



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## **RAPPORT DE CERTIFICATION V2010**

### **MAISON DE CONVALESCENCE FERNANDE BERGER**

15, Boulevard de la Présentation  
13013 MARSEILLE

R à 2011

# SOMMAIRE

<b>PREAMBULE</b>	<b>4</b>
1. Les objectifs de la certification des établissements de santé	5
2. Les niveaux de certification	6
<b>1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>8</b>
<b>2. DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	<b>11</b>
1. Niveau de certification	12
2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	13
3. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	13
4. Critères investigués lors de la visite de certification	14
5. Suivi de la décision	15
<b>3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS</b>	<b>16</b>
1. Le positionnement de l'établissement sur l'ensemble des thématiques	19
2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires	20
3. Regard Patient	21
<b>4. SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	<b>22</b>
<b>5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITÈRE</b>	<b>24</b>
<b>CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>25</b>
PARTIE 1. MANAGEMENT STRATEGIQUE	26
PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES	47
PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS	80
<b>CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT</b>	<b>105</b>
PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS	106

PARTIE 2. GESTION DES DONNEES DU PATIENT	135
PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT	146
PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES	194
PARTIE 5. EVALUATIONS DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	217
<b>6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	<b>224</b>
<b>7. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE</b>	<b>228</b>

# PREAMBULE

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

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

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

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

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

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

Elle ne note pas les professionnels de santé.

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

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

Le rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle (Agence Régionale d'Hospitalisation, 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 d'Hospitalisation/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 suite à la procédure de certification.

## 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.

Les niveaux de certification sont les suivants :

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

# MAISON DE CONVALESCENCE FERNANDE BERGER

Adresse : 15, Boulevard de la Présentation

Site internet de l'établissement :

13013 MARSEILLE

[http://www.hopital-saint-joseph.fr/3\\_soinsdesuite/index.php](http://www.hopital-saint-joseph.fr/3_soinsdesuite/index.php)

Statut : Privé

Type d'établissement : ESPIC

Type de Prise en charge	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places en ambulatoire
MCO		
SM		
SSR	56	
SLD		
HAD		

Nombre de sites :	- 1 site
Activités principales :	- Activité de soins de suite indifférenciés avec une orientation pneumologique.
Activités de soins soumises à autorisation :	- Activités de soins de Suite et de Réadaptation
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité :	/

## Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements (Principales conventions, réseaux, GCS) :	<p>- Une convention établie entre l'établissement Fernande BERGER et l'Hôpital Saint Joseph définit les relations de complémentarité entre les deux structures pour assurer une prise en charge optimale des patients hospitalisés en moyen séjour.</p> <p>Ce document permet à l'Hôpital Saint Joseph de faire bénéficier la structure de soins de suite d'un certain nombre de moyens, dans une logique de mise en commun des savoirs et des infrastructures.</p>
Regroupement / Fusion :	/
Arrêt ou fermeture d'activités :	/
Créations d'activités nouvelles ou reconversions :	<p>- Le projet d'établissement 2010 - 2015 prévoit un transfert de l'actuel établissement de soins de suite Fernande Berger au boulevard de Louvain, en face de l'Hôpital Saint-Joseph. Le site actuel de la Rose sera alors reconverti en EHPAD.</p>

## 2. DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## **1. Niveau de certification**

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

## **2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire**

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport en partie 7. Elles n'ont pas été validées par l'Agence Régionale d'Hospitalisation. L'ARS n'a en effet pas retourné la fiche interface ES/HAS/ARS à la Haute Autorité de Santé.

## **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 15<sup>au</sup> 17<sup>ars</sup> 2011.

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

##### **MANAGEMENT STRATEGIQUE**

1b, 1f, 2e

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

4b, 7b, 7d

##### **MANAGEMENT DE LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS**

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

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

10a-SSR, 11b-SSR, 12a-SSR, 13a-SSR

##### **GESTION DES DONNEES DU PATIENT**

14a-SSR, 14b-SSR, 15a-SSR

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

18b-SSR, 19a-les personnes âgées, 19a-les personnes démunies, 19b-SSR, 20a-SSR, 20b-SSR, 24a-SSR

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

28a, 28b, 28c

## 5. Suivi de la décision

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

### 3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS

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

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

## Ensemble des thématiques du manuel

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

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

Ces parties constituent les thématiques qui ont été retenues pour construire un graphique en radar sur la base du score moyen obtenu par l'établissement pour chacune de ces thématiques. Ce score est ensuite comparé à la moyenne du score obtenu par les établissements de sa catégorie. 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 (1f)
- Fonction « gestion des risques » (8b),
- Gestion des événements indésirables (8f),
- Maîtrise du risque infectieux (8g),
- Système de gestion des plaintes et réclamations (9a),
- Prise en charge de la douleur (12a),
- Prise en charge et droits des patients en fin de vie (13a),
- Gestion du dossier patient (14a),
- Accès du patient à son dossier (14b),
- Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge (15a),
- Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient (20a),
- Prise en charge des urgences et des soins non programmés (25a),
- Organisation du bloc opératoire (26a),

Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement. Ce score est ensuite comparé à la moyenne du score obtenu par les établissements de sa catégorie.

### Critères sélectionnés par les représentants des usagers

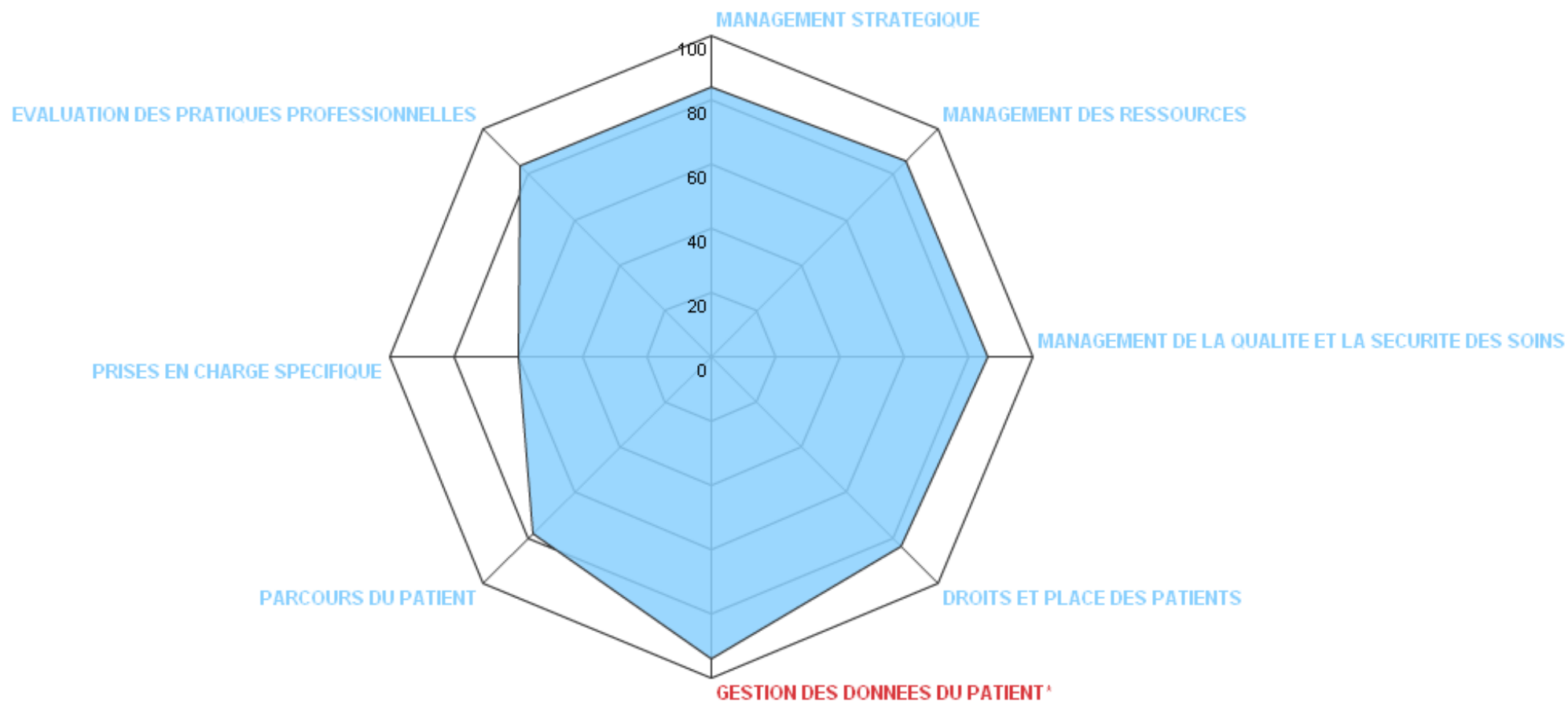
Le troisième graphique présente, sous forme d'histogramme, les scores obtenus sur des critères sélectionnés par les représentants des associations d'usagers comme répondant à des attentes prioritaires en matière de prise en charge du patient :

- 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),

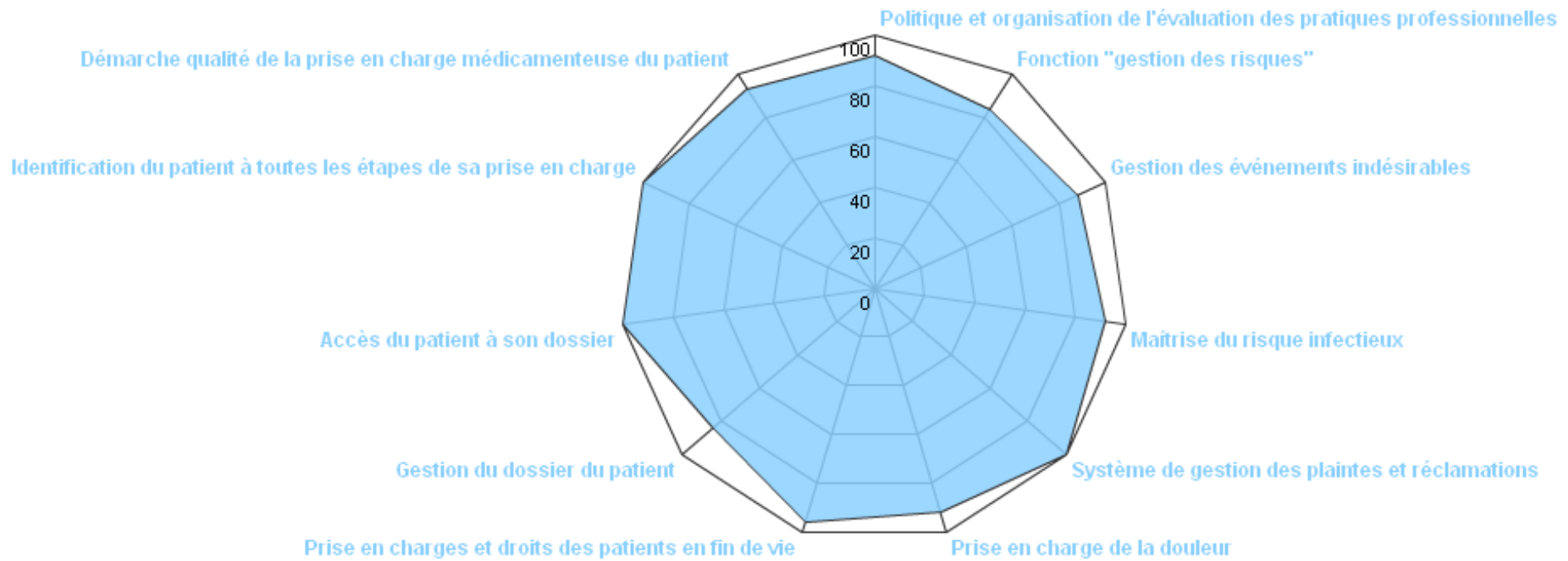
Lorsque l'établissement comprend plusieurs types de prise en charge, le graphique présente le résultat obtenu pour chacun de ces critères et pour chacune des prises en charge.

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

\*En rouge les points forts ( $\geq 90\%$ )

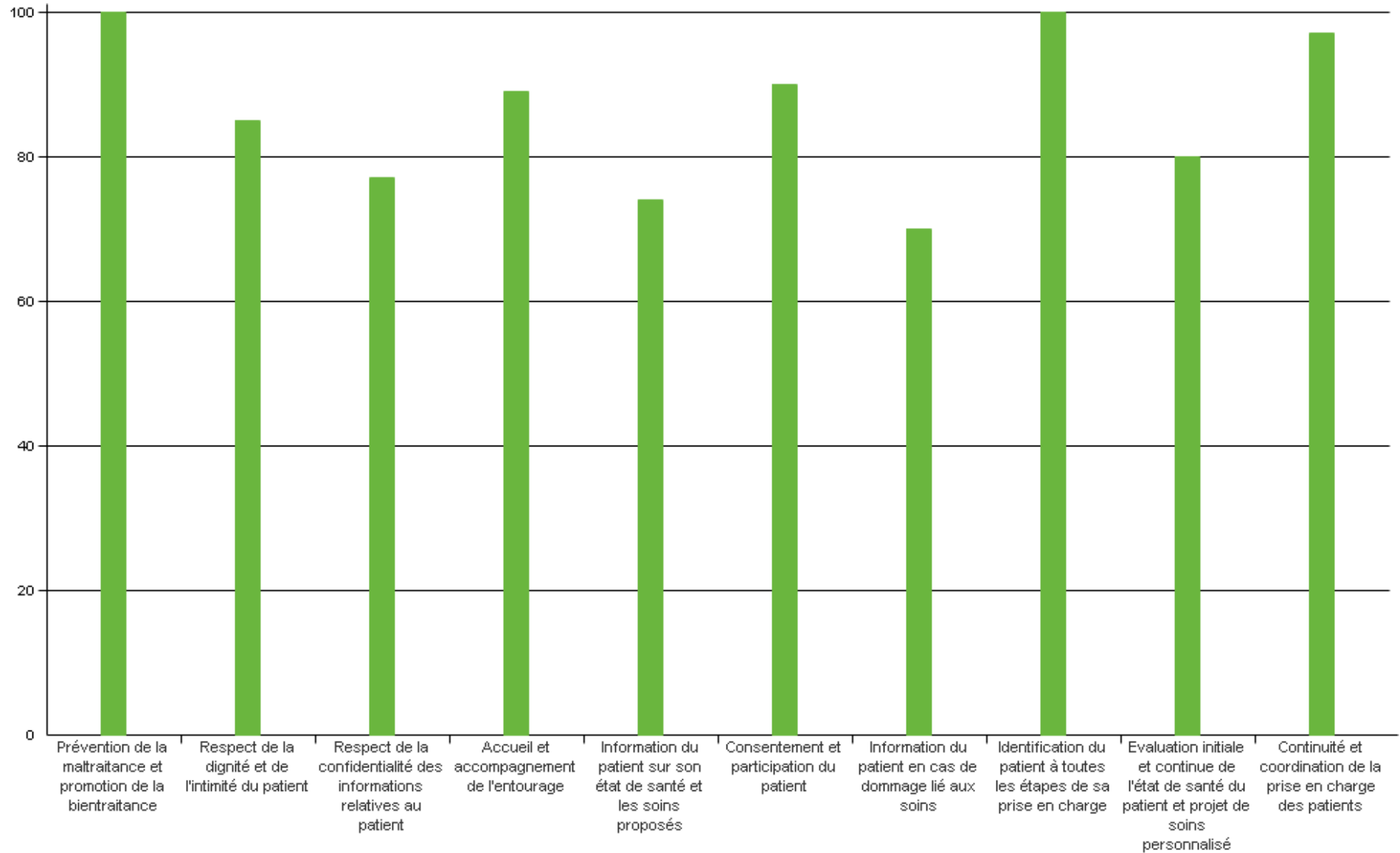


## 2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires



### 3. Regard Patient

SSR



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

## APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS

Niveau et libellé de la décision V2/V2007	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires
Recommandation : - Sécuriser l'administration des traitements et supprimer les transcriptions des prescriptions médicales (36a, 36c)	OUI	Les retranscriptions infirmières ont été supprimées dès la fin de la visite de certification V2007. Le dossier patient a évolué afin d'améliorer le suivi des prescriptions médicamenteuses. L'établissement a mis en oeuvre le dossier informatisé du patient depuis Septembre 2008.

## 5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

# CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT

# PARTIE 1. MANAGEMENT STRATEGIQUE

## Référence 1 : La stratégie de l'établissement

### Critère 1a

#### Valeurs, missions et stratégie de l'établissement

#### COTATION

#### B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les orientations stratégiques sont élaborées en concertation avec les parties prenantes en interne et en externe.	Oui	
La stratégie de l'établissement prend en compte les besoins de la population définis dans les schémas de planification sanitaire et, le cas échéant, le projet médical de territoire.	Oui	
Les valeurs et les missions de l'établissement sont déclinées dans les orientations stratégiques.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les différentes politiques (ressources humaines, système d'information, qualité et sécurité des soins, etc.) sont déclinées en cohérence avec les orientations stratégiques.	Oui	
L'établissement met en place des partenariats en cohérence avec les schémas de planification sanitaire, le projet médical de territoire et les orientations stratégiques.	Oui	
Les valeurs et les missions de l'établissement sont communiquées au public et aux professionnels	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La mise en oeuvre des orientations stratégiques fait l'objet d'un suivi et d'une révision périodique.	En grande partie	
L'établissement fait évoluer ses partenariats sur la base des évaluations réalisées.	Non	

## Référence 1 : La stratégie de l'établissement

### Critère 1b

#### Engagement dans le développement durable

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un diagnostic développement durable a été établi par l'établissement.	En grande partie	
Un volet développement durable est intégré dans les orientations stratégiques.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La stratégie liée au développement durable est déclinée dans un programme pluriannuel.	En grande partie	
Le personnel est sensibilisé au développement durable et informé des objectifs de l'établissement.	Oui	
L'établissement communique ses objectifs de développement durable aux acteurs sociaux, culturels et économiques locaux.	Partiellement	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le développement durable est pris en compte en cas d'opérations de construction ou de réhabilitation.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le programme pluriannuel fait l'objet d'un suivi et de réajustements réguliers.	Partiellement	

## Référence 1 : La stratégie de l'établissement

### Critère 1c Démarche éthique

#### COTATION

**B**

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

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

## Référence 1 : La stratégie de l'établissement

### Critère 1d

#### Politique des droits des patients

**COTATION**

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la Commission des Relations avec les Usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU).	Oui	
Des formations aux droits des patients destinées aux professionnels sont organisées.	En grande partie	

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions d'évaluation et d'amélioration en matière de respect des droits des patients sont mises en oeuvre dans chaque secteur d'activité, en lien avec la CRU.	En grande partie	

## Référence 1 : La stratégie de l'établissement

### Critère 1e

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

#### COTATION

**A**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est diffusée dans l'établissement.	Oui	
Des objectifs et des indicateurs, validés par la direction, sont déclinés à l'échelle de l'établissement et par secteur d'activité.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est révisée à périodicité définie en fonction des résultats obtenus et sur la base du rapport de la CRU.	En grande partie	

## Référence 1 : La stratégie de l'établissement

### Critère 1f

#### Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles



**COTATION**

**A**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La stratégie de développement de l'EPP est inscrite dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.	Oui	Il existe une stratégie formalisée de développement de l'EPP. Celle-ci permet de définir une politique et des objectifs, des plans d'action et les moyens nécessaires à leur mise en oeuvre.
Une concertation entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie de l'EPP est en place.	Oui	Il existe un dispositif de concertation entre professionnels de santé et gestionnaires dénommé commission EPP Fernande Berger qui se réunit à périodicité définie.
Les missions et les responsabilités sont définies pour organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médicotechnique.	Oui	Les missions et les responsabilités relatives à l'organisation, la coordination, l'accompagnement, le suivi des démarches, de l'engagement des professionnels ainsi que de la communication sont définies.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en oeuvre de l'EPP.	Oui	L'accompagnement des professionnels pour la mise en oeuvre des EPP est assuré par la responsable qualité et son équipe. L'accompagnement des équipes est adapté en fonction des besoins.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches EPP.	En grande partie	L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP de façon organisée et régulière : un référent est identifié pour la coordination et le suivi, les modalités du suivi sont définies mais les bilans ne sont pas encore réalisés à périodicité régulière.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	Oui	L'établissement met en oeuvre un processus d'information des professionnels sur la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et les résultats obtenus. Le dispositif d'information est structuré avec des objectifs, des cibles identifiées et des moyens de communication en particulier sur l'intranet de l'établissement.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	Les instances, auprès desquelles l'établissement rend compte de ses démarches sont identifiées. Un bilan annuel est formalisé, soumis aux instances et à la direction. Celui-ci présente les démarches en cours et les résultats en termes d'amélioration des pratiques.
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie en fonction des résultats obtenus.	En grande partie	La révision porte sur les objectifs, les actions mises en oeuvre et les moyens utilisés. Un ajustement de la stratégie n'est pas toujours réalisé quand nécessaire.

## Référence 1 : La stratégie de l'établissement

### Critère 1g

#### Développement d'une culture qualité et sécurité

#### COTATION

**B**

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

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

### Critère 2a

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

**COTATION**

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les organigrammes de l'établissement et des différents secteurs d'activités sont définis.	Oui	
Les circuits de décision et de délégation sont définis.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les organigrammes et l'information relative aux circuits de décision et de délégation sont diffusés auprès des professionnels.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les organigrammes et les circuits de décision et de délégation sont révisés à périodicité définie.	En grande partie	

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

### Critère 2b

#### Implication des usagers, de leurs représentants et des associations

#### COTATION

**B**

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 la mise en oeuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins, notamment dans le cadre de la CRU.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'intervention des associations dans les secteurs d'activité est facilitée.	En grande partie	
Les attentes des usagers sont prises en compte lors de l'élaboration des projets de secteurs d'activité ou d'établissement.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le dispositif de participation des usagers est évalué et amélioré.	Partiellement	

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

### Critère 2c

#### Fonctionnement des instances

#### COTATION

**A**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les instances consultatives et délibérantes sont réunies à périodicité définie et saisies sur toutes les questions qui relèvent de leur compétence.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les ordres du jour et procès-verbaux des instances sont communiqués au sein de l'établissement.	Oui	
Les instances sont informées des suites données à leurs avis et décisions.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le fonctionnement des instances est évalué (bilan, programme d'actions, suivi des actions, etc.).	Oui	

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

### Critère 2d

#### Dialogue social et implication des personnels

#### COTATION

**A**

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

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

### Critère 2e

#### Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement



### COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les tableaux de bord comprennent des indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés à la conduite du projet d'établissement.	Oui	
L'établissement a défini une stratégie de communication des résultats des indicateurs et des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers.	Oui	
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	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La stratégie de l'établissement est ajustée en fonction du suivi.	Oui	
L'établissement analyse et compare ses résultats à ceux d'autres structures similaires (comparaison externe et interne).	En grande partie	

## PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

## Référence 3 : La gestion des ressources humaines

### Critère 3a

#### Management des emplois et des compétences

**COTATION**

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les besoins en compétences et effectifs sont identifiés par secteur d'activité.	Oui	
Une politique de gestion des emplois et des compétences est définie dans les différents secteurs d'activité en lien avec les orientations stratégiques.	En grande partie	
Les compétences spécifiques pour les activités à risque ou innovantes sont identifiées.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des dispositions sont mises en oeuvre pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents.	Oui	
L'évaluation périodique du personnel est mise en oeuvre.	En grande partie	
Un plan de formation est mis en oeuvre.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'adéquation quantitative et qualitative des ressources humaines est régulièrement évaluée et réajustée en fonction de l'activité et de l'évolution des prises en charge.	Oui	
Le dispositif de gestion des compétences est réajusté en fonction de l'atteinte des objectifs des secteurs et de l'évolution des activités notamment en cas d'innovation diagnostique et thérapeutique.	En grande partie	

## Référence 3 : La gestion des ressources humaines

### Critère 3b

#### Intégration des nouveaux arrivants

**COTATION**

**B**

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

## Référence 3 : La gestion des ressources humaines

### Critère 3c

#### Santé et sécurité au travail

Le CHSCT est obligatoire dans tous les établissements publics et privés d'au moins 50 salariés. En dessous de 50 salariés, les missions du CHSCT sont assurées par les délégués du personnel.

#### COTATION

**B**

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	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions d'amélioration des conditions de travail sont mises en oeuvre.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le programme de prévention des risques et le document unique sont évalués à périodicité définie sur la base du bilan du service de santé au travail, du CHSCT, des déclarations d'accidents du travail et d'événements indésirables.	En grande partie	
Ces évaluations donnent lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	

## Référence 3 : La gestion des ressources humaines

### Critère 3d

#### Qualité de vie au travail

**COTATION**

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La qualité de vie au travail fait partie des orientations stratégiques de l'établissement.	En grande partie	
Un plan d'amélioration de la qualité de vie au travail est défini.	Partiellement	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont mises en oeuvre.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont évaluées.	Oui	
La satisfaction des personnels est évaluée.	Oui	

## Référence 4 : La gestion des ressources financières

### Critère 4a

#### Gestion budgétaire

#### COTATION

**A**

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

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les objectifs prévisionnels de dépenses et de recettes sont suivis infra-annuellement et donnent lieu si nécessaire à des décisions de réajustement.	Oui	

## Référence 4 : La gestion des ressources financières

### Critère 4b

#### Amélioration de l'efficience

**COTATION**

**B**

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

## Référence 5 : Le système d'information

### Critère 5a

#### Systeme d'information

**COTATION**

**A**

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

## Référence 5 : Le système d'information

### Critère 5b

#### Sécurité du système d'information

#### COTATION

**A**

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

## Référence 5 : Le système d'information

### Critère 5c

#### Gestion documentaire

#### COTATION

**A**

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 par les professionnels.	Oui	
Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent.	Oui	
Le système de mise à jour des documents est opérationnel.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif est évalué et fait l'objet d'actions d'amélioration.	En grande partie	

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

### Critère 6a

#### Sécurité des biens et des personnes

#### COTATION

**B**

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

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

### Critère 6b

#### Gestion des infrastructures et des équipements (hors dispositifs médicaux)

#### 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 (curatives et préventives) assurées en interne et par des sociétés extérieures sont tracées et permettent un suivi des opérations.	Oui	
Le dépannage d'urgence des équipements et des infrastructures est opérationnel.	Oui	

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le programme de maintenance est évalué et révisé à périodicité définie.	En grande partie	

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

### Critère 6c

#### Qualité de la restauration

#### COTATION

**A**

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

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

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

### Critère 6d Gestion du linge

**COTATION**

**B**

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

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La satisfaction sur la qualité du linge fourni au patient est évaluée à périodicité définie et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Non	

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

### Critère 6e

#### Fonction transport des patients

**COTATION**

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La fonction transport des patients est organisée.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les transports respectent les exigences d'hygiène et de sécurité.	En grande partie	
Les transports sont réalisés dans le respect de la dignité, de la confidentialité et du confort du patient	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La satisfaction et les délais d'attente sont évalués à périodicité définie et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Non	

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

### Critère 6f

#### Achats écoresponsables et approvisionnements

**COTATION**

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les besoins des secteurs d'activité sont évalués sur le plan quantitatif et qualitatif en associant les utilisateurs	Oui	
La politique d'achat et de relations avec les fournisseurs prend en compte les principes applicables à un achat écoresponsable.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les secteurs d'activité utilisateurs sont approvisionnés à périodicité définie et en cas d'urgence.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'établissement initie une démarche d'achat écoresponsable pour certains produits et/ou services	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des outils de suivi et d'évaluation de la politique d'achat sont mis en place.	En grande partie	

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

### Critère 7a

#### Gestion de l'eau

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Une démarche globale de gestion de la qualité de l'eau est définie et validée par l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents).	En grande partie	
La nature des effluents et les risques qu'ils génèrent sont identifiés.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un plan de maintenance préventif et curatif des installations élaboré avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents) est mis en oeuvre.	Oui	
Des contrôles périodiques de l'eau sont menés en lien avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents) et tracés.	Oui	
Un suivi des postes de consommation d'eau est assuré.	En grande partie	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un suivi des différents types de rejets est assuré.	Partiellement	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

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

### Critère 7b

#### 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.	NA	
L'établissement est engagé dans la réduction des émissions atmosphériques globales.	Oui	
Des dispositions sont prévues en cas de travaux.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Un plan et des procédures de surveillance et de maintenance de la qualité de l'air en concertation avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents) et le CHSCT sont mis en oeuvre.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La traçabilité des différentes interventions est assurée.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les paramètres de la qualité de l'air font l'objet d'un suivi périodique.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

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

### Critère 7c

#### Gestion de l'énergie

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un diagnostic énergétique est réalisé.	En grande partie	
Une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie est définie.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un plan de maintenance des installations est mis en oeuvre.	En grande partie	
Un programme d'actions hiérarchisé de maîtrise de l'énergie est mis en oeuvre.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un suivi périodique est réalisé.	Oui	

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Une réflexion sur l'utilisation des sources d'énergie renouvelable est engagée.	Partiellement	

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

### Critère 7d

#### Hygiène des locaux

**COTATION**

**A**

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Des évaluations à périodicité définie sont organisées avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents).	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

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

### Critère 7e

#### Gestion des déchets

**COTATION**

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'établissement a catégorisé et quantifié sa production de déchets et d'effluents.	En grande partie	
La politique en matière de déchets est définie en concertation avec les instances concernées.	En grande partie	
Les procédures de gestion des déchets sont établies	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le tri des déchets est réalisé.	Oui	
Des actions de sensibilisation et/ou de formation des professionnels sont organisées.	En grande partie	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
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.	En grande partie	
Des actions d'évaluation et d'amélioration relatives à la gestion des déchets sont conduites .	Oui	
L'établissement a identifié les filières locales de valorisation possible des déchets.	Oui	

## **PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS**

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

### Critère 8a

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

**COTATION**

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Un programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins est formalisé.	Oui	
Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements et les risques majeurs et récurrents.	Oui	
Les activités réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins sont prises en compte.	NA	
Le programme est soumis aux instances.	En grande partie	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins sont mis en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	Oui	
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	En grande partie	
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	En grande partie	



**Critère 8b**  
**Fonction "gestion des risques"**

**COTATION**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**CONSTATS**

Une fonction « gestion des risques » est définie dans l'établissement.

Oui

Il existe une fonction gestion des risques (GDR) qui figure dans l'organigramme. La fonction relève de la direction générale de la Fondation Hôpital Saint-Joseph. Les missions et responsabilités sont décrites dans une fiche de poste. Les liens entre la fonction GDR et les différents professionnels impliqués dans ce domaine sont structurés.

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>L'établissement assure la mobilisation de toutes les compétences utiles autour des objectifs du programme de gestion des risques.</p>	<p>Oui</p>	<p>La fonction gestion des risques travaille en lien avec les différents secteurs opérationnels et avec les autres structures de l'établissement impliquées dans les fonctions qualité et gestion des risques. Pour chaque objectif du programme de GDR, une personne ressource qualifiée est identifiée.</p>
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>Les conditions d'exercice de la fonction gestion des risques sont évaluées.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'évaluation porte sur les missions du professionnel responsable de la GDR (évaluation annuelle). L'évaluation ne porte pas sur l'organisation de la fonction GDR, ni sur ses modalités d'exercice, ni sur les objectifs de la GDR. Le dispositif d'évaluation n'est pas réalisé à périodicité définie.</p>

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

### Critère 8c

#### Obligations légales et réglementaires

#### COTATION

**A**

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

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La direction assure un suivi du traitement des non-conformités.	Oui	

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

### Critère 8d

#### Evaluation des risques a priori

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'établissement évalue les risques dans les secteurs d'activité.	Oui	
Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions de prévention, d'atténuation et de récupération pour les activités de soins à risque sont mises en place.	En grande partie	
Les professionnels concernés sont formés à l'analyse des risques a priori.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un suivi de la mise en oeuvre de ces actions est réalisé à périodicité définie.	Oui	

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'analyse de leur efficacité est réalisée.	En grande partie	

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

### Critère 8e

#### Gestion de crise

**COTATION**

**B**

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'appropriation des procédures est évaluée suite à la réalisation d'exercices de gestion de crise ou par d'autres moyens adaptés.	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 des risques

### Critère 8f

#### Gestion des événements indésirables



#### COTATION

**B**

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### CONSTATS

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

Oui

L'établissement a rédigé une procédure de signalement de traitement et d'analyse des événements indésirables. Les notions de gravité et de fréquence probable sont définies. Il existe un support informatisé de signalement d'évènement indésirable. Les différents systèmes de recueil d'évènements indésirables sont coordonnés.

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### CONSTATS

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

Oui

La formation des professionnels à l'utilisation des supports de signalement tient compte des objectifs et des cibles. Il existe un programme et des supports de formation.

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'établissement a identifié les professionnels concernés par la formation. La formation des personnels concernés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes tient compte des besoins et des objectifs. Il existe un support de formation mais pas de programme ni de preuve de formations.</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 des causes profondes. L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est structurée et participative, réalisée de façon régulière. Une personne est formée à l'analyse à la ou les méthodes utilisées.</p>
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>Des actions correctives sont mises en oeuvre suite aux analyses.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions correctives sont identifiées en cohérence avec les analyses des causes des événements indésirables. La mise en oeuvre des actions d'amélioration est hiérarchisée. La coordination et le suivi sont structurés : personnes référentes, plan d'actions, tableau de suivi...</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'analyse des évènements indésirables permet d'identifier les causes profondes des évènements récurrents à l'échelle de l'établissement. Des actions correctives sur les causes profondes des évènements récurrents sont mises en oeuvre mais pas de façon systématique.</p>
<p>L'efficacité des actions correctives est vérifiée.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Un dispositif de mesure de l'efficacité des actions correctives est mis en place. Le déploiement du dispositif d'évaluation n'est pas encore généralisé à l'ensemble des actions concernées.</p>

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

### Critère 8g

#### 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**

Score à disposition de l'établissement au moment de la visite.

A

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

### Critère 8h

#### Bon usage des antibiotiques

Ce critère est applicable uniquement aux établissements concernés par l'indicateur ICATB.



Les établissements non concernés par cet indicateur sont les établissements d'hospitalisation à domicile, d'hémodialyse, ambulatoires, les centres de postcure alcoolique exclusifs et les maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé (MECSS).

#### COTATION

**A**

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

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

### Critère 8i

#### Vigilances et veille sanitaire

**COTATION**

**A**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Une organisation pour répondre à des alertes sanitaires descendantes et ascendantes est en place.	Oui	
Une coordination entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et des risques de l'établissement est organisée.	Oui	
Une coordination est organisée entre l'établissement et les structures régionales (ou interrégionales) et nationales de vigilance et de veille sanitaire.	En grande partie	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le bilan des vigilances et de la veille sanitaire contribue à la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.	En grande partie	

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

### Critère 8j

#### Maîtrise du risque transfusionnel

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

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

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

### Critère 8k

#### Gestion des équipements biomédicaux

#### COTATION

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement a défini un système de gestion des équipements biomédicaux, comprenant un plan pluriannuel de remplacement et d'investissement.	Oui	
Une procédure (équipement de secours, solution dégradée ou dépannage d'urgence) permettant de répondre à une panne d'un équipement biomédical critique est formalisée et est 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	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les professionnels disposent des documents nécessaires à l'exploitation des équipements biomédicaux.	Non	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La gestion des équipements biomédicaux est évaluée et donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	

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

### Critère 9a

### Systeme de gestion des plaintes et réclamations



#### COTATION

**A**

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### CONSTATS

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

Oui

L'établissement a défini une organisation pour la gestion des plaintes et réclamations, avec un responsable identifié et chargé des relations des usagers (cadre de santé en liaison fonctionnelle avec la directrice qualité et gestion des risques). Il existe un registre et un tableau de suivi informatisé des réclamations et plaintes. L'organisation est formalisée par un document interne. La composition et le fonctionnement de la CRU sont conformes à la réglementation. Le dispositif d'information des usagers concernant la CRU est opérationnel.

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le système de gestion des plaintes et réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.	Oui	L'établissement a mis en place une organisation lui permettant d'intégrer les réclamations à la gestion des événements indésirables. Les différents acteurs impliqués sont tous membres du comité de gestion des risques.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	Les professionnels concernés sont impliqués dans l'analyse, le traitement des réclamations, ainsi qu'à la réponse qui est apportée au plaignant. Quand cela est nécessaire, ils participent à la mise en place des actions correctives correspondantes.
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre.	Oui	L'organisation de la gestion des réclamations repose sur l'information du plaignant, sur les modalités de traitement de sa réclamation et des voies de conciliation possibles.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et 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>Les membres de la CRU ont un accès facilité à l'intégralité des réclamations (5 dossiers en 2010). La présentation, l'analyse et le traitement des réclamations sont réalisés lors de chaque réunion de CRU. Les propositions d'actions correctives sont discutées en CRU. Le bilan de ce traitement figure dans le rapport annuel de la CRU.</p>

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

### Critère 9b

#### Evaluation de la satisfaction des usagers

#### COTATION

**A**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Une stratégie d'évaluation de la satisfaction des usagers est définie en lien avec la CRU.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La satisfaction des usagers est évaluée selon une méthodologie validée.	Oui	
Les secteurs d'activité et les instances, dont la CRU, sont informés des résultats des évaluations de la satisfaction.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre au niveau des secteurs d'activité et font l'objet d'un suivi.	En grande partie	
La politique d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins est revue à partir des résultats de l'évaluation.	En grande partie	

## CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT

# PARTIE 1. DROIT ET PLACE DES PATIENTS

## Référence 10 : La bientraitance et les droits

### Critère 10a-SSR

#### Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance

#### COTATION

**A**

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.	Oui	
Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont suivies et évaluées.	Oui	

## Référence 10 : La bientraitance et les droits

### Critère 10b-SSR

#### Respect de la dignité et de l'intimité du patient

**COTATION**

**B**

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

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'évaluation du respect de la dignité et de l'intimité des patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	

## Référence 10 : La bientraitance et les droits

### Critère 10c-SSR

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

**COTATION**

**B**

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'établissement évalue le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	En grande partie	
Des actions d'amélioration en matière de respect de la confidentialité des informations relatives au patient sont menées.	En grande partie	

## Référence 10 : La bienveillance et les droits

### Critère 10d-SSR

#### Accueil et accompagnement de l'entourage

**COTATION**

**B**

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

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'évaluation de la satisfaction de l'entourage donne lieu à des actions d'amélioration en lien avec la CRU.	Partiellement	

## Référence 10 : La bienveillance et les droits

### Critère 10e-SSR

#### Gestion des mesures de restriction de liberté

#### COTATION

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les projets médicaux, et/ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier de la liberté d'aller et venir (isolement et contention mais aussi limitation de contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.)	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les restrictions de liberté font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante intégrant la réflexion bénéfice-risque et la recherche du consentement du patient.	En grande partie	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le respect des bonnes pratiques en matière de restriction de liberté est évalué à périodicité définie, en lien avec les structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRU, CME, CSIRMT, etc.).	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	

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

### Critère 11a-SSR

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

#### COTATION

#### B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Une organisation relative à l'information donnée au patient est définie.	En grande partie	
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, d'aggravation de l'état de santé et en fonction du type d'hospitalisation (HDT, HO, injonction thérapeutique, etc.).	En grande partie	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'accès à des ressources d'information diversifiées (support écrit, espace d'information, etc.) est facilité.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'évaluation de la satisfaction du patient quant à l'information reçue, donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	

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

### Critère 11b-SSR

#### 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 soin.	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.	En grande partie	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des interventions visant la recherche d'adhésion du patient au projet de soin proposé sont réalisées dans les cas d'hospitalisation sans consentement, d'injonction thérapeutique ou de refus de soin.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'évaluation du recueil du consentement du patient donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	

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

### Critère 11c-SSR

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

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommage lié aux soins, est définie.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins, sont menées.	En grande partie	
Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est évaluée et améliorée.	NA	

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

### Critère 12a-SSR

### Prise en charge de la douleur



#### COTATION

**A**

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### CONSTATS

La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement en concertation avec le CLUD (ou équivalent).

Oui

L'établissement a défini, en lien avec l'hôpital Saint Joseph, une stratégie comportant la définition d'une politique, des objectifs, l'identification des prises en charge de la douleur et la définition des moyens nécessaires. Cette stratégie est définie avec tous les acteurs, le correspondant douleur et le cadre de santé sont membres du CLUD-SP de Saint Joseph. La personne ressource douleur vient au moins deux fois par an sur Fernande Berger pour rencontrer le correspondant de l'établissement, le cadre de santé et si besoin le personnel pour réaliser un suivi des objectifs définis et des actions d'amélioration.

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Des protocoles analgésiques issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, aux types de patients, à la douleur induite par les soins sont définis.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les protocoles sont définis pour les différentes prises en charge sur l'hôpital Saint Joseph et il existe un protocole, pour la prise en charge de la douleur, spécifique à Fernande Berger. Des protocoles sont adaptés à la prévention des douleurs liées à des actes de soins. Les professionnels participent à la rédaction des différents protocoles de soins. L'accessibilité des protocoles, par les professionnels, est assurée.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les formations réalisées sur Saint Joseph ou sur site tiennent compte de l'identification des besoins, des objectifs et des cibles. Le correspondant douleur participe aux réunions du réseau des correspondants douleur de l'hôpital Saint Joseph. Le personnel participe aux formations prévues par le plan de formation.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Partiellement	Un programme d'éducation thérapeutique à la prise en charge de la douleur n'est pas formalisé pour tous les patients. Cependant, une formation du personnel à la démarche d'éducation thérapeutique et à la mise en place d'une éducation thérapeutique formalisée pour l'utilisation du neuro-stimulateur transcutané est effective. Le livret d'accueil du patient contient le contrat d'engagement à lutter contre la douleur qui incite celui-ci à participer à la prise en charge de sa propre douleur.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Compte-tenu de la classe pour l'indicateur « Prise en charge de la douleur » et de sa valeur de 99% avec un intervalle de confiance à 95 % = [96 - 100] pour la campagne de recueil 2010.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Sur le dossier médical une cible est systématiquement ouverte dès que la douleur évaluée est positive. Le traitement est ajusté en fonction des évaluations et les modifications du traitement sont tracées dans le dossier patient.

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Il existe une identification des moyens nécessaires à l'évaluation de la douleur chez les patients non communicants. L'échelle Doloplus est intégrée dans le dossier patient informatisé et les professionnels sont formés à l'utilisation de celle-ci.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	Il existe des actions d'évaluation du niveau d'appropriation et d'utilisation des outils par les professionnels par le cadre de santé qui vérifie la bonne prise en charge de la douleur à travers le contrôle du dossier patient. Il est réalisé une évaluation semestrielle des dossiers de soins portant sur la traçabilité de la douleur et l'utilisation des outils nécessaires à celle-ci.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement recueille l'indicateur « Prise en charge de la douleur. Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation. L'évaluation portant sur la qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur se fait avec le questionnaire de sortie et l'enquête de satisfaction qui intègrent des questions sur la prise en charge de la douleur. Le CLUD SP a réalisé une évaluation des pratiques professionnelles, sur les douleurs induites par les soins, avec la participation des IDE de Fernande Berger et a mis en place des actions d'amélioration. Une évaluation semestrielle des dossiers de soins sur la traçabilité de la douleur et sa prise en charge est réalisée.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	<p>Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats des évaluations menées sur le plan institutionnel. Une dynamique coordonnée existe en lien avec les personnes référentes (cadre de santé, correspondante douleur, CLUD-SP).</p> <p>Les actions concernent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evolution du dossier patient.</li> <li>- Formation du personnel.</li> <li>- Actualisation des protocoles.</li> </ul>
L'établissement participe à des partages d'expérience sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	<p>Il existe une organisation permettant à l'établissement de mettre en place des actions de partage des informations, d'identification des acteurs locaux et des réseaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation tous les deux ans d'un symposium douleur soins palliatifs.</li> <li>- Participation à des interventions extérieures, à des congrès.</li> <li>- Participation au réseau douleur PACA ouest en lien avec l'hôpital Saint Joseph.</li> </ul>



**Critère 13a-SSR**

**Prise en charges et droits des patients en fin de vie**

*Ce critère s'applique à tous les établissements accueillant des patients en fin de vie.*

**COTATION**

**A**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**CONSTATS**

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

Oui

Il existe une organisation pour la prise en charge ds patients en fin de vie. La stratégie globale, pour cette prise en charge a été formalisée. Elle est adaptée à la structure, en lien avec le CLUD-SP. Elle définit les objectifs, les processus, les acteurs, les ressources, les indicateurs (cible fin de vie). Une équipe mobile de soins palliatifs dispense des conseils téléphoniques, des informations et réalise des formations.

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	Oui	Une procédure a été rédigée et diffusée en 2009 sur les directives anticipées : information du personnel, modalités de leur traçabilité et conservation de celles-ci. En cas de formalisation des directives anticipées les informations sont tracées, à différents niveaux, dans le dossier du patient.
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	Les patients reçoivent des informations écrites (charte affichée dans l'établissement et livret d'accueil) qui précisent leur droit d'accepter ou du refuser un traitement de maintien en vie ou de réanimation. Un livret sur la loi du 22 avril 2005 est disponible dans l'établissement à l'accueil. Il est aussi remis au patient ou aux proches si nécessaire. Une affiche d'information sur cette loi, en lien avec la Commission de Réflexion Ethique, est affichée dans l'établissement.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La démarche palliative est mise en oeuvre dans les secteurs concernés par les situations de fin de vie.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le personnel connaît et utilise les outils de la démarche palliative. Dès qu'un patient est identifié en fin de vie, des réunions hebdomadaires avec le médecin, l'équipe soignante, en lien avec la psychologue, l'assistante sociale, sont organisées dans une démarche personnalisée de projet de soins. La démarche palliative est appliquée dans les situations concernées avec utilisation de la fiche RCP et sa traçabilité est assurée dans le dossier du patient.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les acteurs de soins concernés sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de la vie.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement met en oeuvre un processus d'information des professionnels sur l'esprit et les dispositions de la Loi du 22 avril 2005 et un calendrier douleur/soins palliatifs a été diffusé en 2009. Des formations, incluses dans le plan de formation de l'établissement Saint Joseph, sont ouvertes au personnel de Fernande Berger (médecins, IDE, AS). Le correspondant douleur soins palliatif participe aux réunions organisées en externe et en fait retour aux différents personnels de Fernande Berger.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	En grande partie	L'action des associations d'accompagnement et de leur bénévoles est souhaitée et facilitée par la Direction. Cependant, les associations sollicitées n'ont pas répondu favorablement et leur intervention n'est donc pas effective. Néanmoins : - un prêtre est présent tous les 15 jours pour officier et peut intervenir sur demande du patient ou de sa famille. - il existe la présence hebdomadaire d'une congrégation religieuse.
Une concertation au sein de l'équipe soignante dans les situations de fin de vie est mise en oeuvre.	Oui	Une concertation hebdomadaire pluri-disciplinaire a lieu selon la fiche « guide RCP » pour les situations de fin de vie. La traçabilité dans le dossier patient en est assurée.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle et en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, Commission de soins, etc.).</p>	<p>Oui</p>	<p>La prise en charge des patients en fin de vie a fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle. Le comité de réflexion éthique (CRE) a réalisé en 2007 une enquête sur la connaissance de la loi du 22 avril 2005 (Léonetti). Un questionnaire a été distribué à l'ensemble du personnel soignant et sur un jour donné à tous les patients hospitalisés. En 2009, une enquête sur la prise en charge et les droits des patients en fin de vie a été réalisée. En septembre 2009, la CRU a été informée et a donné son avis sur la démarche de soins palliatifs (validation par la direction et diffusion en CME).</p>
<p>Les secteurs d'activité les plus concernés mettent en place une réflexion sur les situations d'obstination déraisonnable et la limitation ou l'arrêt de traitements à visée curative.</p>	<p>Oui</p>	<p>Lorsqu'elles surviennent, ces questions sont abordées lors des réunions de concertation pluriprofessionnelles hebdomadaires.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	Des actions d'amélioration ont été mises en place concernant l'information des patients et leurs proches, l'information et la formation des professionnels, la prise en charge des patients en fin de vie. Les outils d'évaluation ont été adaptés aux patients accueillis à Fernande Berger.

## PARTIE 2. GESTION DES DONNEES DU PATIENT

## Référence 14 : Le dossier du patient

Critère 14a-SSR

Gestion du dossier du patient



**COTATION**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**CONSTATS**

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

La procédure 3FB032 REGLES DE TENUE DU DOSSIER PATIENT A FERNANDE BERGER définit les rôles et responsabilités de chaque professionnel dans la constitution et la saisie des informations utiles à la prise en charge dans le dossier du patient tout au long du séjour (entrée, prise en soins, sortie). Cette procédure est à disposition des professionnels concernés soit sur le répertoire informatique dédié soit en version papier dans chaque service utilisateur. Les Items IPAQSS sont identifiés et signalés à l'attention des professionnels. Les modalités de classement et d'archivage sont explicitées.

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, par les professionnels habilités sont formalisées et diffusées.</p>	<p>Oui</p>	<p>La gestion des droits d'accès et les modalités d'établissement de la liste des utilisateurs autorisés pour le dossier informatique du patient sont définies dans la procédure 3INF009. Les accès aux différents modules indispensables dans la prise en charge sont décrits dans les guides d'utilisation (pharmacie, prescription labo, HOPI 400). Ces procédures sont toutes à la disposition des utilisateurs. Chaque professionnel utilisateur, lors de son embauche, bénéficie d'une formation à l'utilisation de l'outil informatique, en particulier les logiciels de soins.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Compte-tenu de la classe pour l'indicateur « Tenue du dossier patient» et de sa valeur de 57% avec un intervalle de confiance à 95 % = [55 - 59] pour la campagne de recueil 2010.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La communication du dossier entre les professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes est assurée en temps utile.</p>	<p>Oui</p>	<p>Tous les professionnels intervenant dans la prise en soins ont accès en lecture et/ou modification selon leur niveau et autorisation. Tous les soins et interventions sont inscrites dans le dossier patient et de ce fait accessibles en temps réels aux utilisateurs. Les courriers de sortie sont dictés avant celle-ci et envoyés au médecin traitant majoritairement dans les 24h et dans tous les cas dans les trois jours.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement recueille l'indicateur « Tenue du dossier patient ». Il a pas mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation. Le cadre de santé effectue une évaluation mensuelle de 5 dossiers de soins de façon aléatoire. Le service qualité réalise tous les six mois un Quick-audit portant sur 5 dossiers par service.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Des actions d'améliorations ont été conduites suite aux premières évaluations effectuées (sensibilisation du personnel sur la traçabilité nécessaire de certaines informations, numérisation de documents papier, continuité de certains postes par remplacement organisé,...)

## Référence 14 : Le dossier du patient

### Critère 14b-SSR

#### Accès du patient à son dossier



### COTATION

**A**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'accès du patient à son dossier est organisé.	Oui	Les modalités d'accès du patient à son dossier sont explicités dans le livret d'accueil et correspondent aux normes réglementaires. Un formulaire de demande d'accès est remis au patient ou à ses ayants droits pour toute demande après la sortie.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.	Oui	Le livret d'accueil précise au patient son droit d'accès à son dossier. La charte du patient est affichée dans les chambres des patients.

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'accès du patient à son dossier est assuré dans des délais compatibles avec ses besoins.	Oui	Les délais d'accès du patient à son dossier sont conformes à la réglementation. Le suivi de ces délais est assuré par le DIM (commun à la structure et à l'hôpital St Joseph). A ce jour, aucune demande d'accès au dossier n'a été effectuée pour la structure FERNANDE BERGER.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	Un tableau de suivi transmission copies dossiers permet au DIM (commun aux deux établissements : Hôpital St Joseph ; Maison de convalescence FERNANDE BERGER) d'analyser les délais de réponse. Le DIM réalise un bilan annuel des délais de transmission des dossiers aux patients (aucune demande d'accès au dossier n'a été effectuée pour la structure Maison de convalescence FERNANDE BERGER).

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>La CRU est destinataire du tableau de suivi transmission copies dossiers et des actions d'amélioration proposées par le DIM (commun aux deux établissements : Hôpital St Joseph ; Maison de convalescence FERNANDE BERGER).</p>

## Référence 15 : L'identification du patient

### Critère 15a-SSR

#### 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

Une procédure spécifique (ref : 3IDENTITO001) explicite les dispositions permettant de garantir la fiabilité de l'identification du patient, à toutes les étapes de la prise en charge. Elle a pour objectif de définir les points de vigilance de l'identité du patient lors de son séjour de soins en vérifiant la concordance entre l'identité déclarée, le bracelet et le dossier du patient ou la prescription. Un bracelet d'identification est posé à tout patient.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les personnels de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les personnels administratifs et les professionnels de santé ont eu une formation sur l'identitovigilance. La procédure (3/AFAC/003) «Identification d'un patient» fixe les règles de création de l'identité et les règles de saisie. A chaque patient est attribué un identifiant patient unique l'IPP, auquel sont rattachés ses séjours successifs.</p>
<p>Les personnels de l'accueil administratif mettent en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.</p>	<p>Oui</p>	<p>Depuis janvier 2010, l'identité du patient est vérifiée sur une pièce officielle en complément de la carte vitale et de la carte de mutuelle complémentaire. Les professionnels des admissions appliquent cette procédure de manière systématique.</p>
<p>Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.</p>	<p>Oui</p>	<p>La mise en place systématique d'un bracelet d'identification à chaque patient permet au professionnel de vérifier avant chaque soin, l'identité du patient pris en charge.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit) et les erreurs sont analysées et corrigées.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'identification systématique des patients est assurée au quotidien dans la structure, des audits sont réalisés par le service qualité. Le dernier audit cible sur le respect de la procédure d'identification a été réalisé en Octobre 2010. Il a montré un respect exhaustif des étapes et contrôles décrits dans la procédure.</p>

## PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

## Référence 16 : L'accueil du patient

### Critère 16a-SSR

#### Dispositif d'accueil du patient

#### COTATION

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des modalités d'accueil du patient sont définies.	Oui	
L'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées.	Partiellement	
En l'absence de service d'urgence, des dispositions sont prises pour assurer la prise en charge 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 séjour.	Oui	
Le personnel est formé à l'accueil et à l'écoute du patient.	En grande partie	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le temps d'attente prévisible est annoncé.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le dispositif d'accueil du patient est évalué.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre en lien avec la CRU.	Oui	

## Référence 17 : L'évaluation de l'état de santé du patient et le projet de soins personnalisé

### Critère 17a-SSR

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

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et prend en compte l'ensemble de ses besoins.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	Oui	
Un projet de soins personnalisé est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).	Oui	
La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisé.	Partiellement	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le projet de soins personnalisé est réajusté en fonction d'évaluations périodiques de l'état de santé du patient en impliquant le patient et s'il y a lieu l'entourage.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions d'évaluations sont conduites pour s'assurer de la traçabilité des informations.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en place en fonction des résultats des évaluations.	En grande partie	

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

### Critère 18a-SSR

#### 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 astreintes sont définis afin d'assurer la permanence des soins 24 heures/24.	Oui	
Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes.	Oui	
Des modalités de transmission d'information entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les secteurs d'activité collaborent entre eux pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	Oui	
Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur lorsque l'état du patient le nécessite.	Oui	
Un ou des professionnel(s) référent(s) est désigné pour la prise en charge du patient.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les événements indésirables relatifs à la continuité des soins sont évalués et des actions d'amélioration sont menées.	En grande partie	

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

### Critère 18b-SSR

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

#### COTATION

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est définie.	Oui	
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.	En grande partie	

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est évaluée à périodicité définie et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Partiellement	

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19a-les personnes âgées

#### Populations nécessitant une prise en charge particulière

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.	Partiellement	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La sensibilisation/formation auprès 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.	Oui	

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19a-les patients porteurs de maladies chroniques Populations nécessitant une prise en charge particulière

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La sensibilisation/formation auprès des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques est mise en oeuvre.	En grande partie	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	En grande partie	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Partiellement	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins.	Partiellement	

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19a-les enfants et adolescents

#### Populations nécessitant une prise en charge particulière

#### COTATION

NA

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### CONSTATS

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.

NA

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### CONSTATS

La sensibilisation/formation auprès 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.	NA	

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19a-les personnes atteintes d'un handicap Populations nécessitant une prise en charge particulière

#### COTATION

#### B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.	Partiellement	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La sensibilisation/formation auprès des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques est mise en oeuvre.	En grande partie	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	En grande partie	

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

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19a-les personnes démunies

#### Populations nécessitant une prise en charge particulière

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La sensibilisation/formation auprès 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.	En grande partie	

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19a-les personnes détenues

#### Populations nécessitant une prise en charge particulière

#### COTATION

NA

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### CONSTATS

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.

NA

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### CONSTATS

La sensibilisation/formation auprès 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.	NA	

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19b-SSR

#### Troubles de l'état nutritionnel



### COTATION

**A**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés.	Oui	
L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge en lien avec le CLAN ou son équivalent.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions d'éducation à la santé dans le domaine nutritionnel sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.	Oui	
Le poids et l'IMC à l'admission sont tracés dans le dossier du patient.	Oui	

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

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19c-SSR Risque suicidaire

#### COTATION

**B**

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Partiellement	
Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient.	Partiellement	

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19d

#### 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	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des procédures sont mises en oeuvre.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les modalités des hospitalisations sans consentement sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	

## Référence 20 : La prise en charge médicamenteuse

### Critère 20a-SSR

#### Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient



### COTATION

**A**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement de santé a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, en concertation avec les professionnels concernés.	Oui	Il existe une politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et le circuit du médicament est un axe de la politique qualité. Cet axe est décliné dans le programme d'amélioration de la qualité. Une commission se réunit sur le circuit du médicament et fonctionne depuis 2006. Un pharmacien, référent de Fernande Berger a été désigné y participe. Le gestionnaire participe à la commission des fluides médicaux.
Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégré au système d'information hospitalier est défini.	Oui	Le dossier du patient est informatisé. Cette informatisation inclut la prescription, la validation pharmaceutique et l'administration des produits médicamenteux.

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.</p>	<p>Oui</p>	<p>Dans le cadre du CBU 2006 - 2008, l'établissement a formalisé les règles de prescription des médicaments. Les supports ont été diffusés sous format papier dans les services de soins et mis en ligne sur la base de gestion documentaire. La prescription médicamenteuse est informatisée.</p>
<p>Des outils d'aide actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les outils d'aide à la prescription médicamenteuse sont disponibles sur l'intranet. En cas de panne informatique un support papier a été mis en place dans chaque salle de soins. Le livret thérapeutique des médicaments référencés (support papier) a été mis à disposition des professionnels dans les services de soins. La validation de ces outils est effectuée, en fonction des sujets, par la COMEDIMS, lors du comité des antibiotiques ou du CLUD.</p>

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission, jusqu'à la sortie, transferts inclus.</p>	<p>Oui</p>	<p>Il existe des procédures de gestion des médicaments du patient dès son admission. La prescription antérieure à l'hospitalisation est tracée dans le dossier patient et aussitôt réévaluée par le medecin en charge du patient qui l'intègre dans la prescription initiale (procédures rédigées par le groupe circuit du médicament). Les prescriptions de sortie accompagnent le patient et tiennent compte du traitement antérieur à l'hospitalisation. Le service de soins s'assure de la continuité de la prise en charge thérapeutique du patient.</p>

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement a mis en oeuvre une organisation pour assurer la sécurité de la dispensation des médicaments dans ses différents aspects. A cet effet une astreinte des pharmaciens est organisée au sein de l'hôpital Saint Joseph. La validation pharmaceutique est en place. La distribution des médicaments est réalisée dans des caisses identifiées fermées et scellées (excepté pour les gros volumes comme les solutés massifs). Tous les toxiques sont délivrés en boites scellées identifiées dans des caisses scellées.</p> <p>Un contrôle des conditions de stockage a été réalisé. Certains traitements dont la liste a été établie en réunion de COMEDIMS font l'objet d'une distribution nominative.</p>
<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des procédures et protocoles précisent les règles d'administration des médicaments, de manière spécifique pour les stupéfiants et les médicaments dérivés du sang et de manière standard pour tous les autres. Une procédure de gestion des traitements non administrés, a également été rédigée. Une procédure spécifique, sur le circuit du médicament, concerne Fernande Berger et en décrit les modalités.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Partiellement	<p>Il n'y a pas d'actions structurées de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses mais des actions de sensibilisation ont été toutefois menées selon trois axes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pharmacovigilance avec la diffusion de recommandations et des alertes nationales.</li> <li>- Actions dans le cadre de la sécurisation du circuit du médicament et du contrat de bon usage.</li> <li>- Gestion des risques : formation et sensibilisation du personnel.</li> </ul> <p>Un comité de lutte contre la iatrogénie est en cours de structuration.</p>
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	Le dossier du patient étant informatisé depuis septembre 2008, la prescription, la validation pharmaceutique et l'administration des médicaments sont tracées sur ce support.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	Compte-tenu de la valeur du critère « rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation » de l'indicateur « tenue du dossier » et de sa valeur de 98% pour la campagne de recueil 2010.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	L'analyse pharmaceutique du traitement complet est réalisée quotidiennement sur l'ensemble des patients. Le pharmacien dispose d'un droit d'accès informatique au dossier du patient. La délivrance nominative est réalisée pour certains médicaments d'exception.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	Oui	Des procédures relatives aux préparations magistrales standards ont été rédigées. Un audit de pratique a été réalisé en 2008. La réorganisation du préparatoire a été élaborée et validée. Les modalités de préparation des médicaments injectables, non prêts à l'emploi, sont définis dans un guide disponible sur l'intranet.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Des informations orales sont données par les professionnels pour certains médicaments ainsi que pour leur surveillance. Des supports d'information sont remis aux patients pour certains produits médicamenteux nécessitant une surveillance particulière. Cependant, l'information des patients sur le bon usage des médicaments n'est pas structurée.</p>
<p>La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.</p>	<p>Oui</p>	<p>La traçabilité de l'administration des médicaments est assurée sur le dossier patient informatisé. Des procédures ont été élaborées et mises en application de manière spécifique pour les stupéfiants, les médicaments dérivés du sang et de manière standard pour tous les autres médicaments.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations est réalisé.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les indicateurs d'évaluation sont suivis dans le cadre du contrat de bon usage du médicament. et un comité de pilotage assure le suivi du bon déroulement de ce contrat. Le recueil des indicateurs IPAQSS est réalisé annuellement. Le service qualité suit l'ensemble de ces indicateurs.</p>
<p>Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des audits semestriels sont réalisés sur la planification des soins incluant la prescription ainsi que l'administration des médicaments. Des audits sont également réalisés dans le cadre du contrat de bon usage : gestion du traitement personnel apporté par le patient, prescription et administration des médicaments. Une évaluation, du contenu des armoires à pharmacie est mise en oeuvre. Le service qualité est en charge du suivi de l'ensemble des audits.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Les référentiels et fiches de bon usage ont été mis en ligne sur l'intranet de l'établissement. Des actions de sensibilisation ont été menées dans le cadre des différentes commissions (COMEDIMS, CME, budget). Une procédure relative aux prescriptions hors AMM a été validée et présentée dans les instances concernées (COMEDIMS, CME, comité de direction, comité de réflexion éthique). Lors de l'analyse pharmaceutique, des avis pharmaceutiques sont émis sur le bon usage des médicaments.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Les erreurs médicamenteuses peuvent être signalées en interne via l'application informatique. La pharmacie a été identifiée comme secteur à risque. Les erreurs médicamenteuses éventuelles sont analysées de façon pluridisciplinaire.
Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs avec rétroinformation des professionnels.	Oui	Tout incident déclaré est analysé et fait l'objet d'une action corrective. Le cadre de santé du service en est informé. Un retour sur les résultats d'audit est fait systématiquement aux instances et personnels concernés.

## Référence 20 : La prise en charge médicamenteuse

### Critère 20b-SSR

#### Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

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

#### COTATION

#### B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Une réflexion est menée dans l'établissement sur les prescriptions médicamenteuses inappropriées chez le sujet âgé.	Partiellement	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des guides/outils de bonne prescription chez le sujet âgé sont mis à disposition des professionnels.	Oui	
Des actions de sensibilisation et/ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.	Oui	

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions d'amélioration et leurs suivis sont mis en oeuvre.	Partiellement	

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

### Critère 21a-SSR

#### Prescription d'analyses, prélèvement et transmission des résultats

#### COTATION

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des règles de fonctionnement sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les laboratoires de biologie médicale (y compris coopération et sous-traitance).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des outils d'aide à la prescription et au prélèvement, actualisés et validés, sont mis à disposition des professionnels.	Oui	
Les demandes d'analyse sont identifiées, argumentées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	Partiellement	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les pratiques sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	

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

### Critère 21b

#### Démarche qualité en laboratoire

Ce critère n'est pas applicable si l'établissement sous traite l'activité "laboratoire" à un prestataire.

#### COTATION

NA

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les secteurs développent un système de management de la qualité.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le guide de bonne exécution des analyses est mis en oeuvre.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les activités de biologie font l'objet d'une procédure d'évaluation externe de la qualité.	NA	
Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activités, efficience, etc.) et qualitatifs (événements sentinelles, délais, non-conformités), est assuré et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	

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

### Critère 22a-SSR

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

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des règles de fonctionnement sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les secteurs d'imagerie (y compris externalisés).	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à disposition des professionnels.	En grande partie	
Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les pratiques sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Non	

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

### Critère 22b

#### Démarche qualité en service d'imagerie

Ce critère n'est pas applicable si l'établissement sous traite l'activité "examen d'imagerie" à un prestataire.

#### COTATION

NA

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les secteurs développent un système d'assurance de la qualité.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les examens sont réalisés dans le respect des bonnes pratiques.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les activités d'imagerie font l'objet d'une procédure d'évaluation externe de la qualité.	NA	
Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficience, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais), non-conformités, est assuré et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	

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

### Critère 23a-SSR

#### Education thérapeutique du patient

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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.	Partiellement	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des activités d'éducation thérapeutique impliquant les professionnels, les secteurs d'activité concernés et les représentants des patients sont mises en oeuvre.	Partiellement	
Les professionnels de santé sont formés à la démarche d'ETP.	En grande partie	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des techniques et outils pédagogiques sont mis à disposition des professionnels de santé.	En grande partie	
Des supports éducatifs sont mis à disposition des patients et de leur entourage par les professionnels au cours de la démarche éducative.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'évaluation de l'efficacité du dispositif d'ETP (patients, professionnels de santé) donne lieu à des actions d'amélioration.	Non	

## Référence 24 : La sortie du patient

### Critère 24a-SSR Sortie du patient



#### COTATION

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La sortie ou le transfert du patient est organisé en fonction du type de prise en charge et de l'état clinique du patient.	Oui	
Les professionnels d'aval sont associés à l'organisation de la sortie ou du transfert (demande d'avis, visite, staff pluridisciplinaire, réseaux ville-hôpital, etc.) lorsque la situation le nécessite.	Oui	
Le patient et son entourage sont associés à la planification et à la préparation de la sortie ou du transfert.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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 à son suivi sont remis au patient.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Partiellement	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	En grande partie	
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Non	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Partiellement	

## PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

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



### Critère 25a

#### 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 par les 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	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La disponibilité des lits d'hospitalisation est analysée en temps réel.	NA	
Les professionnels sont formés à l'accueil et à l'orientation des patients.	NA	
L'établissement a développé une offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les secteurs de soins (consultations, hospitalisations directes).	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le suivi des temps d'attente et de passage selon le degré d'urgence est en place.	NA	
Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements sont réalisés.	NA	

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les actions d'amélioration sont définies avec les professionnels et les représentants des usagers, et mises en oeuvre.	NA	

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



### Critère 26a

#### Organisation du bloc opératoire

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

#### COTATION

NA

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des circuits spécifiques sont définis pour les différents modes de prise en charge (hospitalisation complète programmée, chirurgie ambulatoire, urgences immédiates, urgences différées).	NA	
Les locaux, l'équipement sont conformes et font l'objet d'une démarche qualité.	NA	
La charte de fonctionnement définie et validée par un conseil de bloc précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, établit les responsabilités et les modalités d'élaboration, de régulation des programmes opératoires.	NA	

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé entre le bloc opératoire, les secteurs d'activité clinique, médicotechnique, technique et logistique.	NA	
Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.	NA	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un responsable régule les activités du bloc opératoire afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Pour chaque intervention chirurgicale, la procédure de vérification de l'acte est mise en oeuvre par un membre identifié de l'équipe opératoire.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes incluant les vérifications effectuées est assurée.	NA	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficience, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est assuré et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	

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

### Critère 26b-radiothérapie

#### Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

*Ce critère est applicable uniquement aux établissements de santé autorisés à réaliser une activité de radiothérapie.*

#### COTATION

NA

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un responsable identifié régule les activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un recueil et une analyse des événements indésirables avec retour d'expérience aux professionnels permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	
La réalisation d'audit et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	

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

### Critère 26b-médecine nucléaire

#### Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

*Ce critère est applicable uniquement aux établissements de santé autorisés à réaliser une activité de médecine nucléaire.*

#### COTATION

NA

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un responsable identifié régule les activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un recueil et une analyse des événements indésirables avec retour d'expérience aux professionnels permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	
La réalisation d'audit et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	

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

### Critère 26b-salle de naissance

#### Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

*Ce critère est applicable uniquement aux établissements concernés par des activités interventionnelles.*

### COTATION

**NA**

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un responsable identifié régule les activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un recueil et une analyse des événements indésirables avec retour d'expérience aux professionnels permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	
La réalisation d'audit et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	

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

### Critère 26b-techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale

#### Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

*Ce critère est applicable uniquement aux établissements concernés par des activités interventionnelles.*

#### COTATION

NA

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un responsable identifié régule les activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un recueil et une analyse des événements indésirables avec retour d'expérience aux professionnels permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	
La réalisation d'audit et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	

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

### Critère 26b-électroconvulsivothérapie

#### Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

*Ce critère est applicable uniquement aux établissements concernés par des activités interventionnelles.*

#### COTATION

NA

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un responsable identifié régule les activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un recueil et une analyse des événements indésirables avec retour d'expérience aux professionnels permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	
La réalisation d'audit et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	

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

### Critère 26b-endoscopie

#### Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

*Ce critère est applicable uniquement aux établissements concernés par des activités interventionnelles.*

#### COTATION

NA

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un responsable identifié régule les activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un recueil et une analyse des événements indésirables avec retour d'expérience aux professionnels permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	
La réalisation d'audit et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	

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

### Critère 26c

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

**COTATION**

**B**

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

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les activités relatives au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Non	

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

### Critère 27a

#### Activités de soins de suite et de réadaptation

#### COTATION

NA

#### 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 réadaptation, activité clinique, médicotechnique, technique et logistique.

NA

Compte tenu de l'activité exclusivement SSR de l'établissement.

#### 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.

NA

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs est assuré et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	

## **PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

## Référence 28 : L'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28a

#### Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

#### COTATION

**B**

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'engagement de tous les professionnels est effectif.	En grande partie	
Des actions de communication relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats sont mises en oeuvre.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.	Partiellement	La mesure de l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques est partiellement réalisée.
Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique évaluent l'organisation mise en place pour favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP.	Non	Il n'y a pas encore d'évaluation de l'organisation mise en place pour favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP.

## Référence 28 : L'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28b

#### Pertinence des soins

**COTATION**

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les enjeux liés à la pertinence des soins sont identifiés au sein de l'établissement.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des analyses de la pertinence des soins sont réalisées et permettent la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	Oui	
Des guides de bon usage des soins sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique assurent le suivi des actions d'amélioration et mesurent l'impact sur l'évolution des pratiques.	Partiellement	

## Référence 28 : L'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28c

#### 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.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement recueille et analyse les indicateurs de pratique clinique choisis.	Oui	
Une démarche d'amélioration est mise en oeuvre à partir du recueil des indicateurs lorsque la valeur de l'indicateur le justifie.	Oui	

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'établissement révisé régulièrement la liste des indicateurs analysés.	Partiellement	

## 6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## Les indicateurs généralisés actuellement recueillis

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

Le recueil et la valeur des indicateurs sont pris en compte dans la procédure de certification pour objectiver les critères en lien avec un indicateur.

Le tableau de bord certification suivant présente de manière synthétique les résultats obtenus par l'établissement au regard de l'ensemble des indicateurs recueillis chaque année.

Les données intégrées à ce tableau de bord tiennent compte de la décision institutionnelle de ne pas diffuser les résultats de la première année de recueil pour chacun des indicateurs généralisés. Par conséquent, l'année de référence retenue est la deuxième année de généralisation.

Le détail des indicateurs généralisés est disponible sur le site internet de la Haute Autorité de Santé : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).

## Éléments de lecture du tableau

Un tableau de bord pour chaque thème est présenté sur quatre années avec les deux parties suivantes :

1. Présentation du référentiel national avec pour chaque indicateur d'un thème (en ligne) les colonnes suivantes :
  - la moyenne Nationale (nombre d'établissement de santé et Valeur) ;
  - l'objectif national à atteindre.
2. Présentation de l'établissement de santé avec pour chaque indicateur d'un thème (en ligne) les colonnes suivantes :
  - la valeur et l'intervalle de confiance (IC) à 95% de l'établissement de santé ;
  - la position par rapport à la moyenne nationale (pictogrammes de couleur vert, jaune ou orange) ;
  - l'atteinte de l'objectif national (classe « + », « = » ou « - ») ;
  - l'évolution par rapport à l'année précédente (flèche montante, flèche stable ou flèche descendante).recueil de l'année 2008.

L'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.

## Principe d'utilisation de la valeur des indicateurs dans la certification

En fonction de leur positionnement par rapport à l'objectif nationale fixé à 80%, les valeurs de l'indicateur se répartissent en 4 classes. Les trois premières classes ont été définies en comparant l'IC à 95% de l'établissement de santé à l'objectif national à atteindre. Une quatrième classe a été créée pour les établissements de santé « Non répondant » :

- Classe « + » : l'établissement de santé dont la borne basse de l'IC à 95% est supérieure à l'objectif cible à atteindre, on dit que la position de l'établissement de santé est « significativement supérieure à l'objectif cible à atteindre » ;
- Classe « = » : établissement de santé dont l'IC à 95% coupe l'objectif cible à atteindre, on dit que la position de l'établissement de santé est « non significativement différente de l'objectif cible à atteindre » ;
- Classe « - » : établissement de santé dont la borne haute de l'IC à 95% est inférieure à l'objectif cible à atteindre, on dit que la position de l'établissement de santé est « significativement inférieure à l'objectif cible à atteindre » ;
- Classe « Non répondant » : établissement de santé soumis au recueil et qui ne l'a pas fait.

Remarques :

1. Pour une meilleure lisibilité des résultats, les scores de qualité TDP et 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  $N \leq 30$  »), la méthode statistique de classement fondée sur le calcul de l'intervalle de confiance ne peut pas s'appliquer. L'établissement n'est pas intégré dans le calcul de la moyenne nationale, l'intervalle de confiance n'est pas calculé et l'établissement n'est pas positionné selon les quatre classes.

## Référence Nationale

Libellé indicateur	Année 2009			Année 2010			Année 2011			Année 2012		
	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre
	Nb d'ES	Valeur		Nb d'ES	Valeur		Nb d'ES	Valeur		Nb d'ES	Valeur	
Tenue du dossier patient (score sur 100)	1061	64	80	1282	71	80						
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation - Niveau 2 (%)	1054	60	80	1274	67	80						
Traçabilité de la douleur (%)	1061	42	80	1282	57	80						
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 (%)	1053	53	80	1275	63	80						

## Etablissement : MAISON DE REPOS ET CONV. FERNANDE BERGER (130784952)

Libellé indicateur	Année 2009				Année 2010				Année 2011				Année 2012			
	Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire :				Recueil obligatoire :			
	Valeur IC à 95%	Position par rapport à la moyenne nationale	Atteinte de l'objectif national	Evolution année précédente	Valeur IC à 95%	Position par rapport à la moyenne nationale	Atteinte de l'objectif national	Evolution année précédente	Valeur IC à 95%	Position par rapport à la moyenne nationale	Atteinte de l'objectif national	Evolution année précédente	Valeur IC à 95%	Position par rapport à la moyenne nationale	Atteinte de l'objectif national	Evolution année précédente
Tenue du dossier patient (score sur 100)	58 [56 - 60]		(-)	NA	57 [55 - 59]		(-)	➔								
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation - Niveau 2 (%)	55 [44 - 66]		(-)	NA	53 [42 - 63]		(-)	➔								
Traçabilité de la douleur (%)	80 [71 - 89]		(=)	NA	99 [96 - 100]		(+)	➔								
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 (%)	93 [87 - 98]		(+)	NA	95 [90 - 100]		(+)	➔								

## 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	DRASS	2009	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autorisation de délivrance d'aliments à des fins diététiques
Stérilisation des dispositifs médicaux	DRASS	2009	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suppression de l'activité de stérilisation
Désinfection des dispositifs médicaux	DRASS	2005	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enquête relative aux conditions de réalisation de la pré désinfection des dispositifs médicaux réutilisables et la traçabilité de cet acte
Laboratoires d'analyses de biologie médicale			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infrastructures	SOCOTEC	02 10 2010	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Socotec ascenseur
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 communale de sécurité	PV n°2008/9875 DU 17/10/08	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité électrique	SOCOTEC	15 03 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"/>	
Hygiène alimentaire et eau d'alimentation	Direction Départementale des services vétérinaire	04 05 2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eaux à usage médical			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eaux à usage technique			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eaux chaudes sanitaires	PERMO	17 06 2009	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essai et contrôle de l'installation
Déchets à risques infectieux et pièces anatomiques.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déchets à risques radioactifs			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déchets à risques chimiques et toxiques, effluents liquides			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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	
Produits sanguins labiles			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité anesthésique			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Secteur opératoire			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Imagerie et exploration fonctionnelle			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Radiothérapie			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prévention des risques liés à l'inhalation de poussière d'amiante	VERITAS	15 01 2008	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## **SUIVI DES DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ**

### **Concernant la stérilisation, la sécurité alimentaire et la sécurité incendie**

#### **COMMENTAIRES DE L'ÉTABLISSEMENT**

Activité de stérilisation sous traité à la société STERIENCE

L'établissement Fernande Berger est rattaché à la PUI de l'hôpital Saint Joseph

Autre contrôle :

- Eau d'alimentation : Laboratoire départemental de santé publique 02 11 2009 - potabilité - Conforme