



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION V2010

ICO - CENTRE PAUL PAPIN

2 rue moll - 49033 - Angers

NOVEMBRE 2014

SOMMAIRE

PREAMBULE	4
1. Les objectifs de la certification des établissements de santé	5
2. Les niveaux de certification	6
1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	8
2. DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	11
1. Niveau de certification	12
2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	13
3. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	14
4. Critères investigués lors de la visite de certification	15
5. Suivi de la décision	16
3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS	18
1. Le positionnement de l'établissement sur l'ensemble des thématiques	21
2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires	23
3. Regard Patient	25
4. SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	25

5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	28
CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	30
PARTIE 1. Management stratégique	31
PARTIE 2. Management des ressources	56
PARTIE 3. Management de la qualité et de la sécurité des soins	97
CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT	123
PARTIE 1. Droits et place des patients	124
PARTIE 2. Gestion des données du patient	149
PARTIE 3. Parcours du patient	158
PARTIE 4. Prises en charge spécifiques	208
PARTIE 5. Evaluation des pratiques professionnelles	229
6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	236
7. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE	238

PREAMBULE

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

1. Les objectifs de la certification des établissements de santé

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

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

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

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

Elle ne note pas les professionnels de santé.

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

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

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

2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

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

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

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

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

1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

ICO - CENTRE PAUL PAPIN

Adresse : 2 rue moll
49033 Angers MAINE-ET-LOIRE

Site internet: <http://ico-cancer.fr>

Statut : Privé

Type d'établissement : Centre de Lutte contre le Cancer

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Court séjour	71	28	0

Nombre de sites.:	L'Institut de Cancérologie de l'Ouest comporte deux sites géographiques : 1) Site Paul Papin à ANGERS ; 2) Site René Gauducheau à NANTES. Dans le cadre de la certification V2010, seul le site Paul PAPIN est concerné par la visite, l'autre site étant déjà certifié V2010.
Activités principales.:	Activité de cancérologie.
Activités de soins soumises à autorisation.:	Pour les activités de soins, l'ICO Paul PAPIN est autorisé pour les activités suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Traitement du cancer : chimiothérapie, radiothérapie externe, curiethérapie, radiothérapie métabolique, chirurgie (sein gynécologie, digestif, thorax) • Médecine (hospitalisation complète et à temps partiel) ; • Hospitalisation complète de chirurgie et d'anesthésie et chirurgie ambulatoire ; • Lieu de recherche biomédicale ; • Examen des caractéristiques génétiques (pharmacogénétique (génétique moléculaire)) Par ailleurs, il a négocié avec l'ARS dans le cadre du CPOM une unité de surveillance continue (4 lits) et des lits identifiés en soins palliatifs (14 lits). Des programmes d'éducation thérapeutique du patient ont également été autorisés. Concernant les équipements lourds soumis à autorisation sont autorisés à l'ICO Paul PAPIN : <ul style="list-style-type: none"> • Un scanner diagnostique ; • Une gammacamera ; • Un TEP et un IRM sont autorisés au CHU, l'ICO y a accès dans le cadre d'un partenariat.
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	Le département de biopathologie du cancer est engagé dans une démarche d'accréditation COFRAC selon la norme NF EN ISO 15189. L'audit COFRAC est programmé entre février et avril 2014.

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	Concernant les coopérations avec les établissements de santé : - Une coopération structurante au sein d'un GCS IRCAM avec le CHU d'Angers, qui deviendra GCS IReCAN dès son approbation avec l'ARS et dans lequel le CHU de Nantes est membre.
--	---

Réorganisation de l'offre de soins

	<ul style="list-style-type: none">- L'ICO a passé également convention avec des cliniques, CH ou HAD pour la préparations de chimiothérapies, pour le suivi des patients à domicile ou les soins de suite.- Activité de consultations avancées (Clinique de l'Anjou à ANGERS, Clinique Victor Hugo au MANS, CH de CHOLET) et activité de chimiothérapie (CH de SAUMUR)
Regroupement/Fusion.:	Le centre Paul PAPIN a fusionné en janvier 2011 avec le centre René GAUDUCHEAU, aboutissant ainsi à la création de l'Institut de Cancérologie de l'Ouest (ICO).
Arrêt et fermeture d'activité.:	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	/

2.DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1.Niveau de certification

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

Décisions

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

- Le circuit du médicament
- La sécurité incendie
- Les eaux chaudes sanitaires
- La radiothérapie

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 23/06/2014 au 26/06/2014.
L'équipe d'Experts Visiteurs a investigués les critères suivants :

MANAGEMENT STRATÉGIQUE

1.a, 1.f, 2.e

MANAGEMENT DES RESSOURCES

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

MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

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

DROITS ET PLACE DES PATIENTS

10.b Court Séjour, 10.c Court Séjour, 12.a Court Séjour, 13.a Court Séjour

GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

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

PARCOURS DU PATIENT

17.a Court Séjour, 18.a Court Séjour, 18.b Court Séjour, 19.a Personnes atteintes d'un handicap, 19.b Court Séjour, 20.a Court Séjour, 20.a bis Court Séjour, 20.b Court Séjour, 24.a Court Séjour

PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

26.a, 26.b Médecine nucléaire, 26.b Endoscopie, 26.b Radiothérapie

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

28.a, 28.b, 28.c

5.Suvi de la décision

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

3.PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS

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

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

Ensemble des thématiques du manuel

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

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

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

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

Pratiques exigibles prioritaires

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

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

Ces pratiques exigibles prioritaires concernent les critères suivants :

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

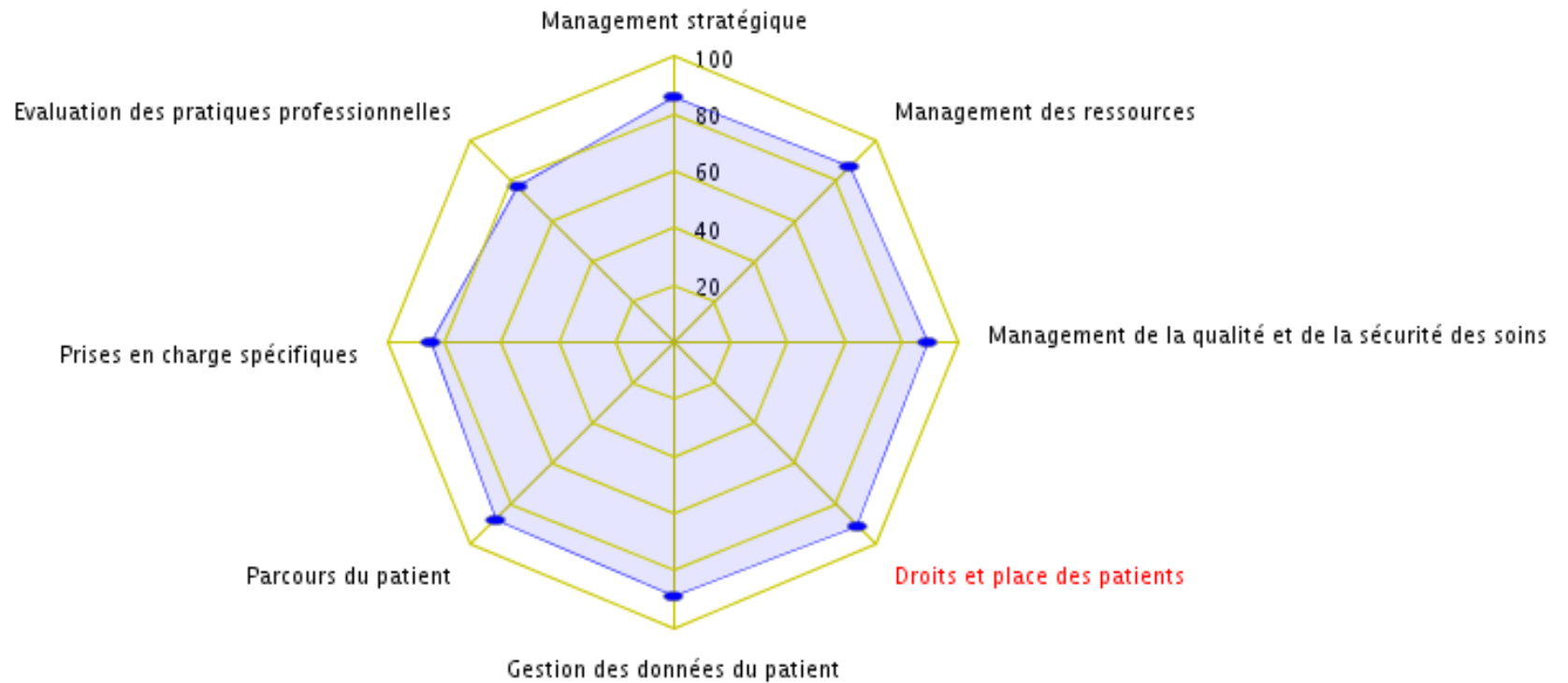
Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement.

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

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

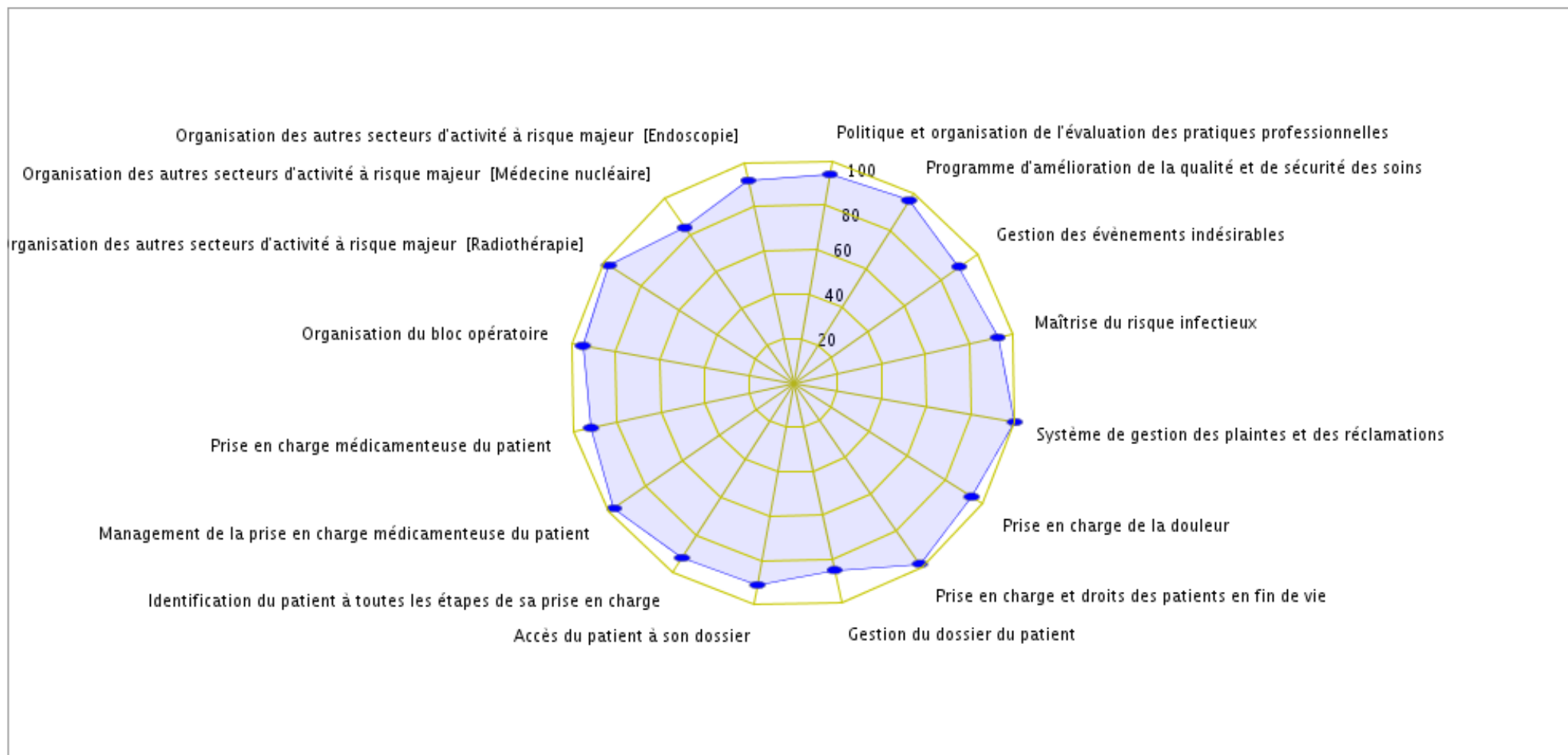
- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (10a),
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b),
- Respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c),
- Accueil et accompagnement de l'entourage (10d),
- Information du patient sur son état de santé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

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

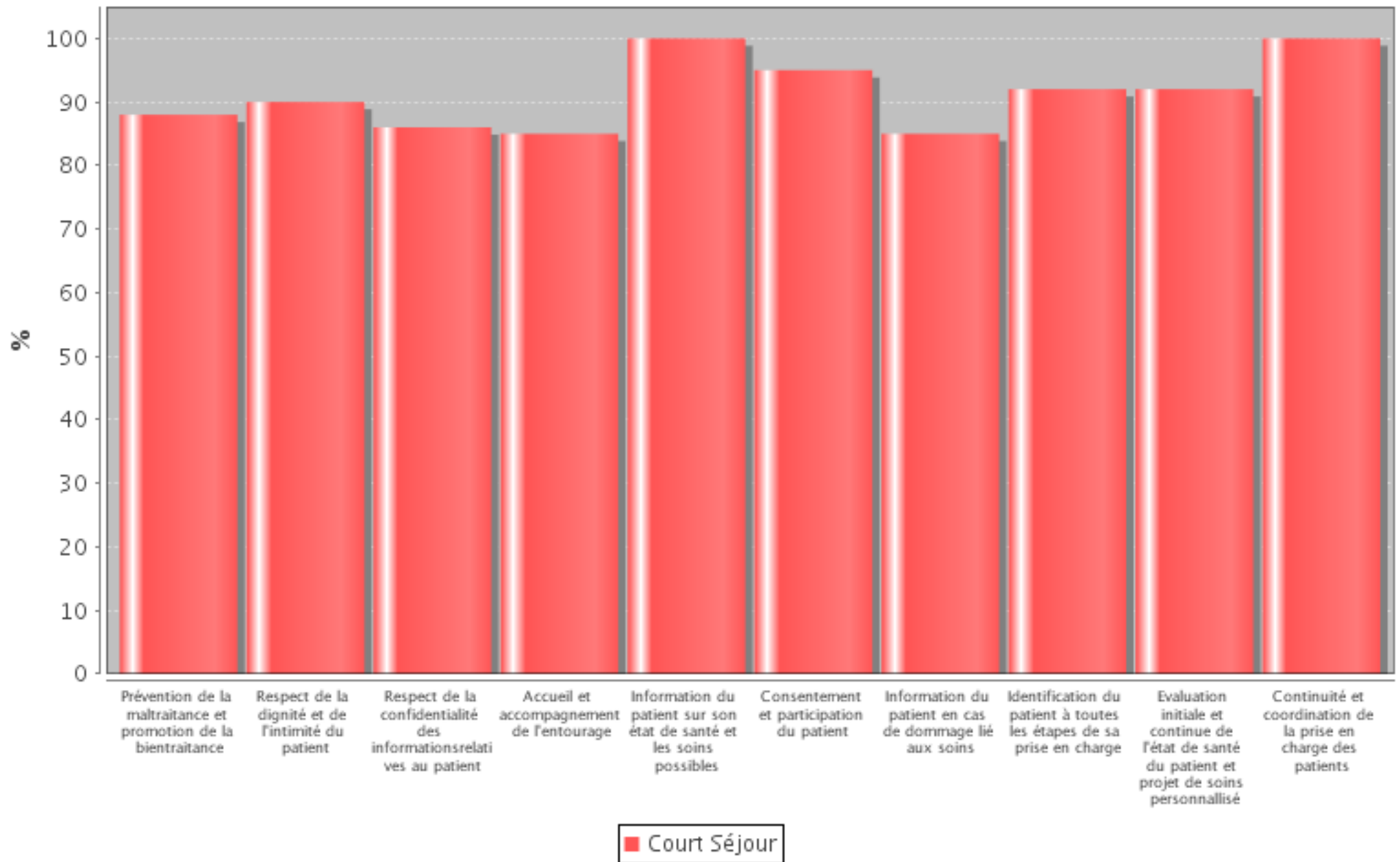


Les libellés des points fort (> 90%) sont en rouge.

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



3. Regard patient



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

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
31b MCO (Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées.).	Type 1	Oui	<p>L'établissement a mis en place un plan d'action permettant d'assurer la sécurisation de la dispensation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'une procédure de gestion des périmés avec suppression dans les armoires à pharmacie de tous les médicaments dont la date de péremption est inférieure à trois mois. - Réorganisation des armoires à pharmacie des unités de soins et mise en place de chariots informatisés sécurisés de dispensation des médicaments. - Mise en place de la validation pharmaceutique avec l'informatisation du circuit du médicament en 2013. - Mise en place du flux poussé avec gestion des pharmacies des unités de soins par la PUI. - Renforcement de la gestion nominative des stupéfiants, des MDS et des antibiotiques. - Contrôles analytiques libératoires sur les pompes intrathécales et les chimiothérapies avant dispensation.

5.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les orientations stratégiques sont élaborées en concertation avec les parties prenantes en interne et en externe.

Oui

La stratégie de l'établissement prend en compte les besoins de la population définis dans les schémas de planification sanitaire et, le cas échéant, le projet médical de territoire.

Oui

Les valeurs et les missions de l'établissement sont déclinées dans les orientations stratégiques.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les différentes politiques (ressources humaines, système d'information, qualité et sécurité des soins, etc.) sont déclinées en cohérence avec les orientations stratégiques.

Oui

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.b Engagement dans le développement durable

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un diagnostic « Développement durable » a été établi par l'établissement.

En grande partie

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Partiellement

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.c Démarche éthique

Cotation

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.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

En grande partie

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.d Politique des droits des patients

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

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.e

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Partiellement

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La politique EPP est inscrite et formalisée dans la politique qualité/gestion des risques 2013-2017 de l'établissement. Elle comprend le développement de la stratégie EPP qui s'appuie désormais sur la mise en place du DPC. La commission DPC a remplacé la sous-commission EPP. La sous-commission DPC est en lien avec le COPILQUASS. Le développement de l'EPP s'inscrit dans la continuité de la prise en charge et dans le « quotidien qualité » en intégrant toutes les modalités d'évaluation : REMED, RMM, CREX, RCP. Pour chaque démarche, des plans d'actions sont établis.

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

Oui

La politique qualité gestion des risques a été élaborée par un groupe de travail pluridisciplinaire et pluriprofessionnel. Les différentes instances associées aux actions EPP sont multidisciplinaires et regroupent soignants et gestionnaires. Les services sont accompagnés par le service qualité, et des ingénieurs qualité sont dédiés à des services ou activités. Les concertations entre professionnels sont réalisées au rythme des réunions du COPILQUASS (quatre réunions par an) et de la sous-commission DPC (sept réunions en année

	Oui	filante).
Les missions et les responsabilités sont définies afin d'organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médico-technique.	Oui	Le développement de l'EPP est assurée par la sous-commission DPC associée au service qualité et au COPILQUASS. Les ingénieurs qualité dédiés aux services ou activités s'assurent de la participation de ceux-ci aux actions EPP, accompagnent et coordonnent les démarches. L'organisme de formation de l'ICO est en cours d'enregistrement en qualité d'organisme agréé DPC.
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 méthodologique est assuré en interne par le service qualité, les ingénieurs qualité et également dans les actions de benchmarking par le service qualité d'Unicancer. Les ingénieurs qualité participent aux démarches : RMM, CREX, REMED. Les méthodes d'évaluation et d'analyse des risques sont connues des professionnels participant aux démarches comme par exemple : les méthodes ORION, MERVEIL, AMDEC.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	Oui	Les démarches EPP sont suivies au sein du COPILQUASS, et lors des réunions de la sous-commission DPC. Les actions EPP, les comptes-rendus des CREX et REMED sont accessibles dans la base documentaire. Les comptes-rendus de RMM sont adressés aux participants. Un bilan annuel des actions est réalisé par type d'actions et diffusé sur l'Intranet. Le suivi et l'évaluation des démarches sont rythmés par la périodicité des COPILQUASS et de la sous-commission DPC.

<p>Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.</p>	<p>Oui</p>	<p>La stratégie de développement de l'EPP est validée par le COPILQUASS. La CME, la CRUQPEC, le CA sont informés de cette stratégie. Les démarches entreprises peuvent être diffusées sur la revue interne (Flash info) et être accessibles en ligne sur l'Intranet. Les plans d'actions des REMED et des CREX sont diffusés sur la base documentaire.</p>
<p>E3 Evaluer et améliorer</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le bilan annuel des EPP est présenté au Comité de pilotage qualité gestion des risques et à la CME. En dehors du bilan annuel, la communication des actions aux instances est réalisée au fil de l'eau et il n'y a pas d'organisation assurant une présentation régulière à périodicité définie des démarches en cours aux instances.</p>
<p>La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La révision de la politique EPP a eu lieu en 2013 avec la création de la sous-commission DPC. Cependant, il n'y a pas de dispositif assurant une révision à périodicité définie de la stratégie EPP.</p>

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement a défini une stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les professionnels sont périodiquement informés sur la mise en oeuvre et l'évolution de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

En grande partie

Des activités sont organisées au cours desquelles les thèmes qualité et sécurité sont abordés (réunions, forums, séminaires, journées dédiées, actions de sensibilisation des patients, etc.).

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

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

Critère 2.a

Direction et encadrement des secteurs d'activités

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

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

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

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

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

Critère 2.c Fonctionnement des instances

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

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

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

Critère 2.d Dialogue social et implication des personnels

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

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

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



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

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

PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.a Management des emplois et des compétences

Cotation

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 risques ou innovantes sont identifiées.

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.c Santé et sécurité au travail

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

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

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.d Qualité de vie au travail

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.a Gestion budgétaire

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

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

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.b Amélioration de l'efficience

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

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.a Système d'information

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

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

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.b Sécurité du système d'information

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

Des audits de sécurité et des actions correctives ont été réalisés. Toutefois, ils ne concernent que certains aspects de la sécurité du système d'information. Aucun audit global ou évaluation de l'ensemble du dispositif de sécurité n'ont été menés dans l'établissement.
A noter que l'établissement a recueilli les indicateurs Hôpital Numérique associés au moment de la visite.

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.c Gestion documentaire

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.a Sécurité des biens et des personnes

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.b

Gestion des infrastructures et des équipements (hors dispositifs médicaux)

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

Cotation	B	
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.	Partiellement	L'absence de GMAO ne permet pas d'organiser un plan de maintenance exhaustif et précis concernant la totalité des équipements, bien que l'établissement élabore un plan de maintenance préventive.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les opérations de maintenance curative et préventive assurées en interne et par des sociétés extérieures sont tracées, et permettent un suivi des opérations.	Oui	
Le dépannage d'urgence des équipements et des infrastructures est opérationnel.	Oui	

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.c Qualité de la restauration

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

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.d Gestion du linge

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

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.e Fonction transport des patients

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.f Achats écoresponsables et approvisionnements

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.g
Gestion des fonctions logistiques au domicile



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

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

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

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

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

Critère 7.a Gestion de l'eau

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

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

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

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

Critère 7.b Gestion de l'air

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

Des dispositions sont prévues en cas de travaux.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

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

Critère 7.c Gestion de l'énergie

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

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

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

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

Critère 7.d Hygiène des locaux

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

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

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

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

Critère 7.e Gestion des déchets

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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

Oui

Les procédures de gestion des déchets sont établies.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le tri des déchets est réalisé.

En grande partie

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

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

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

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est formalisé.	Oui	Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins décline la politique globale et les objectifs d'amélioration de l'établissement selon trois grands axes (amélioration de la gouvernance de la démarche qualité, amélioration de la qualité et sécurité de la prise en charge du malade, évaluation de la démarche qualité). Ces axes sont déclinés en 16 thèmes comprenant eux-mêmes, à ce jour, 213 actions concernant la totalité de l'institut ou, pour certaines, des secteurs d'activité particuliers (radiothérapie, biopathologie notamment).
Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements, ainsi que les risques majeurs et récurrents.	Oui	Le programme concerne l'ensemble de l'établissement. Il prend en compte les exigences réglementaires notamment relatives à la certification des laboratoires. Son élaboration résulte également d'un état des lieux s'appuyant sur une pratique confirmée d'analyse des événements indésirables et des risques majeurs et récurrents identifiés a priori et a posteriori, de l'analyse des plaintes et réclamations. Cet état des lieux ainsi que la nature des activités de l'ICO ont conduit l'établissement à engager un programme

	Oui	d'amélioration sur : - l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en recherche clinique ; - l'identitovigilance ; - le bon usage des médicaments ; - la gestion documentaire ; - la prévention des infections liées aux soins notamment pour les actes invasifs ; - la prévention du risque transfusionnel ; - le développement des évaluations des pratiques professionnelles dans le cadre du DPC ; - le développement des enquêtes de satisfaction des patients mais aussi des personnels.
Les activités, réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins, sont prises en compte.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Le programme est soumis aux instances.	Oui	Le programme élaboré en septembre 2013 a été soumis aux instances de l'établissement.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Un responsable est nominativement désigné pour chacune des 213 actions. Chaque action est gérée comme une démarche projet avec des objectifs, des délais, un suivi. Un délai est fixé pour chaque action, et sa mise en oeuvre, dont le pourcentage de réalisation, est suivie par la direction qualité. Chaque action est déclinée dans tous les secteurs d'activité concernés par son champ d'application.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	En grande partie	Les plans d'actions font l'objet d'un suivi centralisé au niveau de l'établissement afin de permettre un pilotage global du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

	En grande partie	Un point d'avancement du plan d'actions est fait à l'occasion de chaque COPIL soit à une fréquence de quatre fois par an. Les actions non réalisées dans les délais prévus font l'objet d'un examen du COPIL avec révision éventuelle du plan d'actions. Il n'est toutefois pas formalisé, par secteur d'activité, de point d'avancement trimestriel du plan d'actions.
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	Oui	Le COPIL, dans sa séance de juin 2014, a procédé à un bilan des actions engagées en 2013. L'établissement a prévu une évaluation annuelle de son programme. Il intègre dans son dispositif d'évaluation les indicateurs nationaux obligatoires et de nombreux indicateurs identifiés localement (activité de radiothérapie, délais de prise en charge, consommation qualitative et quantitative de médicaments...).
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	Oui	Le COPIL examine à chacune de ses réunions l'état d'avancement du plan soit quatre fois par an. Il procède à une évaluation annuelle du dispositif. Il adapte, à chacune de ses réunions, son plan en fonction de l'état d'avancement des actions et des actions nouvelles générées par l'analyse des EI.

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

Critère 8.b

Fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins

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

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

Critère 8.c
Obligations légales et réglementaires

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

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

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

Critère 8.d
Evaluations des risques à priori

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

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

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins**Critère 8.e
Gestion de crise****Cotation**

B

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

Les situations de crise sont identifiées.

Oui

Une organisation destinée à faire face aux situations de crise est mise en place et diffusée à l'ensemble des professionnels concernés.

Oui

Les plans d'urgence sont établis.

Oui

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

Une Cellule de crise est opérationnelle.

Oui

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

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

Critère 8.f
Gestion des évènements indésirables



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation est en place, afin d'assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.	Oui	<p>L'établissement a rédigé une procédure de signalement et de traitement des événements indésirables. Ces EI sont analysés par un bureau d'enquête et d'analyse pour les événements indésirables graves, les CREX pour les événements précurseurs et par le cadre du service pour les incidents et dysfonctionnements mineurs.</p> <p>La coordination est assurée par un Comité de gestion des EI (COGEI) qui se réunit deux fois par mois.</p> <p>Les notions de gravité et de fréquence sont déterminées.</p> <p>Les déclarations sont toutes faites par informatique, et le circuit de transmission géré par un "workflow" permet d'adresser automatiquement la fiche aux personnes habilitées à traiter ces événements.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.	Oui	<p>La formation à l'utilisation des supports de signalement est assurée dès la phase d'intégration des nouveaux arrivants. Le support est intégré dans le système de gestion électronique de documents retenus par l'établissement. Des formations sont organisées trimestriellement sur l'utilisation</p>

	Oui	de cet outil. Par ailleurs, un support de formation est en ligne sur l'Intranet de l'établissement. Le nombre important d'EI déclarés (plus de 1000 par an) met en évidence l'appropriation de cet outil par le personnel.
Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	Oui	Des actions de formation sont déployées auprès du personnel concerné par les processus de hiérarchisation et d'analyse des causes. Elles relèvent de plusieurs niveaux : - sensibilisation dans le cadre d'une action "Apprendre de ses erreurs". Formations d'une demi-journée, elles ont concerné 30 personnels depuis le début de l'année, et l'objectif établi par la CME est de couvrir l'ensemble du personnel en trois ans ; - formations à l'utilisation des outils ALARM, ORION, 7M. Trente membres de CREX ont ainsi été formés en 2014 ; - formations/accompagnements assurés par les quatre ingénieurs gestionnaires de risques à l'occasion de leur appui aux démarches EPP, participation aux CREX (utilisation de l'AMDEC). Les programmes et supports de formation sont établis.
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.	Oui	Les EI nécessitant une analyse des causes profondes sont déterminés par le COGEI (Comité de gestion des EI) à partir du taux de criticité établi par le déclarant. L'analyse des causes profondes des EI graves est structurée et participative. Elle est menée par un "bureau d'enquête et d'analyse" qui peut s'adjoindre des experts métiers. Les participants sont formés à la méthode ALARM, et une dizaine d'EIG sont analysés en moyenne par an. Les autres EI sont traités en CREX avec l'appui de personnes formées aux méthodes d'analyse et de hiérarchisation des causes.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions correctives sont mises en oeuvre à la suite des analyses.	Oui	Des actions correctives sont mises en oeuvre après analyse des causes. Le CREX et le bureau d'enquête et d'analyse valident la nature de ces actions. La mise en oeuvre des actions d'amélioration est hiérarchisée lors de l'intégration

	Oui	dans le programme d'amélioration qualité. La coordination et le suivi du plan d'actions sont suivis par le service qualité gestion des risques.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	En grande partie	<p>Deux thématiques d'événements indésirables récurrents ont été analysées par l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la préparation cutanée de l'opéré ; - la gestion des lits en oncologie médicale. <p>Ces deux analyses ont permis l'engagement d'actions correctives (réactualisation du mode opératoire pour l'un et engagement d'une action avec l'ANAP pour la deuxième).</p> <p>Par ailleurs, quand il est constaté par le COGEI, une non diminution d'EI sur un domaine après mise en oeuvre d'actions correctives, le dossier est renvoyé en CREX.</p> <p>Il n'existe toutefois pas de processus organisé et global d'identification des causes profondes pour des événements indésirables récurrents.</p>
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	Partiellement	<p>Il n'existe pas, à ce jour, de dispositif de mesure de l'efficacité des actions correctives pour l'ensemble du programme. Il n'a pas été défini d'objectifs ni d'indicateurs dans ce domaine.</p> <p>Toutefois, chacune des actions fait l'objet d'un suivi notamment par un suivi des réitérations de déclarations d'EI de même nature.</p>

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

Critère 8.g
Maîtrise du risque infectieux



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

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

Critère 8.h
Bon usage des antibiotiques



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

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

Critère 8.i Vigilances et veille sanitaire

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

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

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

Critère 8.j
Maîtrise du risque transfusionnel

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

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

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

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

Critère 8.k
Gestion des équipements biomédicaux

Cotation	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 opérationnelle.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le système de gestion des équipements biomédicaux est mis en oeuvre, sous la responsabilité d'un professionnel identifié.	Oui	
La maintenance des équipements biomédicaux critiques est assurée, et les actions sont tracées.	Oui	

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

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

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La gestion des plaintes et des réclamations est organisée (CRU en place, procédure formalisée, responsabilités définies).	Oui	L'établissement a défini une organisation pour le traitement des plaintes et des réclamations. Le responsable du service juridique et relations avec les usagers est chargé de sa mise en oeuvre. Un registre unique collige les plaintes et réclamations. Une procédure décrit la procédure interne de gestion des plaintes et réclamations. Le fonctionnement et la composition de la CRU sont conformes à la réglementation. Les usagers sont informés des modalités de dépôt des réclamations et plaintes, des personnes à contacter, des missions de la CRU, du dispositif de médiation mis en place à l'ICO. Ces informations figurent sur les panneaux d'affichage, dans le livret d'accueil, sur le site Internet et dans une publication à destination des usagers.
Le système de gestion des plaintes et des réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.	Oui	Les plaintes et réclamations sont systématiquement transmises à la direction qualité qui les intègre dans son suivi des EI. Le responsable du service juridique peut en outre élaborer, sur la base de la réclamation, une fiche EI. Le responsable du service qualité et gestion des risques est membre de la CRU et, de ce fait, participe aux travaux sur

	Oui	les suites réservées aux réclamations et plaintes.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	L'établissement met en oeuvre une procédure interne de traitement des plaintes qui prévoit une demande systématique d'éléments de réponse au professionnel concerné. La réponse définitive ainsi que les mesures correctives éventuelles sont déterminées par la direction après concertation avec le service ou le professionnel concerné.
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre.	Oui	Un accusé de réception est adressé au plaignant à chaque saisine. Il lui est rappelé les modalités de saisine du dispositif de médiation. Après instruction de sa demande, il lui est indiqué les éventuelles mesures correctives mises en oeuvre par l'établissement.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et des réclamations, incluant le suivi du délai de réponse au plaignant, contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.	Oui	Le bilan et les suites réservées à chacune des plaintes et réclamations sont présentés en CRU. Une analyse quantitative et qualitative est faite chaque année et est intégrée au bilan annuel de la CRU. La CRU formule des recommandations intégrées dans la plan d'amélioration de la qualité.

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

Critère 9.b Evaluation de la satisfaction des usagers

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

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

CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS

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

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

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

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

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

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

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.c - Court Séjour****Respect de la confidentialité des informations relatives au patient****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

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

Oui

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

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

En grande partie

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

En grande partie

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

Oui

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

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

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage sont définies.	Oui	
Une organisation permet l'accueil et la présence en continu des parents des enfants hospitalisés.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'accès aux secteurs d'hospitalisation est facilité (horaires de visites, etc.) pour l'entourage.	En grande partie	
L'entourage des patients bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien dans les situations qui le nécessitent.	Oui	

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

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.e - Court Séjour

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

Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement.	Oui	
Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.	En grande partie	
Les projets médicaux ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier celle d'aller et venir (isolement et contention, mais aussi limitation des contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

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

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

Critère 11.a - Court Séjour

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

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

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

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

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

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

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

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

Critère 11.c - Court Séjour

Information du patient en cas de dommage lié aux soins

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

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

Référence 12: La prise en charge de la douleur

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans l'établissement en concertation avec le CLUD. Elle est inscrite dans le projet d'établissement 2013-2017. Les éléments permettant de déployer la stratégie de prise en charge de la douleur sont précisés en termes d'objectifs, d'outils et de moyens utilisés. Le projet de service sur l'unité 3a décline son projet en incluant un axe douleur.

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

Oui

Des protocoles analgésiques sont définis, validés par le CLUD et mis à disposition des unités. Plusieurs protocoles sont adaptés à la prévention des douleurs liées aux actes diagnostiques et aux traitements potentiellement douloureux. Une procédure « Evaluation de la douleur » est disponible dans la documentation. Des moyens médicamenteux et non médicamenteux, par voie orale veineuse ou autre sont à disposition (ex. : hypnose). L'accessibilité des protocoles sur plusieurs molécules et voie d'administration est facilitée. Le médecin référent du CLUD se tient disponible pour tout accompagnement.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Des formations sont planifiées et organisées par les professionnels du CLUD et sont inscrites dans le plan de formation de l'établissement (plusieurs sessions par an). Plusieurs médecins et infirmières sont titulaires d'un DU Douleur. Un médecin formé à l'hypnose et à la douleur chronique a formé plusieurs autres professionnels à cette pratique. Le thème douleur est intégré au programme de la journée d'accueil des nouveaux arrivants. Les formations sont tracées. Des référents douleur sont identifiés dans les unités. Actuellement, une formation sur la technique de pompe intrathécale est en cours de programmation pour les professionnels médicaux et paramédicaux (geste technique, surveillance clinique).
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Oui	La mise en oeuvre de l'éducation du patient à la prise en charge de sa douleur est structurée et organisée (programme d'éducation pour les pompes à opiacés, gestion des bolus). Divers supports sont à disposition pour informer sur la prise en charge (livret d'accueil, plaquette). Tout au long de son hospitalisation, le patient est suivi, sa douleur est prise en compte et les thérapeutiques adaptées selon la pathologie et l'état clinique. Le patient est contacté à domicile, à distance de sa sortie, afin de connaître l'évolution de son état. L'ensemble des éléments sont tracés dans le dossier patient.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Traçabilité de l'évaluation de la douleur" et de sa valeur de 83 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [74 % - 91 %] pour la campagne de recueil 2011.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Les professionnels s'assurent au quotidien du soulagement de la douleur. L'évaluation est effective chaque jour et répétée selon les besoins. Les professionnels disposent d'un dépliant dans la poche libellé « Guide pratique d'utilisation des opioïdes » reprenant les échelles d'évaluation, les éléments de surveillance et les éléments de surdosage. Ce

	Oui	dépliant est actuellement en cours de réimpression. Les traitements sont évalués et réajustés. Toutes les modifications sont tracées dans le dossier patient.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non-communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Des moyens d'évaluation de la douleur pour patients non communicants sont validés. L'échelle comportementale Algoplus est connue et utilisée par les professionnels.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	En grande partie	Les responsables d'unité s'assurent de manière implicite de l'appropriation et de la bonne utilisation des outils. Les nouveaux arrivants sont formés et guidés par les référents douleur. Le médecin senior supervise les jeunes médecins dans la gestion des traitements de la douleur et notamment sur la gestion des opiacés. Cependant, il n'y a pas eu de réelle évaluation sur l'utilisation des outils.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur ». Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation. La qualité et l'efficacité de la prise en charge sont évaluées et visualisées au travers des indicateurs nationaux, du questionnaire de sortie et de l'expression des patients. Le CLUD veille à l'actualisation des protocoles et la connaissance des outils (suivi des pompes). Des EPP ont été menées, en 2013, une EPP porte sur la "Conduite et surveillance d'un traitement opiacé chez un patient douloureux atteint de cancer".
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Des actions d'amélioration sont permanentes et en cohérence avec les évaluations menées. Les référents douleur assurent un suivi constant dans les unités. Du fait de la lourdeur des thérapeutiques et de la complexité des situations, les référents sont fréquemment sollicités. Dans son programme d'actions, le CLUD suit les actions menées, les résultats d'évaluations et organise la mise en oeuvre des réajustements. Les travaux sur la feuille de traçabilité de la douleur ont été pris en compte pour le

	Oui	dossier de soins informatisé. La centralisation des appels vers un secrétariat dédié douleur a été validée en CLUD et en CME. Cette action sera effective à l'ouverture du nouveau bâtiment.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	L'établissement participe à des partages d'expériences avec d'autres professionnels. Le président du CLUD assure la présidence du réseau douleur de l'Ouest (RECO), participe à des congrès (SFETD : Société française d'étude et de traitement de la douleur), réalise des communications et des publications. Un référent douleur dédié au suivi de l'utilisation des pompes pour douleurs réfractaires en cancérologie organise un programme de formation pour les professionnels internes mais aussi extérieurs à l'établissement. Un axe fort est développé afin de veiller à un suivi de la prise en charge en post-hospitalisation des patients éloignés.

Référence 13: La fin de vie

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie est en place.	Oui	Une organisation permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie est en place. Cette organisation définit les objectifs, l'organisation globale du parcours patient, les missions des différents acteurs. L'établissement dispose d'une unité de soins de support et de 14 lits dédiés en soins palliatifs. Plusieurs professionnels dont le chef de service ont suivi des formations validantes et sont référents dans l'établissement pour la prise en charge des patients en situation critique. Il n'y a pas de ce fait d'équipe identifiée sous le nom d'EMSP puisque les personnels formés assurent en interne les mêmes missions.
Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	Oui	Des modalités de recueil de la volonté du patient, et le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies. Une procédure sous forme de diaporama déclinant le contenu de la loi Leonetti, et la nécessité de tracer les souhaits du patient est à disposition dans la documentation professionnelle. La personne de confiance ainsi que les volontés exprimées sont inscrites dans le dossier et renouvelées si reformulées.

<p>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.</p>	<p>Oui</p>	<p>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. Le livret d'accueil comprend ces informations. Une publication centrée sur les droits du patient et les dispositions de la loi du 22 avril 2005, est à disposition des patients dans différents lieux de l'établissement.</p>
<p>E2 Mettre en oeuvre</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre. Le projet de soins élaboré dès le début initial de la prise en charge du patient est évalué et réajusté au fur et à mesure de l'avancée dans les traitements et selon l'état d'avancement dans le cheminement psychologique du patient. Une synthèse hebdomadaire est réalisée en équipe pluridisciplinaire. Le dispositif de soutien et d'accompagnement des proches est également défini et décliné de manière consensuelle.</p>
<p>Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires sur la démarche palliative. Trois médecins et trois paramédicaux ont un DU en soins palliatifs, ou DU Psycho-oncologie. D'autres formations sont en place, par exemple sur la fin de vie, le deuil, la relation d'aide. L'ensemble des équipes développent des compétences en soins palliatifs.</p>
<p>Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des réunions hebdomadaires pluriprofessionnelles de discussion autour de cas de malades sont mises en place. Les professionnels définissent les situations à discuter selon l'état de santé des patients présents, les émotions ressenties. Ces réunions visent à organiser la prise en charge en préservant la qualité de vie des patients accueillis. Les psychologues participent aux réunions. Une IDE de coordination est impliquée dans le suivi des soins lors de retour à domicile.</p>

Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre. Les psychologues sont disponibles pour accompagner les professionnels en souffrance. Des médecins (pneumologue, oncopédiatre, soins palliatifs, gériatre, EMSP du CHU) se réunissent chaque mois autour de cas cliniques permettant ainsi l'expression du vécu de ces situations.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie. Des dépliants et affiches sont à disposition.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée. Des associations ont signé des conventions précisant les modalités d'intervention et de présence dans les services (ex. : JALMALV-DESPA, Espace écoute et information : EEI).
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (Comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, Commission de soins, etc.).	En grande partie	La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (CRU, CME, commission de soins, etc.). L'EMSP en place depuis de nombreuses années s'est dissoute suite aux départs de plusieurs membres ; néanmoins, sans restructuration officielle, une organisation existe avec d'autres membres qui ont développé des compétences en soins palliatifs.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	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. La manière d'aborder avec le patient cette situation, permet de mieux envisager l'avenir et de mettre des actions en place. La réflexion menée et surtout les conclusions sont tracées dans le dossier patient. Les décisions sont consultées lors d'interventions d'intervenants extérieurs (en astreinte) et sont respectées. Cette démarche délicate est difficile à

	Oui	aborder avec les patients qui sont restés dans un processus de rémission/guérison tant que des traitements sont en cours. Une réflexion est en cours pour la concrétisation d'un espace avec un groupe éthique.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre en cohérence avec les réflexions menées sur le sujet. Ainsi, l'établissement dispose d'espaces dédiés aux familles avec la possibilité de rester sur place pour soutenir ou accompagner le patient à certains moments. Des techniques sur la prise en charge de la douleur en cancérologie se développent.

PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées. Elles précisent les responsabilités des différents professionnels, les règles de confidentialité, les modalités de classement et d'archivage. Le dossier est informatisé et se répartit sur plusieurs supports. Un logiciel permet de centraliser tous les comptes-rendus (opératoire, de sortie, d'exams). Un autre logiciel développe toute l'observation et les éléments continus de la clinique médicale. Un volet est destiné à la partie soignante infirmière. Un logiciel global est prévu avec la restructuration des locaux. Les quelques documents papier existants (courriers extérieurs, résultats de laboratoire de ville...) sont scannés et intégrés à la base informatisée.

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

Oui

Une procédure définit les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou d'hospitalisations antérieures, par les professionnels habilités. La procédure est disponible dans le serveur informatique. Une information est donnée lors de la journée d'accueil des nouveaux internes.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	En grande partie	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Tenue du dossier patient" et de sa valeur de 75 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [72-79] pour la campagne de recueil 2011. L'établissement a mis en oeuvre un plan d'actions structuré et associé à l'indicateur.
La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.	En grande partie	La communication du dossier entre les professionnels est assurée en temps utile. Chaque professionnel habilité dispose des droits d'accès aux dossiers. Les correspondants externes reçoivent un courrier suite à l'hospitalisation ou à la consultation. Le patient dispose d'un classeur intitulé « Livret de liaison ». Ce classeur regroupant diverses informations (le projet personnalisé de soins, les traitements, les résultats d'examen, les observations à domicile, les rendez-vous) est un outil à renseigner par le patient et les différents intervenants. Il est géré par le patient lui-même et permet une liaison hôpital et domicile. Ce que confirme la valeur de l'indicateur HN associé en référence au seuil de progression au moment de la visite.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Tenue du dossier patient". Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation : audits... A noter que l'établissement a recueilli l'indicateur Hôpital Numérique associé au moment de la visite.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Les résultats des évaluations conduisent à des améliorations. Des affiches d'information ont été produites pour le recueil de l'identité du patient à son admission. Elles sont affichées dans divers lieux dont la chambre du patient. La numérisation des documents papier permet une optimisation de l'archivage. A noter que l'établissement a recueilli l'indicateur Hôpital

Oui	Numérique associé au moment de la visite.
-----	---

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'accès du patient à son dossier est organisé.

Oui

L'accès du patient ou des ayants droits au dossier est organisé conformément à la réglementation. Une référente administrative est désignée et prend en charge les demandes. Elle coordonne avec le médecin référent du service, les données à transmettre. Les éléments sous informatique sont imprimés pour composer le dossier.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Le patient est informé des droits d'accès à son dossier. Divers supports diffusent l'information : livret d'accueil, charte de la personne hospitalisée. Le livret est systématiquement remis lors d'une hospitalisation.

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

En grande partie

L'accès du patient à son dossier est assuré dans des délais compatibles avec la réglementation. Des indicateurs de suivi sont en place et tracés dans une base Excel. Une synthèse annuelle du tableau de bord est transmise à la CRU. Néanmoins, pour les 65 demandes comptabilisées en 2013, le délai de transmission à huit jours est de 74 %, et atteint

	En grande partie	100 % à trois semaines.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration. Bien souvent, le retard est dû aux pièces d'identité manquantes dans le courrier de demande. Les résultats 2013 sont assez satisfaisants sur la conduite générale de la procédure.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions mises en oeuvre. Ces informations sont incluses dans le rapport d'activité annuel de la CRU.

Référence 15: l'identification du patient

Critère 15.a - Court Séjour

Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

L'ICO a inclus l'identitovigilance comme un axe d'amélioration de la qualité. Il a défini une organisation pour garantir la fiabilité de l'identification du patient. Cette organisation implique tous les acteurs de la prise en charge du patient depuis l'admission jusqu'aux services cliniques, les responsabilités sont clairement établies. L'identification s'appuie sur un numéro d'IPP généré par le bureau des admissions. Les applicatifs informatiques mobilisés pour la prise en charge du patient sont tous interfacés avec le logiciel de gestion administrative.

Les objectifs en matière d'identification sont assignés aux services administratifs et aux secteurs cliniques.

Les règles de gestion aux points d'accueil administratif impliquent un contrôle de l'identité sur la base d'une pièce officielle d'identité et la recherche d'antériorité. Les modalités de saisie de l'identité sont formalisées dans un protocole.

Les points critiques dans les unités de soins sont identifiés. L'ICO a opté pour l'utilisation systématique du bracelet d'identification. Les professionnels vérifient la conformité de

	En grande partie	<p>l'identité du patient à l'occasion d'actes à risques par utilisation de douchettes et codes-barres (actes de chimiothérapie par exemple).</p> <p>Une cellule d'identitovigilance pluriprofessionnelle fonctionne, analyse les dysfonctionnements et assure la promotion de l'identitovigilance dans l'établissement.</p> <p>Elle assure la mise en oeuvre des corrections nécessaires : doublons, collisions. Elle distribue également les droits.</p> <p>La CIV est destinataire des EI la concernant pour analyse et actions correctives.</p> <p>Elle utilise les EI comme indicateur pour l'analyse du fonctionnement de l'organisation.</p> <p>Un des logiciels utilisés n'est toutefois pas compatible avec la prise en compte de l'identifiant national de santé.</p> <p>Ce que confirme la valeur des indicateurs HN associés en référence au seuil de progression au moment de la visite.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	Oui	Les membres de la CIV ont été formés par un organisme extérieur. Soixante-huit agents administratifs et soignants ont suivi des actions de formation animées par un organisme extérieur. Les formations sont depuis assurées par les membres de la CIV à raison de quatre actions de formation chaque année. Les objectifs pédagogiques sont identifiés pour chaque catégorie de personnel et sont déclinés dans un programme. Des supports de formation sont utilisés pour l'animation de ces formations.
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Une procédure de vérification de l'identité est établie et appliquée. Elle est disponible et explicitée à tout nouvel agent.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	Oui	La procédure de vérification de l'identité a été établie dans les secteurs cliniques avec des personnels concernés. Elle est disponible sur l'Intranet. La procédure prend en compte la nature des actes diagnostiques et thérapeutiques. Des dispositions spécifiques concernent le bloc, la radiothérapie,

	Oui	la médecine nucléaire, les prélèvements, la chimiothérapie. La vérification de l'identité est tracée dans le dossier informatisé du patient dans la macrocible "entrée" pour la pose du bracelet, au bloc opératoire sur une check-list, en chimiothérapie par vérification de concordance entre le code-barres de la carte patient et le code-barres de la préparation de chimiothérapie, en radiothérapie à l'aide du code-barres de la carte patient.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.	En grande partie	L'évaluation de la fiabilité de l'identification du patient s'appuie principalement sur l'analyse des fiches de signalement d'événements indésirables. Ces dernières concernent toutes les étapes de la prise en charge. Par ailleurs, différents audits ont été menés depuis 2012 à l'accueil administratif, en chimiothérapie, pour les prélèvements sanguins et en radiothérapie. Des actions correctives sont mises en oeuvre après chaque EI ou audit avec désignation d'une personne référente et tableau de suivi. La coordination et le suivi des dispositifs d'évaluation sont assurés par la cellule d'identitovigilance. Ces actions ne peuvent toutefois être regardées comme un dispositif d'évaluation structuré et global de l'ensemble du processus d'identitovigilance. Par ailleurs, aucun indicateur n'a été formalisé permettant de suivre la fiabilité du dispositif. A noter que l'établissement a recueilli les indicateurs Hôpital Numérique associés au moment de la visite.

PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

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

B

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

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

Oui

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

Partiellement

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

Oui

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

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

En grande partie

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

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

Critère 17.a - Court Séjour

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

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

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

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

Critère 17.b Prise en charge somatique des patients



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

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

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

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

Critère 18.a - Court Séjour

Continuité et coordination de la prise en charge des patients

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

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

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes âgées

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Enfants et adolescents

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes démunies

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes détenues

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.b - Court Séjour
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	
Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Dépistage des troubles nutritionnels" et de sa valeur de 96 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [92 % - 100 %] pour la campagne de recueil 2011.

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.c - Court Séjour Risque suicidaire

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

Cotation		B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
Les patients présentant un risque suicidaire sont identifiés.	En grande partie		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	
L'établissement assure la coordination des différents professionnels autour de la prise en charge de ces patients.	Oui		
Les professionnels sont formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire.	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	
Tout suicide ou tentative de suicide, intervenant dans le temps de la prise en charge, fait l'objet d'une analyse pluriprofessionnelle, en particulier psychiatrique, et formalisée.	Oui	
Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.d Hospitalisation sans consentement

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

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

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

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement de santé a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, en concertation avec les professionnels concernés.	Oui	<p>La politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse est intégrée à la politique d'amélioration de la qualité et gestion des risques 2013-2017.</p> <p>Cette politique tient compte du CPOM, du CBUM, de la procédure de certification HAS, des rapports d'inspection et de la réglementation.</p> <p>Les axes prioritaires de cette politique sont l'organisation du circuit, la sécurisation du circuit, la responsabilisation du patient et la iatrogénicité chez les sujets âgés.</p> <p>Un manuel qualité du circuit du médicament est en cours d'élaboration.</p> <p>Les professionnels et les nouveaux arrivants sont formés aux bonnes pratiques et aux erreurs médicamenteuses, le circuit est informatisé.</p>
Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.	Oui	L'informatisation du circuit du médicament est effective et intégrée dans le système d'information.

Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Des outils d'aide à la prescription et à l'administration existent : base Thériaque et dictionnaire Vidal, livret thérapeutique, guide de prescription chez le sujet âgé et livret antibiotique.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	Des actions de sensibilisation et de prévention des erreurs médicamenteuses sont réalisées de façon régulière auprès des professionnels ainsi qu'au cours des séances d'intégration des nouveaux arrivants et de la semaine de la sécurité. Les professionnels sont incités à la déclaration. Des formations ont été dispensées par les pharmaciens ayant pour thèmes : - sécurisation de la prise en charge médicamenteuse ; - iatrogénie. Elles prennent en compte les données réglementaires, épidémiologiques, les déclarations, l'analyse des événements indésirables et les comptes-rendus des CREX et REMED. Plusieurs sessions ont eu lieu en 2012 et 2014 et sont inscrites dans le plan de formation.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation du circuit du médicament est effective depuis début 2013. Ce que confirme la valeur des indicateurs HN associés en référence au seuil de progression au moment de la visite.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Oui	Des indicateurs de suivi quantitatifs sont élaborés : - consommation globale ; - consommation spécifique par classe médicamenteuse ; - doses définies journalières d'antibiotiques ; - achats et dépenses de médicaments. Ces indicateurs alimentent le CBUM ainsi que le fichier DRES. Il existe des indicateurs qualitatifs comme par exemple : - les événements indésirables concernant le circuit des

	Oui	<p>médicaments ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - les analyses pharmaceutiques ; - le nombre de professionnels formés. <p>Ces indicateurs sont discutés et diffusés par le COMEDIMS. A noter que l'établissement a recueilli l'indicateur Hôpital Numérique associé au moment de la visite.</p>
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	<p>Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés par l'intermédiaire d'une fiche spécifique médicament dans le logiciel dédié.</p> <p>Les erreurs ou événements indésirables liés à la chimiothérapie sont traités selon la méthode ORION et présentés en CREX, les autres par des présentations et analyses en REMED, CREX et RMM.</p> <p>Un BEA (bureau enquête analyse) a été créé et saisi lors d'événements indésirable graves.</p>
Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	En grande partie	<p>Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite de l'analyse des événements indésirables.</p> <p>A la suite des REMED ou des CREX, sont élaborées des fiches avec un tableau de suivi des actions à mettre en oeuvre et accessible sur l'Intranet.</p> <p>Des bilans annuels des déclarations, des CREX et REMED sont réalisés.</p> <p>Cependant, il n'est pas réalisé de façon systématique et structurée des mesures d'impact des actions d'amélioration mises en place.</p>

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
<p>Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les règles de prescription sont formalisées dans le guide du circuit du médicament.</p> <p>Les chimiothérapies sont prescrites le plus souvent par les oncologues et les médecins seniors expérimentés par délégation de tâche.</p> <p>L'accord des médecins seniors est nécessaire pour que les internes soient habilités à prescrire (hors chimiothérapie).</p> <p>La liste des prescripteurs habilités est mise à jour par le pharmacien.</p> <p>Les supports de prescription sont uniformes et informatisés.</p> <p>Les prescriptions de chimiothérapie sont effectuées sur un logiciel spécifique, non encore interfacé avec le logiciel de prescriptions globales.</p> <p>Les supports de prescription et d'administration sont uniques ; pour les chimiothérapies, la trace de l'administration est réalisée par le système de code-barres et douchette sur le logiciel ad hoc.</p>

<p>La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.</p>	<p>Oui</p>	<p>Il existe une procédure concernant les médicaments personnels du patient. Le médecin qui accueille le patient prescrit les médicaments à l'entrée du patient en tenant compte de son traitement initial. L'ordonnance de sortie tient compte du traitement habituel du patient. Les traitements personnels des patients sont stockés dans l'armoire à pharmacie du service dans un casier identifié au nom du patient.</p>
<p>Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'organisation de la dispensation est formalisée. L'analyse pharmaceutique est réalisée pour l'ensemble du traitement du patient, sur le logiciel pour la chimiothérapie et sur celui de prescription pour les autres thérapeutiques. Le pharmacien peut annoter sa validation à destination du prescripteur. La délivrance est nominative pour les stupéfiants, les dérivés du sang, les chimiothérapies et les antibiotiques. Les autres médicaments font l'objet d'une délivrance globalisée tenant compte des besoins réels identifiés des patients hospitalisés. Les médicaments sont acheminés dans les unités par les préparateurs en pharmacie qui les rangent eux-mêmes dans les armoires des services et en vérifient ainsi le contenu. Les médicaments sont conditionnés de telle sorte que leurs dénominations et posologies soient visibles et, en cas de besoin, un réétiquetage est réalisé par la pharmacie. Il existe des fiches informatives, concernant les médicaments à destination des patients. Les dotations urgentes sont assurées par le pharmacien d'astreinte. Le stockage est réalisé dans les salles de soins sécurisées par des digicodes et constamment fermées. Néanmoins, les armoires à pharmacie dans les salles de soins sécurisées, sont inconstamment fermées à clef, et les réfrigérateurs contenant des médicaments ne sont pas sécurisés.</p>

	En grande partie	
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	<p>Les règles d'administration sont formalisées dans le guide du circuit du médicament.</p> <p>Les IDE administrent les médicaments dans la chambre du patient, après avoir vérifié son identité.</p> <p>Les chariots informatisés contenant des casiers nominatifs par chambre sont sécurisés et utilisés par les IDE pour l'administration.</p> <p>Les IDE tracent l'administration en temps réel sur le support de prescription.</p> <p>Pour les chimiothérapies, les IDE tracent l'acte sur le plan de soins et la traçabilité de l'administration sur le logiciel CHIMIO.</p> <p>En raison de l'absence d'interface entre le logiciel CHIMIO et le logiciel de prescription, il existe deux supports de traçabilité.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	En grande partie	<p>Compte tenu de l'indicateur "Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation" de l'indicateur "Tenue du dossier" et de sa valeur de 53 % pour la campagne de recueil 2011.</p> <p>A la suite de ce recueil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'établissement a mis en place un plan d'actions avec notamment l'informatisation du circuit du médicament ; - les règles de prescription sont précisées dans le guide du circuit du médicament ; - les prescripteurs habilités sont répertoriés et la liste mise à jour régulièrement ; - les règles de prescription sont rappelées lors de l'accueil de nouveaux internes ; - la prescription comporte le nom du prescripteur, le nom, la posologie, la galénique, la durée, la voie d'administration

	En grande partie	et la signature électronique ; - la prescription est horodatée.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	L'analyse pharmaceutique est réalisée par les pharmaciens sur l'ensemble du traitement du patient. Elle est réalisée sur le logiciel CHIMIO pour les traitements chimiothérapeutiques, et sur le logiciel patient pour les autres traitements. Les pharmaciens disposent de l'ensemble des données cliniques et paracliniques et peuvent communiquer avec les prescripteurs en cas de nécessité. La délivrance nominative est effective pour : - les dérivés du sang ; - les stupéfiants et les pompes intrathécales ; - les antibiotiques ; - les traitements chimiothérapeutiques.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	Oui	Les modalités de préparation des médicaments non prêts à l'emploi sont définies et établies suivant les bonnes pratiques. Les préparations sont préparées après validation de la prescription par le pharmacien. Elles sont réalisées dans une zone contrôlée, sous flux laminaire, par des préparateurs en pharmacie formés et après validation des compétences par le pharmacien. Une double vérification de la préparation est effectuée lorsque l'analyse libératoire, qui est la règle, ne peut être effectuée. La préparation des pompes intrathécales répond aux mêmes exigences.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Oui	Les situations justifiant une information spécifique du patient sont identifiées. Les patients sont informés du bon usage des médicaments lors des consultations d'annonce médicale et paramédicale ainsi que lors de la remise des ordonnances de sortie ou

	Oui	<p>après une consultation.</p> <p>Il existe des supports papier d'information remis aux patients.</p> <p>Il y a des séances d'éducation thérapeutique en particulier sur l'hormonothérapie.</p> <p>Des affichettes dans les services et dans les chambres du patient rappellent le bon usage.</p> <p>Des fiches d'information sont remises aux patients par la pharmacie en cas de rétrocession.</p>
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	<p>La traçabilité de l'administration est réalisée en temps réel par les IDE sur le logiciel patient.</p> <p>Les non prises avec leurs motifs sont tracées.</p> <p>Pour les chimiothérapies, la traçabilité est réalisée sur le logiciel spécifique CHIMIO en utilisant un système de code-barres.</p> <p>Les IDE « douchent le code-barres » de leur carte personnelle, la carte du patient, et le code-barres de la préparation à la pose et à la dépose, assurant ainsi la traçabilité de l'acte et de la dose administrée.</p> <p>Dans le logiciel patient, l'acte « chimiothérapie » est tracé.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	En grande partie	<p>Des audits du circuit du médicament ont eu lieu. Certains avec le réseau qualité du Maine-et-Loire en 2007, 2008 et 2013.</p> <p>En 2011, l'IGAS a réalisé un audit de l'ensemble du circuit.</p> <p>En 2012, un audit sur les armoires à pharmacie a été réalisé.</p> <p>Cependant, il n'y a pas de dispositif assurant la pratique d'audits réguliers à périodicité définie.</p>
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	<p>Des actions visant à s'assurer du bon usage des médicaments sont réalisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - bilan d'étape du CBUM ; - EPP sur la pertinence du traitement de la personne âgée ; - tableau de bord de suivi des consommations des médicaments, suivi et diffusé par le COMEDIMS ;

Oui	<ul style="list-style-type: none">- affiche d'information des patients dans les chambres ;- recommandations sur le traitement pour les personnes âgées ;- éducation thérapeutique sur l'hormonothérapie ;- information des patients et entourage pendant les consultations d'annonce.
-----	--

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

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

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

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

Critère 21.a - Court Séjour

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

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

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

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

Critère 21.b Démarche qualité en laboratoire de biologie médicale

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

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

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

Critère 22.a - Court Séjour

Demande d'examen et transmission des résultats

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

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

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

Critère 22.b Démarche qualité en service d'imagerie

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

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

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

Critère 23.a - Court Séjour Education thérapeutique du patient

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

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

Référence 24: La sortie du patient

Critère 24.a - Court Séjour
Sortie du patient



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Partiellement	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation" et de sa valeur de 46 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [35 % - 57 %] pour la campagne de recueil de 2011.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation". Il n'a pas mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	

PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

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

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



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

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

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

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.a Organisation du bloc opératoire



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

Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.	Oui	L'établissement a identifié, analysé et hiérarchisé ses principaux processus à risques en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance. Une cartographie est établie, les risques sont hiérarchisés par criticité selon la méthode AMDEC. Les processus interventionnels (arrivée patient, accueil en SSPI, phase per- et postopératoire) sont décrits. Les dotations en matériel sont définies et peuvent être réajustées. Les effectifs sont adaptés à l'activité, les qualifications et les compétences sont respectées. Le transport du patient du et vers son service d'hospitalisation est assuré par le service de brancardage.
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place (elle comprend l'ensemble des dimensions, y compris la gestion des locaux et des équipements).	Oui	Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est accessible dans la documentation informatisée. La démarche qualité intègre l'organisation des activités, le suivi des indicateurs, les ressources humaines et matérielles. Les professionnels disposent des procédures, modes opératoires et protocoles validés et actualisés. Les professionnels du bloc opératoire

	Oui	ont pu suivre de nombreuses formations (hygiène, adaptation aux postes en SSPI et au bloc opératoire, radioprotection, brancardage, l'hypnose ou encore prévention des troubles musculo-squelettiques). Quelques professionnels ont validé des DU Douleur, ont bénéficié de formations d'IBODE ou d'IADE, et d'autres ont participé à des congrès scientifiques. Le cadre de santé s'assure de la connaissance des documents et de leur appropriation par les nouveaux arrivants. Les événements indésirables (EI) survenant au bloc opératoire ou en SSPI sont déclarés par les professionnels et analysés en cellule de retour d'expérience en chirurgie (CREX).
La charte de fonctionnement, définie et validée par un Conseil de bloc, précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, dont l'ambulatoire et les urgences, et établit les responsabilités et les modalités d'élaboration et de régulation des programmes opératoires.	En grande partie	La charte de fonctionnement est définie et a été revalidée en 2013 en conseil de bloc. Elle précise le fonctionnement du bloc, les circuits de prise en charge, les modalités de régulation des activités opératoires et leur organisation. Les réunions de bloc existent depuis plusieurs années, elles se sont transformées en conseil de bloc en 2010. Les chirurgiens, au nombre de cinq, se rencontrent régulièrement avec le chef de service d'anesthésie et le cadre de santé pour se concerter sur les activités et les organisations. Cependant, le dernier compte-rendu de conseil de bloc date de mars 2013.
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé entre le bloc opératoire, les secteurs d'activité clinique, médico-technique, technique et logistique.	Oui	L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé et facilité par le système informatique composé de plusieurs logiciels. Les professionnels habilités ont accès aux informations du dossier patient. Les quelques supports papier restant suivent le patient tout au long de son parcours. L'établissement recueille l'indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » avec une valeur de 84 % et un intervalle de confiance à 95 % = [82-87] pour la campagne de recueil 2011.

Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.	En grande partie	Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier. Il existe un logiciel de programmation des interventions accessible par tous les chirurgiens depuis leur bureau. Ce logiciel n'est pas interfacé avec le logiciel dossier du patient. Toutes les données du patient sont accessibles sur les différents postes informatiques. Le dossier d'anesthésie reste un support papier. Une impression des paramètres est faite en fin d'intervention puis intégrée au dossier papier d'anesthésie. Le bloc opératoire est équipé du logiciel bloc opératoire permettant le suivi d'activité (ex. : taux et durée d'occupation des salles). Ce que confirme la valeur de l'indicateur HN associé en référence au seuil de progression au moment de la visite.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un responsable régule les activités du bloc opératoire afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	Oui	Un responsable régule les activités du bloc opératoire afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient. L'organisation hebdomadaire du jeudi est effectuée avec le médecin anesthésique, le responsable médical du bloc et le cadre de santé pour la programmation de la semaine suivante. Les besoins sont anticipés. Le respect du programme est suivi et les dysfonctionnements sont identifiés.
La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en oeuvre pour toute intervention de l'équipe opératoire.	Oui	Les check-lists « Sécurité du patient au bloc opératoire » et « Pose de cathéter veineux central » sont mises en oeuvre pour toute intervention. La première respecte la démarche de sécurisation d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Les check-lists font partie du dossier patient informatique. Les concordances sont recherchées entre le bracelet du patient et le nom épilé par le patient lui-même. Une EPP a été menée sur l'utilisation de la check-list en 2011.

La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes, incluant les vérifications effectuées, est assurée.	Oui	La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes incluant les vérifications effectuées est assurée. Sur chaque dossier, sont collectées les étiquettes des DMI utilisés. Ces données sont ensuite saisies informatiquement au niveau de la pharmacie, permettant ainsi toute recherche rapide en cas de besoin (100 % de traçabilité à la pharmacie). Les dotations sont régulièrement contrôlées et reconstituées.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	Oui	Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence, actualisées et validées. Toutes les procédures en lien avec ces pratiques sont accessibles dans la documentation. Des audits de conformité sont réalisés sur différents domaines (ex. : lavage des mains, matériel, air).
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficacité, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est assuré, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	Le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs est assuré et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre. Un suivi mensuel d'activité est effectué avec le nombre d'interventions et les différentes étapes (durée, praticien...). Des benchmarks ont été réalisés en 2008, 2010 et 2012. L'analyse des événements indésirables en RMM ou en CREX a donné lieu à des actions correctives. A noter que l'établissement a recueilli l'indicateur Hôpital Numérique associé au moment de la visite.

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

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.	Oui	Le service de radiothérapie a réalisé une analyse des risques a priori des patients et ce, pour l'ensemble des techniques utilisées en radiothérapie et curiethérapie. La méthode AMDEC a été utilisée pour hiérarchiser les risques en fonction de la fréquence, de la gravité et de leur criticité. Un plan d'actions a été formalisé incluant des actions de prévention et de surveillance. Une inspection récente de l'ASN a donné lieu à l'élaboration d'un plan d'actions pour répondre aux observations.
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.	Oui	Une démarche qualité est en place. Les documents obligatoires (ASN) sont actualisés, les documents organisationnels et techniques utiles à la prise en charge sont accessibles. Les contrôles qualité sont effectués. La démarche qualité de l'unité est basée sur l'analyse des événements indésirables. Depuis 2007, le service procède à des analyses en réunions CREX. Celles-ci se déroulent, environs toutes les six semaines, en

	Oui	<p>quatre phases :</p> <ul style="list-style-type: none"> - analyses des fiches d'événements indésirables ; - sélection d'un événement et déclaration à l'ASN de celui-ci (dans le cas où la déclaration n'ait pas eu lieu en amont) ; - restitution de l'événement indésirable sélectionné à la réunion précédente ; - définition d'un plan d'actions. <p>Les manipulateurs bénéficient de formations adaptées aux différentes techniques et différents appareils. Une formation récente en radioprotection, obligatoire, a été dispensée aux professionnels. Une procédure décrit le tutorat des nouveaux arrivants manipulateurs. Il existe un règlement intérieur du comité de pilotage qualité/gestion des risques en radiothérapie.</p>
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.	Oui	<p>Les patients du service de radiothérapie sont le plus souvent externes. Pour tous les patients, les médecins oncologues radiothérapeutes disposent des informations contenues dans le dossier informatisé du patient ainsi que le compte-rendu des RCP. Pour les patients externes, un dossier informatisé est créé. Les médecins tracent dans les dossiers le compte-rendu de leurs interventions. La traçabilité des données techniques de l'acte de radiothérapie est réalisée sur un support papier numérisé dans la gestion documentaire. Les prescriptions sont informatisées avec le logiciel métier et sont conformes aux recommandations.</p>
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	En grande partie	<p>Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier, les traces des consultations et des données techniques sont retrouvées dans le dossier sous différents supports (papier et informatique). Cependant, les logiciels métier et dossier patient ne sont pas interfacés, à l'exception des données d'identification des patients (identité, IPP).</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un responsable identifié régule les activités, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	Oui	<p>La coordination et la planification des activités et des rendez-vous sont réalisées.</p> <p>Après la consultation avec le médecin oncologue, le patient est adressé au scanner volume-cible.</p> <p>Les manipulateurs disposent de la prescription et fixent les rendez-vous pour la prise en charge radiothérapique.</p> <p>La révision des rendez-vous est effectuée tous les jeudis pour la semaine suivante.</p> <p>Les délais de prise en charge sont évalués.</p> <p>Des plages horaires de prise en charge sont libérées pour les traitements urgents.</p>
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	Oui	<p>Il existe un logiciel métier qui permet les prescriptions conformément aux bonnes pratiques.</p> <p>Les pratiques professionnelles s'appuient sur les recommandations des sociétés savantes de radiothérapie.</p> <p>Un staff technique se réunit le jeudi.</p> <p>Les oncologues radiothérapeutes participent suivant un planning défini aux RCP de cancérologie des différentes spécialités.</p> <p>Des protocoles de prise en charge par organes, communs aux deux sites (Nantes et Angers), sont en cours de réalisation mais pas encore validés.</p>
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	Oui	<p>La traçabilité des actes est assurée dans le dossier patient ainsi que dans le logiciel métier.</p> <p>Le compte-rendu de fin d'irradiation est réalisé dans le dossier patient et le dossier papier.</p> <p>Les dispositifs médicaux implantables (grains d'iode) sont commandés sur des bons standardisés IRSN.</p> <p>La réception est tracée par le radiophysicien, et l'implantation par le manipulateur est intégrée au dossier patient papier.</p> <p>Pour les grains d'or la traçabilité est effectuée au bloc opératoire.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

<p>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.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les événements indésirables font l'objet d'une analyse régulière en CREX. Un plan d'actions est défini lors de l'analyse de l'événement indésirable. Un suivi des actions d'amélioration est réalisé lors des réunions CREX suivantes. Les comptes-rendus de CREX sont accessibles sur la base documentaire.</p>
<p>La réalisation d'audits et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des audits réguliers sont réalisés en fonction des conclusions des CREX comme par exemple sur « l'identitovigilance » ou « le positionnement des patients au moment du traitement ». Des indicateurs de pratique sont suivis comme par exemple : la tenue du dossier, la validation des images au troisième jour de traitement. Des EPP ont concerné la prise en charge de tumeur du sein et de tumeur ORL. Un benchmarking est réalisé dans le cadre d'Unicancer.</p>

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

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.

Oui

Le service de médecine nucléaire a réalisé une analyse des risques suivant la méthode AMDEC.
 Les risques sont hiérarchisés en fonction de leurs fréquence, gravité et criticité.
 Des actions d'amélioration ont été entreprises pour des risques à haute criticité comme l'identitovigilance qui a fait l'objet d'une formalisation.
 Des CREX ont lieu trois fois par an avec désignation de deux pilotes pour chaque action, et un plan d'actions est défini et diffusé.

Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.

Oui

Une démarche qualité est en place.
 Les formations en radioprotection des professionnels sont réalisées tous les trois ans et tous les 10 ans pour les risques patients.
 Quatre sessions récentes de 1h30 de formation à la radioprotection des professionnels ont été réalisées.
 Des formations sur les adaptations aux postes de travail, à la prévention des troubles musculo-squelettiques ont eu lieu.

	Oui	<p>Un référent hygiène manipulateur est nommé, les contrôles qualité des installations sont réalisés.</p> <p>Un tutorat existe pour les nouveaux arrivants.</p> <p>La radiopharmacie est sous le contrôle de la PUI du CHU d'Angers.</p> <p>Une convention de fonctionnement existe entre le centre Paul Papin et le CHU d'Angers.</p>
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.	En grande partie	<p>La très grande partie des examens réalisés le sont pour des patients externes.</p> <p>Pour les examens TEP, les demandes d'examen sont faites par fax et soumises à l'avis des médecins en fonction des indications portées.</p> <p>Les comptes-rendus sont adressés aux prescripteurs et intégrés au dossier du patient hospitalisé.</p> <p>Les patients disposent d'une lettre de convocation et d'explication en fonction des examens prévus.</p> <p>Les médecins participent aux différentes RCP d'oncologie.</p> <p>Les médecins disposent d'un accès au dossier informatisé du patient.</p> <p>Cependant, pour les patients hospitalisés, il n'y a pas de fiche de liaison inter-services.</p>
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	Partiellement	<p>Le service de médecine nucléaire a accès au dossier du patient dans lequel il trace son intervention.</p> <p>Il n'y a pas de logiciel métier spécifique à la médecine nucléaire ni de système d'information radiologique intégré dans le logiciel patient.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un responsable identifié régule les activités, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	Oui	<p>La prise de rendez-vous est centralisée pour les patients hospitalisés.</p> <p>Les responsables du service assurent la coordination et la planification des examens.</p> <p>Les traitements à l'iode sont gérés directement par les médecins.</p> <p>Les rendez-vous de TEP sont fixés par les manipulateurs après avis sur la pertinence de l'examen par les médecins.</p>

	Oui	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	Oui	Des modes opératoires ou procédures concernant les différents examens sont accessibles sur la base documentaire : TEP, Quadramed, choline, iode, fdopa. Ces procédures font l'objet d'actualisation et sont issues des recommandations des sociétés savantes (Société française de médecine nucléaire, European Association of Nuclear Medicine, Society of Nuclear Medicine). Elles sont accessibles sur la base documentaire de l'Intranet.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	Oui	La traçabilité des produits de radiopharmacie est assurée dans un logiciel spécifique (Venus) et sous la responsabilité du CHU d'Angers selon la convention signée. La traçabilité des actes est assurée dans le dossier informatique du patient. Les contrôles de radioprotection sont réalisés en interne selon la réglementation. Les contrôles qualité des appareils sont réalisés, à périodicité définie, par deux manipulateurs du service en liaison avec les professionnels du CHU.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un recueil et une analyse des événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	En grande partie	Il existe un dispositif permettant le recueil et l'analyse des événements indésirables. Il existe une fiche spécifique de déclaration à la médecine nucléaire et en radioprotection. En 2013, 100 fiches d'événements indésirables ont été analysées. Ces fiches sont présentées en CREX et, en fonction de leur sélection, font l'objet d'un plan d'actions avec la nomination d'un pilote aidé par le service qualité. Le suivi du plan d'actions est assuré au cours des réunions

	En grande partie	CREX à venir, et diffusé sur la base documentaire. Cependant, il n'y a pas de mesure d'impact ni d'indicateur de suivi à la suite de la mise en oeuvre des actions d'amélioration.
La réalisation d'audits et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	Partiellement	Il n'y a pas de dispositif assurant la réalisation d'audits réguliers du service de médecine nucléaire. Cependant, un audit concernant le non réalisation des TEP programmés a été réalisé en 2013.

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

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.	Oui	L'établissement a identifié sa pratique en endoscopie et réalise uniquement des naso-fibroscopiques. La réglementation sur cette pratique est en place, les processus sont analysés et un programme d'actions est établi. Une analyse des risques a été réalisée selon la méthode AMDEC, ce qui a conduit à des actions d'amélioration significative.
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.	Oui	Une démarche qualité documentée et actualisée assurant la sécurité de la prise en charge du patient est en place et accessible dans la documentation institutionnelle. Il existe une fiche de poste pour l'infirmière référente de cette activité, des supports de traçabilité de l'activité, des procédures et des modes opératoires. Les fiches d'événements indésirables sont analysées et donnent lieu à des mesures correctives immédiates.

L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.	Oui	L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé entre les différents professionnels. L'information est accessible à travers les différentes applications du dossier patient. La majorité des patients sont issus de la consultation, et l'acte est réalisé directement par le praticien. Un fibroscope à usage unique, situé au bloc opératoire, est à disposition en cas de geste difficile ou d'urgence (intubation difficile).
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	En grande partie	Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier, les professionnels habilités ont été formés aux différents logiciels et au dossier patient. Il n'existe pas de logiciel spécifique de suivi d'activité de l'endoscopie.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un responsable identifié régule les activités, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	Oui	Une infirmière responsable identifiée régule la gestion du matériel afin de garantir le matériel mis à disposition dans le respect de la sécurité du patient. Le contrôle quotidien est tracé. Le médecin de la PUI est nommé référent pour superviser cette activité.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	Oui	Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures actualisées et validées. Ces documents comprennent les documents d'hygiène produits et validés par le CLIN et l'EOH. Les locaux de décontamination et de stockage sont exigus ; cependant, une organisation est mise en place afin de respecter au mieux une zone propre et une zone dite sale.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	Oui	L'activité ne nécessite pas de dispositifs médicaux implantables. La traçabilité de l'utilisation et de la gestion des endoscopes est suivie pour chaque appareil. Des gaines de protection à usage unique sont utilisées pour les actes. L'infirmière contrôle si les données attendues sont bien inscrites dans le cahier de suivi de l'appareil. Une recherche immédiate est faite en cas de non-conformité.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

<p>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.</p>	<p>Oui</p>	<p>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. Plusieurs actions ont été menées dont la création du cahier de bord de suivi de chaque appareil avec les données indispensables de traçabilité. Le réagencement du local de décontamination et de stockage a permis de mieux coordonner l'ensemble du circuit du matériel.</p>
<p>La réalisation d'audits et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'équipe opérationnelle d'hygiène et l'infirmière référente mènent des actions d'audit sur la décontamination du matériel, sur la pratique auprès du patient, ce qui peut mener à des mesures correctives. Des supports permettant de suivre des indicateurs quantitatifs d'activité ne sont pas développés.</p>

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.c

Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique

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

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

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

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

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

PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.a

Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles



Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique ou médico-technique organisent la mise en oeuvre des démarches d'EPP.	Oui	
Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.	En grande partie	
Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.	Oui	Compte tenu de l'indicateur "Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie" et de sa valeur de 95 % avec un intervalle de confiance = [89 % - 100 %] pour la campagne de recueil 2011.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mettent en oeuvre des démarches d'EPP.	Oui	

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

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.b Pertinence des soins

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

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

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

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



Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement identifie les indicateurs de pratique clinique pertinents au regard de ses activités.	En grande partie	
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.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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

Éléments de lecture du tableau

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

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

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

Remarque :

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

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

Etablissement : CTRE REGIONAL DE LUTTE C/CANCER (490000155)

Résultats des indicateurs de qualité

Dossier d'anesthésie - Champ MCO

Référence Nationale

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

Etablissement : CTRE REGIONAL DE LUTTE C/CANCER (490000155)

Libellé indicateur	Année 2009				Année 2010				Année 2011				Année 2012			
	Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire :			
	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.
Tenue du dossier d'anesthésie (score sur 100)	82 [79 - 85]		NA	NA	83 [81 - 86]		(+)	→	84 [82 - 87]		(+)	→				

Etablissement : CTRE REGIONAL DE LUTTE C/CANCER (490000155)

Résultats des indicateurs de qualité

Dossier du Patient - Champ MCO

Référence Nationale

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

Etablissement : CTRE REGIONAL DE LUTTE C/CANCER (490000155)

Libellé indicateur	Année 2009				Année 2010				Année 2011				Année 2012			
	Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire :			
	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.
Tenue du dossier patient (score sur 100)	72 [68 - 76]		(-)	→	58 [55 - 61]		(-)	NA	75 [72 - 79]		(-)	↗				
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (%)	34% [23% - 44%]		(-)	→	25% [16% - 34%]		(-)	→	46% [35% - 57%]		(-)	↗				
Traçabilité de l'évaluation la douleur (%)	58% [47% - 68%]		(-)	→	76% [67% - 86%]		(=)	→	83% [74% - 91%]		(=)	→				
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 (%)	93% [87% - 98%]		(+)	→	89% [82% - 96%]		(+)	→	96% [92% - 100%]		(+)	→				

7.BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Produits sanguins labiles	Aucun contrôle réalisé		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité anesthésique	DDASS	18/9/1998	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Secteur opératoire	Alpabio	1/10/2012	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contrôle des surfaces et de l'air
Imagerie et exploration fonctionnelle	VERITAS	12/12/12	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Radiothérapie	ASN	19/10/2012	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prévention des risques liés à l'inhalation de poussière d'amiante	SOCOTEC	15/2/2007	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	