le CODIR.
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.	Partiellement	L'évaluation de l'organisation est faite pour les staffs EPP mais n'existe pas pour les autres démarches EPP si ce n'est au travers de la mesure du taux de participation des professionnels engagés dans chaque démarche d'évaluation des pratiques professionnelles.

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.b Pertinence des soins

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

<p>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.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le suivi des actions d'amélioration est formalisé et effectif, mais la mesure de l'impact des démarches est réalisée pour les EPP les plus anciennes avec des indicateurs de suivi. Les EPP les plus récentes n'ont pas systématiquement d'indicateurs de suivi permettant de mesurer l'impact.</p>
---	-------------------------	--

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

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



Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement identifie les indicateurs de pratique clinique pertinents au regard de ses activités.	Partiellement	L'établissement a identifié différents indicateurs en rapport avec la pratique clinique et pertinents au regard de l'activité réalisée au sein de l'établissement, mais seul celui en rapport avec les sorties contre avis médical correspond véritablement à un indicateur de pratique clinique.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement recueille et analyse les indicateurs de pratique clinique choisis.	Partiellement	L'établissement recueille et analyse des indicateurs en rapport avec la pratique clinique, mais seul un d'entre eux correspond à un indicateur de pratique clinique.
Une démarche d'amélioration est mise en oeuvre à partir du recueil des indicateurs, lorsque la valeur de l'indicateur le justifie.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

6.INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Les indicateurs généralisés actuellement recueillis

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

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

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

Éléments de lecture du tableau

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

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

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

Remarque :

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

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

Etablissement : SAS CLINIQUE PSY DU LITTORAL (620025387)

Résultats des indicateurs de qualité

Dossier du Patient en santé mentale - Champ PSY

Référence Nationale

Libellé indicateur	Année 2011				Année 2012				Année 2013				Année 2014			
	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)	399	73	80													
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (%)	398	47%	80%													
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 (%)	399	70%	80%													
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 2 (%)	399	47%	NA													

Etablissement : SAS CLINIQUE PSY DU LITTORAL (620025387)

Libellé indicateur	Année 2011				Année 2012				Année 2013				Année 2014			
	Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire :				Recueil obligatoire :				Recueil obligatoire :			
	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.
Tenue du dossier patient (score sur 100)	96 [94 - 98]		(+)	↗												
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (%)	75% [66% - 84%]		(=)	↗												
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 (%)	100% [100% - 100%]		(+)	→												
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 2 (%)	100% [100% - 100%]		NA	→												

7.BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE

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

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Circuit du médicament	Aucun contrôle réalisé		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stérilisation des dispositifs médicaux	Non concerné		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Désinfection des dispositifs médicaux	Non concerné		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Laboratoires d'analyses de biologie médicale	Non concerné		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infrastructures	SOCOTEC : Audit d'accessibilité aux personnes handicapées	22 octobre 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"/>	
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input type="checkbox"/>	Commission de sécurité d'Arrondissement de Montreuil sur mer	24/02/2010	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	EUROFEU: vérification des extincteurs	20/06/2012								
	SOCOTEC : contrôle de désenfumage mécanique et contrôle SSI	06/07/2012								
	CHUBB : contrôle de l'installation des appareils de détection et de désenfumage	06/07/2012								
Sécurité électrique	SOCOTEC	13/03/2012	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hygiène alimentaire et eau d'alimentation	Direction départementale des services	07/08/2008	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

