



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION V2010

ASSOCIATION POUR L'UTILISATION DU REIN ARTIFICIEL

8 rue du Colombier - BP 56

63405 CHAMALIÈRES

MARS 2012

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	10
1. Niveau de certification	11
2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	12
3. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	13
4. Critères investigués lors de la visite de certification	14
5. Suivi de la décision	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	29
CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	31
PARTIE 1. Management stratégique	32
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	121
PARTIE 1. Droits et place des patients	122
PARTIE 2. Gestion des données du patient	168
PARTIE 3. Parcours du patient	181
PARTIE 4. Prises en charge spécifiques	257
PARTIE 5. Evaluation des pratiques professionnelles	271
6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	278
7. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE	280

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

ASSOCIATION POUR L'UTILISATION DU REIN ARTIFICIEL

Adresse : 8 rue du colombier Bp 56 CHAMALIERES
63405 PUY-DE-DOME

Statut : Privé

Type d'établissement : Etablissement privé à but non lucratif

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Court séjour	0	0	60554
Hospitalisation à domicile	0	15	0

Nombre de sites.:	16 unités de dialyse (sur 5 départements) et 1 service d'hospitalisation à domicile sur le Grand Clermont
Activités principales.:	Prise en charge de l'insuffisant rénal chronique (centre de santé, dialyse) depuis 1976 et hospitalisation à domicile depuis décembre 2009
Activités de soins soumises à autorisation.:	Traitement de l'insuffisance rénale chronique Hospitalisation à domicile
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	Aucun

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	- conventions avec les 16 établissements publics et privés pour les unités de dialyse - conventions avec les centres hospitaliers, EHPAD, SSR, cliniques, médecins et IDE libéraux pour l'activité d'HAD,
Regroupement/Fusion.:	Reprise de l'activité de dialyse hors centre de la Nièvre (Nevers, Decize) depuis janvier 2010.
Arrêt et fermeture d'activité.:	
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	Activité nouvelle d'HAD depuis décembre 2009 sur le territoire du Grand Clermont. Projet de constitution d'un GCS pour la PUI avec une autre HAD et plusieurs établissements SSR.

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 une certification avec recommandation(s).

Décisions

RECOMMANDATION(S)

20.a Hospitalisation à domicile (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) ;20.a bis Hospitalisation à domicile (Prise en charge médicamenteuse du patient) .

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

- La sécurité incendie (unité du Mont-Dore) : avis défavorable en juin 2009 avec un arrêté municipal de prorogation d'autorisation d'exploiter l'hôpital du 09/09/2009.
- Rapports de la commission de sécurité incendie en attente pour Decize, Nevers et Yssingeaux.

La Haute Autorité de Santé demande à l'établissement et à l'autorité de tutelle compétente de prendre toute mesure pour que les actions de contrôle soient rapidement mises en oeuvre.

- Visite de la commission de sécurité incendie depuis plus de 3 ans à Saint-Flour.
- Le circuit du médicament.

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

L'établissement n'est pas assujéti au recueil des indicateurs de la Haute Autorité de Santé.

4. Critères investigués lors de la visite de certification

La visite de certification s'est déroulée du 13/12/2011 au 16/12/2011.
L'équipe d'Experts Visiteurs a investigué les critères suivants :

MANAGEMENT STRATÉGIQUE

1.a, 1.f, 2.e

MANAGEMENT DES RESSOURCES

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

MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

8.a, 8.f, 8.g, 8.k, 9.a

DROITS ET PLACE DES PATIENTS

10.b Hospitalisation à domicile, 10.c Hospitalisation à domicile, 10.d Hospitalisation à domicile, 10.e Hospitalisation à domicile, 10.e Court Séjour, 11.a Hospitalisation à domicile, 11.b Hospitalisation à domicile, 12.a Hospitalisation à domicile, 12.a Court Séjour, 13.a Court Séjour, 13.a Hospitalisation à domicile

GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

14.a Court Séjour, 14.a Hospitalisation à domicile, 14.b Court Séjour, 14.b Hospitalisation à domicile, 15.a Court Séjour

PARCOURS DU PATIENT

16.a Court Séjour, 17.a Hospitalisation à domicile, 17.a Court Séjour, 18.a Hospitalisation à domicile, 18.b Hospitalisation à domicile, 19.a Personnes âgées, 19.a Patients porteurs de maladie chronique, 19.a Personnes démunies, 19.a Personnes atteintes d'un handicap, 19.b Hospitalisation à domicile, 19.b Court Séjour, 19.c Hospitalisation à domicile, 19.c Court Séjour, 19.d, 20.a Hospitalisation à domicile, 20.a Court Séjour, 20.a bis Hospitalisation à domicile, 20.a bis Court Séjour, 20.b Court Séjour, 20.b Hospitalisation à domicile, 21.a Hospitalisation à domicile, 22.a Hospitalisation à domicile, 23.a Court Séjour, 23.a Hospitalisation à domicile, 24.a Court Séjour, 24.a Hospitalisation à domicile

PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

26.c

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

28.a, 28.b, 28.c

5.Suvi de la décision

L'établissement a la possibilité de lever tout ou partie de ses recommandations avant la prochaine itération par le biais d'un rapport de suivi dans un délai de 12 mois. S'il ne souhaite pas ou n'a pas la possibilité de lever les recommandations dont il fait l'objet, il devra fournir dans le même délai à la Haute Autorité de Santé un plan d'actions avec échéancier.

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)
- Continuité et coordination de la prise en charge des patients (18.a)
- Management de la prise en charge médicamenteuse du patient (20.a)
- Prise en charge médicamenteuse du patient (20.a bis)
- Prise en charge des urgences et des soins non programmés (25.a)
- Organisation du bloc opératoire (26.a)
- Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur (26.b)

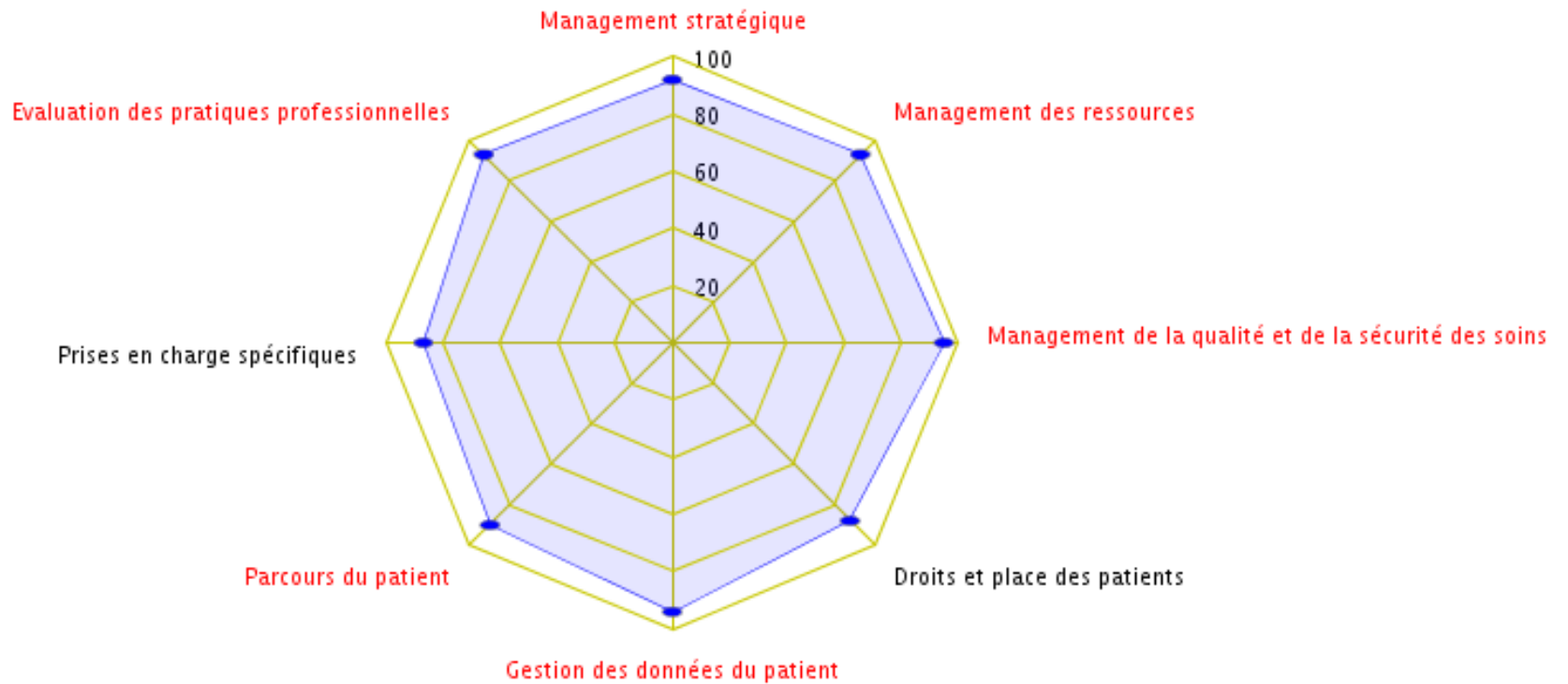
Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement.

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

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

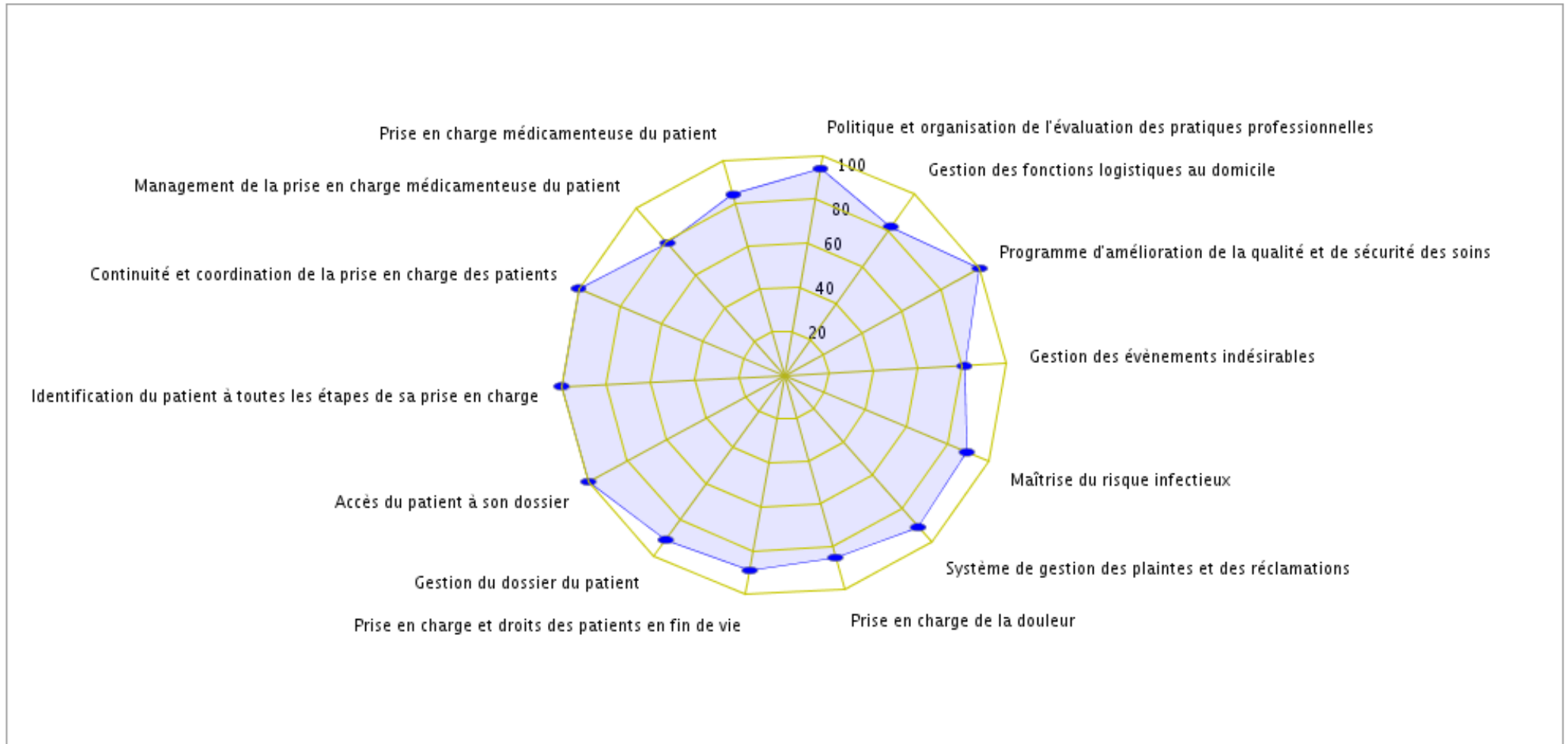
- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (10a),
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b),
- Respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c),
- Accueil et accompagnement de l'entourage (10d),
- Information du patient sur son état de santé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

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

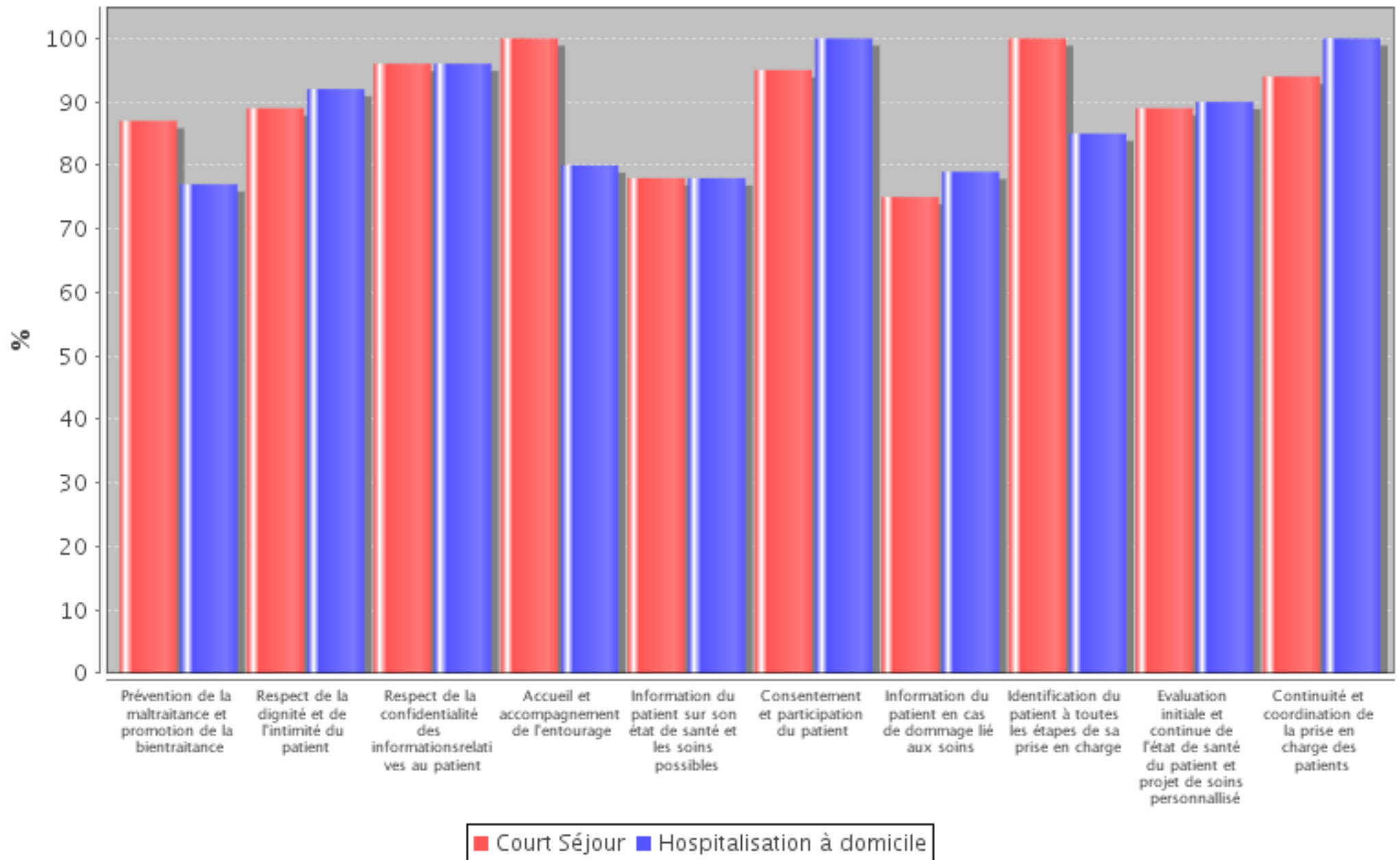


Les libellés des points fort (> 90%) sont en rouge.

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



3. Regard patient



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

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
10b (Le programme d'amélioration continue de la qualité est formalisé, comporte des objectifs précis et inclut les résultats issus des différentes formes d'évaluation.) ; 10e (La gestion documentaire est assurée.).	Type 1	Oui	Un programme qualité et gestion des risques est formalisé. Il comporte des objectifs précis validés par les instances et les groupes de travail, et intègre les résultats des contrôles externes, évaluations, enquêtes et audits réalisés en interne. La procédure de création et de validation des documents papier a été revue en 2009. Ce circuit est suivi par l'animateur qualité. La gestion documentaire informatique a été développée ces dernières années, avec formation des équipes à son utilisation.
11b (La gestion des risques est organisée et coordonnée.).	Type 1	Oui	Le COVIRIS (comité des vigilances et de la gestion des risques) assure le pilotage de la gestion des risques. Un tableau de bord des indicateurs qualité et sécurité est en place. L'animateur qualité est le coordonnateur de la gestion des risques.
24c MCO (La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient.).	Type 1	Oui	Une fiche de traçabilité de la réflexion bénéfice-risque est en place depuis 2007 dans le dossier du patient. Des audits du dossier permettent de suivre son utilisation et ont pu mettre en évidence une amélioration de la traçabilité.
31c MCO (Les conditions d'administration du médicament au patient garantissent la conformité à la prescription et la traçabilité de l'acte.).	Type 1	Oui	Le développement d'un nouveau module du dossier patient informatisé a permis de mettre en œuvre depuis 2010 la prescription informatisée. Un support papier édité à partir du dossier informatisé est utilisé par les IDE pour tracer l'administration.
44d (L'efficacité du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est	Type 1	Oui	Un suivi des actions est intégré au programme qualité et sécurité des soins. Des indicateurs de suivi qualité et sécurité sont actualisés tous les ans avec communication à

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
régulièrement évaluée.).			l'organe délibérant et aux instances.

5.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

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

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.b Engagement dans le développement durable

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

Un volet développement durable est intégré dans les orientations stratégiques.

Partiellement

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.d Politique des droits des patients

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Partiellement

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

Cotation

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.

En grande partie

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.

En grande partie

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.	Oui	

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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



Cotation		
	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La stratégie de développement de l'EPP est inscrite dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.	Oui	La politique EPP est définie dans le projet associatif 2007-2011. Elle est déclinée en plans d'actions et intégrée au programme d'amélioration de la qualité.
Une concertation, entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie de l'EPP, est en place.	Oui	La cellule EPP composée du directeur, du médecin référent EPP, du cadre supérieur et de l'animateur qualité, est l'instance de concertation entre gestionnaires et professionnels de santé. Elle se réunit régulièrement.
Les missions et les responsabilités sont définies pour organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médico-technique.	Oui	Les actions d'EPP sont menées pour les activités de dialyse et d'HAD. Des pilotes sont identifiés. La coordination, l'accompagnement et le suivi des démarches sont organisés.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en oeuvre de l'EPP.	Oui	La mise en oeuvre des EPP est suivie par la cellule EPP. Un accompagnement des équipes est réalisé par l'animateur qualité et l'attaché de recherche clinique.

L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	Oui	Le suivi de l'avancement des démarches est assuré par la cellule EPP en lien avec les instances et les groupes thématiques. L'animateur établit un tableau de bord analysé à périodicité définie.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	En grande partie	Les professionnels sont informés de la stratégie de développement de l'EPP dans le cadre des différentes commissions et des groupes de travail. Les informations sont également délivrées aux équipes de terrain par les référents qualité identifiés sur chaque site. Cependant, le dispositif d'information n'est pas formalisé en termes de moyens de communication adaptés à des objectifs et des cibles déterminés.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	Des bilans périodiques des actions d'EPP et des résultats obtenus en termes d'amélioration des pratiques sont présentés à la CME, à la CRU, au conseil d'administration et au comité de pilotage qualité.
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	Oui	Les bilans annuels sont l'occasion de réviser les objectifs et les moyens des démarches, et d'ajuster la stratégie en fonction des résultats obtenus.

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

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

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

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

Critère 2.a

Direction et encadrement des secteurs d'activités

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

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

L'intervention des associations dans les secteurs d'activité est facilitée.	Oui	
Les attentes des usagers sont prises en compte, lors de l'élaboration des projets de secteurs d'activité ou d'établissement.	Oui	
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		
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.	En grande partie	
Les instances sont informées des suites données à leurs avis et décisions.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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

Critère 2.d Dialogue social et implication des personnels

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

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

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



Cotation		
A		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les tableaux de bord comprennent des indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés à la conduite du projet d'établissement.	Oui	
L'établissement a défini une stratégie de communication des résultats des indicateurs, des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les tableaux de bord sont examinés au sein des instances, réunions de direction de l'établissement et des secteurs d'activité.	Oui	
Les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés, et rendus publics par l'établissement de santé.	Oui	

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

PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.a Management des emplois et des compétences

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les besoins en compétences et effectifs sont identifiés par secteur d'activité.

Oui

Une politique de gestion des emplois et des compétences est définie dans les différents secteurs d'activité en lien avec les orientations stratégiques.

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.c Santé et sécurité au travail

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

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

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.d Qualité de vie au travail

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Partiellement

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.a Gestion budgétaire

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement décline en interne des objectifs prévisionnels de dépenses et, s'il y a lieu, de recettes, selon une procédure formalisée.	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	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement fixe chaque année des objectifs d'amélioration de l'efficience de ses organisations.	En grande partie	
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		
A		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un schéma directeur du système d'information est défini en cohérence avec les orientations stratégiques, et en prenant en compte les besoins des utilisateurs.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le système d'information facilite l'accès en temps utile à des informations valides.	Oui	
Le système d'information aide les professionnels dans leur processus de décision.	Oui	
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		
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.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le dispositif de sécurité du système d'information est évalué, et fait l'objet d'actions d'amélioration.	Oui	

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.b

Gestion des infrastructures et des équipements (hors dispositifs médicaux)

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

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.c Qualité de la restauration

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

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Il existe une organisation permettant, dès l'admission du patient, de recueillir ses préférences alimentaires.	Oui	
Les attentes des professionnels en matière de restauration sont recueillies.	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 œuvre.	Partiellement	

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.d Gestion du linge

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

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.e Fonction transport des patients

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.f Achats écoresponsables et approvisionnements

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les besoins des secteurs d'activité sont évalués sur le plan quantitatif et qualitatif, en associant les utilisateurs.	Oui	
La politique d'achat et de relation avec les fournisseurs prend en compte les principes applicables à un achat éco-responsable.	Partiellement	
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 initie une démarche d'achat éco-responsable pour certains produits ou services.	Oui	

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

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		B
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.	Oui	L'analyse des besoins du patient est menée lors de l'admission. Une procédure de mise à disposition des matériels et dispositifs médicaux est en place. Les visites hebdomadaires de l'équipe de soins HAD sont l'occasion d'évaluer l'adaptation des matériels aux besoins des patients.
En cas de rupture d'un produit, des solutions de substitution sont prévues.	Oui	Différentes conventions sont en place et permettent l'approvisionnement en cas de rupture d'un produit.
Les modalités de transport des différents matériels et médicaments sont formalisées.	En grande partie	Le transport des matériels est assuré par les prestataires ayant passé convention avec l'HAD, ou par le coursier de l'établissement pour les médicaments et DMS. Les modalités de transport font l'objet de procédures. Pour le transport des médicaments entre la PUI (Pharmacie à Usage Interne) et le domicile des patients, les conditions de respect de la chaîne du froid et des règles d'hygiène ne sont pas retrouvées dans la procédure de gestion du circuit du médicament en HAD.

En cas de prestation extérieure, une convention de collaboration est formalisée.	Oui	Des conventions sont en place avec l'ensemble des prestataires extérieurs.
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.	Oui	Les dispositifs majeurs sont fournis par les prestataires extérieurs. La maintenance 24 h/24 et 7 j/7 est précisée dans les conventions. Les coordonnées téléphoniques des équipes d'astreinte sont disponibles auprès des patients et des intervenants libéraux.
Pour les patients à haut risque vital, l'HAD s'assure de leur signalement à « Électricité Réseau Distribution France ».	En grande partie	Le signalement des patients à haut risque vital est réalisé. Le processus de vérification du signalement n'est pas formalisé.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le matériel délivré est conforme à la commande et adapté à la prise en charge.	Oui	La conformité des matériels est vérifiée lors des visites hebdomadaires de l'équipe de soins HAD. Les non-conformités font l'objet de signalements sur les fiches d'événements indésirables, lors de la réception des matériels, et lors des visites hebdomadaires.
L'approvisionnement en urgence du patient est assuré.	Oui	L'organisation de l'approvisionnement en urgence est définie pour les médicaments (recours aux officines de ville ou à la pharmacie du CHU de Clermont-Ferrand), et pour le matériel avec le prestataire (intégrée au cahier des charges).
L'établissement s'assure que les locaux de stockage sont adaptés et entretenus, conformément à la réglementation.	Oui	L'établissement assure le stockage des DMS et médicaments au sein de la PUI. Les règles de stockage sont définies. Une vérification périodique est assurée. Il n'y a pas de stockage d'autre matériel dans l'établissement.
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.	En grande partie	Une évaluation des prestataires a été menée sur 10 mois en 2011. Elle a concerné huit sociétés, et a permis de calculer des scores de satisfaction sur différents critères logistiques (livraison, qualité des produits...). Cette évaluation a été réalisée par un groupe de travail, et coordonnée par

	En grande partie	l'animateur qualité. Cette évaluation récente n'a pas encore permis de définir des actions d'amélioration.
La maintenance 24 h/24 et 7 j/7 est évaluée.	Partiellement	La permanence de la maintenance est évaluée par le biais des fiches de signalement des événements indésirables. L'établissement n'a pas réalisé à ce jour d'audits sur ce thème auprès des fournisseurs.
La satisfaction du patient, relative aux fonctions logistiques à son domicile, est évaluée à périodicité définie, et conduit à des actions d'amélioration.	En grande partie	La satisfaction est recueillie par le questionnaire de satisfaction spécifique. Elle porte, à ce jour, sur un faible nombre de dossiers, et n'a pas encore permis d'identifier des actions d'amélioration.
La satisfaction des intervenants au domicile, en lien avec les fonctions logistiques, est évaluée à périodicité définie, et conduit à des actions d'amélioration.	Non	Il n'existe pas de dispositif d'évaluation structuré, mais la satisfaction des intervenants est appréciée indirectement par les fiches de signalement des événements indésirables.

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

Critère 7.a Gestion de l'eau

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

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

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

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

Critère 7.b Gestion de l'air

En HAD, ce critère est applicable uniquement aux structures ayant une pharmacie à usage intérieur, avec unité centralisée de reconstitution des cytostatiques.

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

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

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

Critère 7.c Gestion de l'énergie

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

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi périodique est réalisé.	Oui	
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 œuvre, afin d'assurer l'hygiène des locaux et leurs modalités de traçabilité, sont définies avec l'EOH ou la CME.	Oui	
En cas de sous-traitance, un cahier des charges définit les engagements sur la qualité des prestations.	Oui	
Les responsabilités sont identifiées, et les missions sont définies.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation périodiques sont menées.	Oui	

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

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

Critère 7.e Gestion des déchets

Cotation

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.

Oui

Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont organisées.	Oui	
Le patient et son entourage sont informés des risques liés aux déchets d'activités de soins à risque infectieux.	En grande partie	Les informations concernant les risques liés aux déchets type DASRI, sont données oralement aux patients lors de leur installation, avec la livraison des cartons et récupérateurs d'aiguilles. La traçabilité de cette information n'est pas formalisée. Une fiche explicative des modalités de tri des déchets leur est remise, et est insérée dans le dossier patient du domicile.
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		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
	A	
Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est formalisé.	Oui	La politique globale et les objectifs de la qualité et de la sécurité des soins, sont intégrés au projet associatif 2007-2011. Le programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins définit les plans d'actions ; il est détaillé en fonction des différents secteurs d'activité : autodialyse, dialyse péritonéale, et HAD.
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 centralise tous les éléments en rapport avec la conformité à la réglementation, la procédure de certification, l'analyse des événements indésirables, des dysfonctionnements et des risques majeurs et récurrents. Il reprend les différentes thématiques gérées par les instances (CLIN, CLAN, CLUD...) quand elles le nécessitent.
Les activités, réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins, sont prises en compte.	NA	

Le programme est soumis aux instances.	Oui	Le programme et le tableau de bord de suivi sont présentés annuellement aux différentes instances.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Les plans d'actions sont formalisés dans le programme, et intègrent les différents secteurs d'activité concernés. Ils précisent pour chaque action, le pilote, la date de début, la date prévue de fin, et les étapes du suivi. Les documents annexes en rapport avec la mise en oeuvre de chaque action sont directement intégrés dans le fichier du programme qualité.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	Oui	Dans le cadre d'une coordination de la démarche, l'animateur qualité effectue un point sur les plans d'actions chaque trimestre, avec réajustement si nécessaire, avec les pilotes concernés.
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	Oui	La mesure de l'atteinte des objectifs du programme est réalisée à partir d'un tableau de bord de suivi de la qualité et de la sécurité de soins. Son évaluation prend en compte les différents indicateurs existant au plan national, et ceux définis par l'établissement, en rapport avec ses besoins spécifiques.
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	Oui	L'animateur qualité présente annuellement le programme au comité de pilotage de la qualité et définit les ajustements nécessaires en fonction de l'évolution des situations.

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	A	
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.	Oui	

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

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

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

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

Critère 8.d
Evaluations des risques à priori

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi de la mise en œuvre de ces actions est réalisé à périodicité définie.	Oui	
L'analyse de leur efficacité est réalisée.	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	A	
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, suite à la réalisation d'exercices de gestion de crise ou par d'autres moyens adaptés.	Oui	
Il existe un système de retour d'expérience suite à ces exercices.	Partiellement	

Critère 8.f
Gestion des évènements indésirables



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Il existe une procédure de gestion des événements indésirables, qui définit leurs modalités de déclaration, de traitement et d'analyse. Les notions de gravité et fréquence probable sont définies dans ce document. Il existe deux systèmes de déclaration, sur papier, et sur intranet, l'ensemble étant coordonné par l'animateur qualité.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La formation à l'utilisation des supports de signalement a été faite par l'animateur qualité auprès de l'ensemble du personnel sur chaque site. Les comptes-rendus des réunions du comité de pilotage de la qualité sont utilisés comme supports de ces formations.

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

Partiellement

L'animateur qualité a été formé à la hiérarchisation et à l'analyse des causes. L'établissement n'a pas établi de programme de formation pour les autres membres du COVIRIS.

L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée, en associant les acteurs concernés.	En grande partie	Les événements indésirables graves sont d'abord identifiés par le déclarant, et confirmés par l'animateur qualité. Celui-ci effectue alors l'analyse de façon structurée, avec les acteurs concernés. L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves n'est pas réalisée de façon périodique, mais au cas par cas. Les instances ou groupes de travail concernés interviennent ensuite pour valider les rapports d'analyse.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions correctives sont mises en œuvre suite aux analyses.	Oui	Suite à l'analyse des causes, les actions correctives sont identifiées et intégrées au programme qualité et sécurité des soins. La mise en œuvre de ses actions est planifiée, en fonction des priorités définies par les pilotes. Le suivi de la réalisation des actions est effectué.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	Oui	Les événements indésirables récurrents sont identifiés lors de la déclaration, et traités. Les causes profondes sont analysées, et les actions correctives font également l'objet de plan d'actions dans le programme de qualité et sécurité des soins.
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	Oui	L'efficacité des actions correctives est suivie dans le tableau de bord, et mesurée, par l'évolution des signalements des événements indésirables, la réalisation d'audits, et l'étude de la satisfaction des patients.

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	

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

Critère 8.h
Bon usage des antibiotiques



Cotation	NA	
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.	Aucun	

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), 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.	Oui	

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

Critère 8.j Maîtrise du risque transfusionnel

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

Cotation	A	
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.	Oui	

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

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

Critère 8.k Gestion des équipements biomédicaux

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement a défini un système de gestion des équipements biomédicaux, comprenant un plan pluriannuel de remplacement et d'investissement.	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.	Oui	
Les patients et leurs familles sont informés de la conduite à tenir en cas de dysfonctionnement (alarme, etc.) des équipements biomédicaux installés au domicile.	En grande partie	Une information est donnée aux patients sur la conduite à tenir en cas de dysfonctionnement des équipements biomédicaux. Une astreinte infirmière est organisée en dehors des heures d'ouverture du standard de l'HAD. La traçabilité de cette information n'est pas évaluée.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La gestion des équipements biomédicaux est évaluée, et donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	

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

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



Cotation		
A		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La gestion des plaintes et des réclamations est organisée (CRU en place, procédure formalisée, responsabilités définies).	Oui	La procédure de gestion des plaintes et réclamations des usagers décrit l'organisation en place dans l'établissement. Un registre des plaintes et réclamations est mis en oeuvre. La procédure prévoit l'accusé de réception de la plainte, et la réponse faite au plaignant par le directeur, responsable chargé des relations avec les usagers. Le fonctionnement de la CRU fait l'objet d'un règlement interne, conformément à la réglementation. L'information des patients sur les modalités de formulation des plaintes et sur le dispositif de médiation est réalisée par le livret d'accueil, par des affiches dans les services, et sur le site internet.
Le système de gestion des plaintes et des réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.	Oui	Les fiches d'événements indésirables prévoient une rubrique "Plainte", qui peut être complétée par le personnel suite à une demande de patient. Ces fiches sont traitées en CRU, et sont reprises dans le bilan annuel de la CRU. L'animateur qualité et le comité de pilotage de la qualité assurent l'articulation entre la gestion des plaintes et la gestion des risques.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	Les professionnels concernés sont informés de la réponse faite aux plaignants par l'intermédiaire de leur responsable, et associés aux actions correctives, si besoin.
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en œuvre.	En grande partie	L'établissement informe le plaignant sur le traitement de sa plainte et les actions mises en oeuvre, mais ne rappelle pas systématiquement le dispositif de médiation en place.
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	L'analyse qualitative et quantitative des plaintes et réclamations est réalisée en CRU. Elle est suivie d'un bilan, et de propositions d'amélioration intégrées dans son rapport annuel. L'animateur qualité participe régulièrement à la CRU, et intègre ses recommandations dans le programme qualité et sécurité, en lien avec les instances.

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

Critère 9.b Evaluation de la satisfaction des usagers

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

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

CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.a - Court Séjour Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance

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.	Oui	
La promotion de la bientraitance est intégrée dans les projets de l'établissement (projet médical, projet de soins, projet social, etc.).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'expression des patients et de leurs proches est favorisée.	Oui	

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

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.a - Hospitalisation à domicile Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance

Cotation		
	B	
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.	Partiellement	
La promotion de la bientraitance est intégrée dans les projets de l'établissement (projet médical, projet de soins, projet social, etc.).	Partiellement	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'expression des patients et de leurs proches est favorisée.	Oui	

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

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

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

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

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.b - Hospitalisation à domicile 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.	En grande partie	
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.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les mesures, permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient, sont identifiées.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'organisation et les pratiques de l'établissement permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	Oui	
Les modalités de partage des informations, relatives au patient, permettent le respect de la confidentialité.	Oui	
Les professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement évalue le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	En grande partie	
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.c - Hospitalisation à domicile Respect de la confidentialité des informations relatives au patient

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement évalue le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	En grande partie	
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	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'accès aux secteurs d'hospitalisation est facilité (horaires de visites, etc.) pour l'entourage.	Oui	
L'entourage des patients bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien, dans les situations qui le nécessitent.	Oui	

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

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.d - Hospitalisation à domicile 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.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
L'entourage des patients bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien, dans les situations qui le nécessitent.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la satisfaction de l'entourage donne lieu à des actions d'amélioration en lien avec la CRU.	Oui	
Un bilan d'activité annuel du service social et du service de soutien psychologique, comprenant les actions d'amélioration réalisées, est établi.	Non	Le service social et le service de soutien psychologique n'établissent pas de bilan annuel d'activité.

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

Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles.	Oui	
La mise en œuvre du respect des libertés individuelles est organisée.	Oui	
La réflexion bénéfico-risque et la recherche du consentement du patient ou de son entourage concernant les restrictions de liberté font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante, intégrée dans le projet de soins personnalisé.	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.).	Oui	
Des actions d'amélioration, portant sur la préservation des libertés individuelles et sur la gestion des mesures de restriction de liberté, sont mises en place.	Oui	

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.e - Hospitalisation à domicile

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

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

Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles.	Oui	
La mise en œuvre du respect des libertés individuelles est organisée.	Oui	
La réflexion bénéfico-risque et la recherche du consentement du patient ou de son entourage concernant les restrictions de liberté font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante, intégrée dans le projet de soins personnalisé.	Oui	
Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.	En grande partie	
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.).	Oui	
Des actions d'amélioration, portant sur la préservation des libertés individuelles et sur la gestion des mesures de restriction de liberté, sont mises en place.	Oui	

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

L'accès à des ressources d'information diversifiées (support écrit, espace d'information, etc.) est facilité.	En grande partie	
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.a - Hospitalisation à domicile

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

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

L'accès à des ressources d'information diversifiées (support écrit, espace d'information, etc.) est facilité.	En grande partie	
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.	En grande partie	

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

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

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

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

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

Critère 11.b - Hospitalisation à domicile Consentement et participation du patient

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

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

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

Critère 11.c - 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 dommage lié 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 dommage lié aux soins sont menées.	En grande partie	
Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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

Critère 11.c - Hospitalisation à domicile 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 dommage lié 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 dommage lié 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 dommage lié aux soins est évaluée et améliorée.	Partiellement	
--	---------------	--

Référence 12: La prise en charge de la douleur

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



Cotation		B	
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).	En grande partie	<p>La prise en charge de la douleur est évoquée dans le projet associatif 2007-2011, notamment dans le projet soignant qui fixe un objectif de développement des actions visant à améliorer cette prise en charge.</p> <p>La première réunion du CLUD en 2007 a permis d'initier la stratégie de prise en charge de la douleur.</p> <p>Cependant, celle-ci n'est pas complètement formalisée en termes d'objectifs, de moyens et de déploiement dans les secteurs.</p>	
Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonnes pratiques et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.	Partiellement	<p>Les protocoles analgésiques sont peu nombreux : un document rédigé par les professionnels est validé par le CLUD et diffusé. Un second protocole analgésique est rédigé mais pas encore diffusé car il nécessite une formation spécifique des soignants. La gestion documentaire permet un accès au protocole existant.</p>	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	

Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	L'établissement propose de nombreuses formations/actions en interne et en externe. Ces formations sont adaptées aux besoins des professionnels et aux objectifs du CLUD. Des formations au toucher massage ont été réalisées et sont reconduites. Une infirmière du CLUD a suivi et validé un DIU douleur en juin 2011. Des supports de formation sont mis à la disposition du personnel sur le portail informatique de l'AURA.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	Le livret d'accueil du patient en dialyse comporte une information concernant la lutte contre la douleur. Une information « hémodialyse douleur » à l'intention des patients dialysés est affichée dans les services. Dès la pré-admission, les patients sont informés par les médecins et les soignants sur la nécessité de signaler toute douleur lors des futures séances de traitement (ponctions douloureuses, crampes pendant la dialyse...) Cependant, l'information du patient n'est pas structurée dans le cadre de programmes d'éducation déployés dans les différents secteurs d'activité.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Oui	L'évaluation de la douleur et sa traçabilité dans le dossier du patient sont organisées. Les douleurs sont tracées dans les dossiers de soins, sur les fiches de séances de dialyse et au niveau des transmissions ciblées.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur. L'évaluation de la douleur est réalisée et tracée. Les résultats sont accessibles aux acteurs de la prise en charge thérapeutique, à travers le dossier du patient. Les modifications de traitement y sont notées.

Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non-communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Partiellement	Les besoins en moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants sont limités. Le CLUD a élaboré une échelle inspirée de l'échelle ALGOPLUS, adaptée au service d'hémodialyse. Cependant, cette échelle n'est pas encore mise en place.
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.	Oui	L'encadrement soignant et les référents en douleur des différentes antennes s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	En grande partie	Une évaluation est menée pour tout nouveau patient lors des premières ponctions. Une évaluation annuelle sur les ponctions ultérieures est organisée dans les différentes unités. Une étude est en cours sur la survenue des crampes au cours de la séance d'hémodialyse. Cependant, l'établissement n'a pas développé de programme structuré et coordonné d'évaluations répétées à périodicité définie.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Des actions d'amélioration sont proposées en cohérence avec les résultats des évaluations menées ; elles sont validées par le CLUD et intégrées dans un plan d'actions repris dans le programme d'amélioration de l'établissement.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	L'établissement est dans une démarche de partage d'expériences et de suivi avec le centre d'évaluation et de traitement de la douleur du CHU de Clermont-Ferrand. L'établissement a collaboré avec ce centre pour l'analyse des modalités de prise en charge des crampes. Il est prévu de présenter les résultats de ce travail à l'occasion d'un prochain congrès.

Référence 12: La prise en charge de la douleur

Critère 12.a - Hospitalisation à domicile
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).	En grande partie	La prise en charge de la douleur en HAD n'est pas évoquée dans le projet associatif 2007-2011 ; celui-ci a été rédigé avant le démarrage de cette activité en 2009. L'équipe de l'HAD mène une EPP intitulée « Prise en charge de la douleur » pour structurer les orientations et les actions à mettre en oeuvre. Le médecin coordonnateur de l'HAD est le référent douleur ; il est membre du CLUD.
Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonnes pratiques et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.	Oui	Des protocoles sont rédigés par les équipes, validés par le CLUD et mis en place. Ils concernent notamment les effets indésirables des morphiniques, l'association des médicaments analgésiques, la durée d'attente pour l'efficacité d'un analgésique... D'autres protocoles sont en cours d'élaboration dans le cadre de l'EPP. Au quotidien, des prescriptions anticipées d'analgésiques sont faites. Ces prescriptions sont adaptées aux douleurs liées aux pratiques de soins des patients en HAD. La gestion documentaire permet un accès facile aux protocoles.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	L'établissement propose de nombreuses formations/actions en interne et en externe. Le médecin coordonnateur a sensibilisé l'équipe soignante à l'utilisation des outils d'évaluation de la douleur : EVA, DOLOPLUS, ALGOPLUS, échelle verbale simple... Un laboratoire a également mené une action de formation auprès des soignants. Une plaquette thématique concernant la douleur a été diffusée aux infirmières libérales dans le cadre des actions menées suite à l'EPP.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	Le livret d'accueil comporte une information concernant la lutte contre la douleur. Les patients sont informés par les médecins et les soignants sur la nécessité de signaler toute douleur. Ils sont sensibilisés à l'utilisation des outils d'auto-évaluation de la douleur et à la bonne utilisation des traitements contre la douleur. Des supports écrits d'information sont en cours d'élaboration. Cependant, l'information du patient n'est pas structurée dans le cadre de programmes d'éducation adaptés aux différentes prises en charge.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	La traçabilité de l'évaluation de la douleur est évaluée par l'audit annuel des dossiers. En 2010, l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » était de 50 %. Un deuxième audit des dossiers a été réalisé dans le cadre de l'EPP douleur en 2011. La traçabilité de l'évaluation de la douleur a été retrouvée dans 67 % des dossiers.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur. L'évaluation de la douleur est réalisée et tracée. Les résultats sont accessibles aux acteurs de la prise en charge thérapeutique, à travers le dossier du patient. Les modifications de traitement sont notées dans le dossier du patient.

Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non-communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Des échelles sont en place pour les patients non communicants. Suite à l'EPP, une sensibilisation des IDE libérales à leur utilisation a été faite par l'envoi d'une plaquette thématique.
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.	Oui	Le médecin coordonnateur et l'encadrement soignant s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels, notamment au moment des réunions hebdomadaires.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées par l'audit annuel de dossiers. Une EPP est en cours sur ce thème.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Des actions d'amélioration sont proposées en cohérence avec les résultats des évaluations menées et notamment suite à l'EPP. Elles sont validées par le CLUD et intégrées dans un plan d'actions repris dans le programme d'amélioration de l'établissement.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	L'équipe a participé à une journée de présentation d'outils de prise en charge de la douleur. Des échanges ont lieu au cas par cas avec d'autres structures (HAD, équipe mobile de soins palliatifs...). Le travail effectué dans le cadre de l'EPP doit être présenté lors de la prochaine réunion du CHADA (Comité des HAD d'Auvergne).

Référence 13: La fin de vie

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



Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

NA

L'établissement n'est jamais amené à accompagner un patient en fin de vie.

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

NA

L'établissement n'est jamais amené à accompagner un patient en fin de vie.

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

NA

L'établissement n'est jamais amené à accompagner un patient en fin de vie.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

NA

L'établissement n'est jamais amené à accompagner un patient en fin de vie.

Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	NA	L'établissement n'est jamais amené à accompagner un patient en fin de vie.
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	NA	L'établissement n'est jamais amené à accompagner un patient en fin de vie.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en œuvre.	NA	L'établissement n'est jamais amené à accompagner un patient en fin de vie.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	NA	L'établissement n'est jamais amené à accompagner un patient en fin de vie.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	NA	L'établissement n'est jamais amené à accompagner un patient en fin de vie.
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.).	NA	L'établissement n'est jamais amené à accompagner un patient en fin de vie.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	NA	L'établissement n'est jamais amené à accompagner un patient en fin de vie.

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	NA	L'établissement n'est jamais amené à accompagner un patient en fin de vie.
---	----	--

Référence 13: La fin de vie

Critère 13.a - Hospitalisation à domicile
Prise en charge et droits des patients en fin de vie



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'HAD est organisée pour la prise en charge des besoins des patients en fin de vie. Les objectifs et les ressources nécessaires sont définis. Le service d'HAD peut faire intervenir l'équipe mobile de soins palliatifs PALLIADOM au domicile du patient et organiser un relais si nécessaire.
 Les acteurs clefs de ce type de prise en charge sont identifiés : le médecin coordonnateur titulaire d'un DIU en soins palliatifs et une infirmière coordonnatrice référente en soins palliatifs.

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

Oui

Le recueil de la volonté du patient et d'éventuelles directives anticipées est organisé.
 Les volontés du patient concernant les traitements et soins qui pourraient lui être délivrés en fin de vie sont notées dans son dossier. Si le patient exprime un refus vis-à-vis d'un traitement, le médecin traitant est consulté et ce refus est tracé dans le dossier par l'équipe. Le recueil des directives anticipées est assuré dans le dossier sur un formulaire spécifique.

<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>En grande partie</p>	<p>Le recueil des directives anticipées est présenté dans le livret d'accueil du patient en HAD. Cependant, il n'existe pas de dispositif d'information structuré sur les dispositions de la loi du 22 avril 2005, précisant des objectifs, des cibles et des moyens de communication.</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 œuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'HAD mène une démarche de projet personnalisé de soins, avec un suivi et des réajustements réguliers en fonction de l'évolution de la maladie. L'accompagnement de l'entourage du patient et des professionnels est intégré dans le fonctionnement du service. Des réunions pluriprofessionnelles et des formations sont mises en place pour l'équipe de l'HAD.</p>
<p>Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les professionnels bénéficient de formations : journée annuelle organisée par la commission soins et éthiques, journée régionale de soins palliatifs, formation concernant les droits des patients... Le médecin coordonnateur a suivi et validé un DIU 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>L'HAD organise à périodicité définie des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades. Ces réunions permettent de réévaluer le projet de soins, de prendre des décisions en commun et de garantir une information partagée concernant le devenir du patient. L'HAD peut également faire intervenir les membres de l'équipe mobile de soins palliatifs.</p>

Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en œuvre.	Oui	Des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en œuvre. Le soutien psychologique est possible et l'équipe de soins palliatifs PALLIADOM intervient dans le cadre d'une convention. Le médecin coordonnateur de l'HAD est également une personne ressource, et assure régulièrement des remplacements au sein de l'équipe de soins palliatifs.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	L'HAD met en œuvre l'information des professionnels concernant les droits des patients et la fin de vie. Les dispositifs réglementaires sont présentés lors des différentes formations proposées : journée annuelle organisée par la commission soins et éthiques, journée régionale de soins palliatifs, formation concernant les droits des patients... Le médecin coordonnateur informe régulièrement son équipe sur l'aspect réglementaire des droits des patients.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	En grande partie	L'assistante sociale propose au patient et à son entourage la possibilité de solliciter des associations d'accompagnement. Cependant, il n'y a pas eu de demande à ce jour, et l'HAD n'a pas formalisé les conditions d'intervention des associations et des bénévoles.
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	Chaque situation individuelle de fin de vie est abordée en réunion pluriprofessionnelle : soins de confort, pertinence des traitements, accompagnement de la famille... Le médecin coordonnateur de l'HAD est membre de la CRU. Des référents soins palliatifs sont identifiés. Cependant, le dispositif en place n'a pas fait l'objet d'une évaluation structurée.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	La réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements est menée au cas par cas ; elle est pilotée par le médecin coordonnateur en lien avec les soignants, le médecin traitant et les autres professionnels impliqués dans la prise en charge du patient.

	Oui	Les décisions concernant les traitements sont tracées dans les dossiers patients.
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Partiellement	Les actions d'amélioration sont mises en oeuvre au cas par cas pour chaque prise en charge. Il n'y a pas eu d'évaluation globale de la prise en charge des soins palliatifs.

PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
A		
Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.	Oui	Un guide du dossier patient définissant les règles de tenue et de gestion du dossier est disponible afin de sécuriser la prise en charge du patient à toutes les étapes de son traitement. Des objectifs sont déterminés : définir les responsabilités des professionnels dans l'utilisation du dossier et développer l'efficacité des acteurs lors de la prise en charge du patient. Les professionnels sont informés des règles de gestion du dossier du patient par la gestion documentaire 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	Les règles d'accès au dossier du patient comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations sont formalisées et diffusées. Un processus d'information des professionnels structuré est en place en gestion documentaire informatisée.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

<p>Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.</p>	<p>Oui</p>	<p>La traçabilité des éléments constitutifs de l'ensemble des étapes de la prise en charge du patient est effective en temps utile du fait de l'accessibilité à tout intervenant selon son profil et sa fonction sur le logiciel en place sur l'ensemble des sites et centres hospitaliers de références pour les patients hémodialysés. Pour les patients en dialyse péritonéale, les éléments du dossier administratif et les prescriptions sont accessibles sur le logiciel commun à tous les sites. Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient en dialyse péritonéale sont tracés dans les dossiers papier accessibles par les professionnels d'astreinte 24 h/24, dossiers papier mis à jour régulièrement et transmis au centre hospitalier susceptible de greffer le patient.</p>
<p>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.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les règles de transfert du dossier entre unités et établissements de santé sont définies. Les médecins traitants ou les correspondants externes sont destinataires des résultats d'analyses effectuées pour chacun de leur patient et informés au fur et à mesure d'événements importants dans la prise en charge du patient.</p>
<p>E3 Evaluer et améliorer</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le dossier patient est audité annuellement sur l'ensemble des sites de l'établissement. Sous la responsabilité de l'animateur qualité, l'établissement évalue depuis deux ans le dossier patient en utilisant la méthodologie du projet COMPAQH dialyse. Le dossier soins et le cahier de dialyse sont analysés selon une grille établie en interne et actualisée en fonction des résultats précédents.</p>
<p>Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions d'amélioration sont menées en fonction des résultats obtenus ; l'animateur qualité en assure la coordination et le suivi en lien avec les instances.</p>

Référence 14: Le dossier du patient

Critère 14.a - Hospitalisation à domicile
Gestion du dossier du patient



Cotation		
B		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.	Oui	Un guide du dossier patient en HAD définissant les règles de tenue et de gestion du dossier est élaboré afin d'assurer la continuité des soins dispensés au patient et le respect de la réglementation en vigueur. Les professionnels sont informés des règles de gestion du dossier du patient en HAD par la gestion documentaire 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	Les règles d'accès au dossier du patient comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations sont formalisées et diffusées. Un processus d'information des professionnels structuré est en place en gestion documentaire informatisée.
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.	Partiellement	Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés par l'équipe de coordination de l'HAD en temps utile. Ces éléments sont consultables 24 h/24 par accès internet.

	Partiellement	L'établissement a rédigé à destination des médecins traitants et des IDE libéraux des consignes d'utilisation du dossier. Durant la visite de certification, il a été observé que ces consignes ne sont suivies que partiellement : pas de traçabilité de l'administration des médicaments, non suivi régulier de la douleur et diagramme de soins non rempli dans les dossiers analysés.
La communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes est assurée en temps utile.	Oui	Les règles de communication du dossier en cas de consultation ou de transfert vers un autre établissement sont définies dans le guide du dossier patient en HAD.
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'HAD ouverte fin 2009 a réalisé en fin d'année 2011 un audit sur la gestion des dossiers selon la méthodologie IPAQSS HAD 2011. L'établissement a prévu de répéter cette évaluation chaque année.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Des actions d'amélioration sont menées en fonction des résultats obtenus ; l'animateur qualité en assure la coordination et le suivi en lien avec les instances.

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 à son dossier est organisé conformément à la réglementation. Les modalités de communication du dossier médical sont définies et formalisées dans le guide du dossier patient en dialyse et dans une procédure spécifique. Les modalités concernant l'accès au dossier des patients pour les ayants droit en cas de décès sont précisées.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a mis en place un processus d'information des usagers sur leurs droits par l'intermédiaire de la charte de la personne hospitalisée et du livret d'accueil. Cette information intègre le droit à l'accès au dossier médical.

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

Oui

L'établissement a formalisé une fiche de suivi reprenant les étapes à respecter pour la communication d'un dossier médical : déroulement de la demande, modalités de la réponse et délai de communication. Une secrétaire médicale est chargée de vérifier le respect des délais d'accès au dossier. Un seul dossier a été demandé et les délais d'envoi ont été respectés.

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	Les délais de transmission étant respectés, aucune action d'amélioration n'a été menée.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.	Oui	La CRU est informée des demandes de dossier et du suivi donné.

Référence 14: Le dossier du patient

Critère 14.b - Hospitalisation à domicile
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 à son dossier est organisé conformément à la réglementation. Les modalités de communication du dossier médical sont définies et formalisées dans le guide du dossier patient et dans une procédure spécifique. Les modalités concernant l'accès au dossier des patients pour les ayants droit en cas de décès sont précisées.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a mis en place un processus d'information des usagers sur leurs droits par l'intermédiaire de la charte de la personne hospitalisée et du livret d'accueil. Cette information intègre le droit à l'accès au dossier médical.

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

Oui

L'établissement a formalisé une fiche de suivi reprenant les étapes à respecter pour la communication d'un dossier médical : déroulement de la demande, modalités de la réponse et délai de communication. Une secrétaire médicale est chargée de vérifier le respect des délais d'accès au dossier. Un seul dossier a été demandé et les délais d'envoi ont été respectés.

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	Les délais de transmission étant respectés, aucune action d'amélioration n'a été menée.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.	Oui	La CRU est informée des demandes de dossier et du suivi donné.

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.

Oui

L'organisation et les principes de l'identitovigilance sont formalisés dans une procédure. Un responsable identitovigilance est identifié et la cellule d'identitovigilance pluridisciplinaire est opérationnelle. Les missions de la cellule sont définies : sécuriser la gestion de l'identité patient, effectuer la mise en oeuvre et le suivi des actions validées, recenser, analyser et traiter les dysfonctionnements liés à l'identité du patient. Des indicateurs sont en place en particulier pour les points critiques : doublons, collision...

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 personnels de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification en interne par l'animateur qualité, la coordinatrice du secrétariat médical et le référent d'hémovigilance. Des supports papier sont à leur disposition. Le journal interne rappelle à l'ensemble des professionnels les actions mises en oeuvre.

Le personnel de l'accueil administratif met en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Le personnel de l'accueil administratif connaît et applique le protocole de vérification de l'identité du patient. Une photocopie de la pièce d'identité est insérée dans le dossier du patient dès la constitution du dossier administratif. La bonne composition du dossier est évaluée.
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	Les professionnels s'assurent de l'identité du patient avant tout acte thérapeutique et tracent cette vérification sur le dossier et sur chaque fiche de séance. Chaque élément du dossier est identifié par une étiquette éditée par le secrétariat médical.
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, audit), et les erreurs sont analysées et corrigées.	Oui	La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge (doublons ou erreurs) est évaluée par l'intermédiaire des déclarations d'événements indésirables dont le support a été adapté. L'analyse rapide de ces déclarations permet d'apporter les actions correctives immédiates. L'identitovigilant et la cellule d'identitovigilance assurent la coordination et le suivi des actions correctives.

Référence 15: l'identification du patient

Critère 15.a - Hospitalisation à domicile

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

Cotation		B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient, à toutes les étapes de sa prise en charge, sont définis.	En grande partie		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	
Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	Oui		
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui		
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	En grande partie		

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, audit), et les erreurs sont analysées et corrigées.	En grande partie	

PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

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

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

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

Référence 16: l'accueil du patient

Critère 16.a - Hospitalisation à domicile Dispositif d'accueil du patient

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des modalités d'accueil du patient sont définies, notamment celles de remise du livret d'accueil.	Oui	
L'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Des dispositions sont prises afin d'assurer la prise en charge ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de prise en charge.	Oui	

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

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

Critère 17.a - Court Séjour

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

Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé, et prend en compte l'ensemble de ses besoins.	Oui	
L'organisation des prises en charge, en fonction des objectifs de soins, permet aux patients hospitalisés sans consentement et aux détenus l'accès aux activités thérapeutiques.	NA	L'établissement n'accueille pas de patients hospitalisés sans consentement ni de détenus.
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 personnalisé est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).	Oui	

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

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

Critère 17.a - Hospitalisation à domicile

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

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé, et prend en compte l'ensemble de ses besoins.	Oui	
L'organisation des prises en charge, en fonction des objectifs de soins, permet aux patients hospitalisés sans consentement et aux détenus l'accès aux activités thérapeutiques.	NA	L'établissement n'accueille pas de patients hospitalisés sans consentement ni de détenus.
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 personnalisé est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).	Oui	

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

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

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

Critère 18.a - Court Séjour

Continuité et coordination de la prise en charge des patients

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 pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	Oui	

Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur, lorsque l'état du patient le nécessite.	En grande partie	
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.a - Hospitalisation à domicile
 Continuité et coordination de la prise en charge des patients



Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et d'astreintes sont définis, afin d'assurer la permanence des soins 24 h/24.	Oui	L'HAD dispose d'une procédure de fonctionnement des astreintes précisant les modalités de gestion des urgences, des problèmes médicaux et des médicaments. Cette procédure définit les règles de présence et l'organisation du système d'astreintes. Il existe un numéro de téléphone unique communiqué au patient qui permet de joindre une infirmière coordonnatrice de l'HAD d'astreinte 24 h/24 tous les jours de la semaine. L'infirmière peut se déplacer, si nécessaire, au domicile du patient ou joindre un médecin. Le médecin traitant est contacté en première intention, en dehors de ses horaires de présence, l'infirmière contacte le médecin de garde de l'Association Médicale d'Urgence de l'Agglomération Clermontoise (AMUAC). Si le patient habite en dehors du secteur couvert par l'AMUAC, l'infirmière s'adresse au médecin du SAMU. Dans tous les cas, l'infirmière a la possibilité de transmettre par fax des éléments du dossier du patient tels que le résumé médical et la fiche de liaison.

Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes associées aux différents modes de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, temps plein) et avec les partenaires extérieurs.	Oui	L'HAD a défini des mécanismes de coordination pour assurer le relais entre les équipes. La visite d'entrée se fait en présence systématique de l'infirmière coordonnatrice, du médecin traitant, de l'infirmière libérale et d'autres acteurs selon le cas (kinésithérapeute, assistante sociale...) Des visites de suivi sont organisées chaque semaine avec l'infirmière coordonnatrice et le médecin traitant au domicile du patient. Le médecin coordonnateur transmet au médecin traitant ou hospitalier les documents nécessaires à la prise en charge du patient au moment de sa sortie.
Des modalités de transmission d'informations, entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs, sont définies.	Oui	Il existe une organisation de la transmission d'informations entre les intervenants extérieurs. Le dossier du patient comporte une partie consacrée aux transmissions entre infirmière coordonnatrice, médecin traitant et autres professionnels. Les informations du « dossier domicile » sont intégrées dans le « dossier structure » et le « dossier médical informatisé » du patient.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les secteurs d'activité collaborent pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	Oui	La prise en charge multidisciplinaire du patient est effective par la mise en place d'outils de collaboration tels que le dossier du patient, les courriers, la fiche de liaison, le résumé médical... L'infirmière coordonnatrice est aussi amenée à accompagner un patient lors d'une consultation externe.
Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur, lorsque l'état du patient le nécessite.	Oui	Les compétences internes sont identifiées avec des IDE référentes (pour les plaies, la nutrition et les soins palliatifs) et les médecins néphrologues de l'AURA. Par ailleurs, il existe de nombreuses conventions avec les centres hospitaliers et les spécialistes de la région.

Un ou des professionnels référents sont désignés pour la prise en charge du patient.	Oui	L'infirmière chargée de l'évaluation initiale du patient fait la synthèse de sa prise en charge avec l'infirmière référente qui suivra le patient tout au long de son hospitalisation à domicile. Le patient et son entourage sont informés de cette organisation.
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	La gestion des risques a posteriori dans le domaine de la continuité des soins est en place. Les signalements se font avec la même procédure et le même support que les secteurs de dialyse. Les événements indésirables sont traités et donnent lieu à des actions d'amélioration.

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	A	
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 œuvre.	Oui	

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

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

La formation des professionnels à l'utilisation de ce matériel et aux premiers gestes de secours est assurée.	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 des urgences vitales est évaluée à périodicité définie, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Partiellement	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes âgées

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

Cotation		
	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.	Oui	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Enfants et adolescents

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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 - 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.	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.	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 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.	Oui	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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



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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.b - Hospitalisation à domicile 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	

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.c - 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.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement assure la coordination des différents professionnels autour de la prise en charge de ces patients.	Oui	
Les professionnels sont formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire.	Partiellement	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Oui	
Tout suicide ou tentative de suicide, intervenant dans le temps de la prise en charge, fait l'objet d'une analyse pluriprofessionnelle, en particulier psychiatrique, et formalisée.	En grande partie	Tout refus ou non présence à une séance de dialyse fait l'objet d'une analyse pluriprofessionnelle interne intégrant une psychologue. Cette analyse n'est pas formalisée.
Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient.	Non	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.c - Hospitalisation à domicile 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.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement assure la coordination des différents professionnels autour de la prise en charge de ces patients.	Oui	
Les professionnels sont formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire.	Partiellement	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Oui	
Tout suicide ou tentative de suicide, intervenant dans le temps de la prise en charge, fait l'objet d'une analyse pluriprofessionnelle, en particulier psychiatrique, et formalisée.	En grande partie	Si un patient présente un risque suicidaire au cours de sa prise en charge, sa situation est analysée en réunion pluriprofessionnelle où une décision de consultation ou d'orientation peut être prise en accord avec le médecin traitant. Une convention de partenariat avec des psychologues vient d'être signée par l'établissement ; sa mise en oeuvre est prévue début 2012.
Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient.	Non	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.d Hospitalisation sans consentement

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

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

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

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation

B

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.

En grande partie

Des objectifs généraux d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et d'informatisation du circuit sont retrouvés dans le projet associatif 2007-2011. L'établissement est engagé dans une démarche d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse par la signature du CBUM. Le programme qualité et sécurité comprend des actions d'amélioration du circuit assorties d'indicateurs de suivi. Un contrat de bon usage est formalisé avec l'ARS et fait l'objet de rapports d'étape périodiques. Une organisation est en place pour assurer la formation des nouveaux professionnels et l'analyse des erreurs médicamenteuses. Cependant, on ne retrouve pas de politique formalisée de prévention des risques associés à chaque étape de la prise en charge médicamenteuse.

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

En grande partie

L'informatisation du circuit du médicament est une priorité de l'établissement retrouvée dans le schéma directeur de l'information du projet associatif 2007-2011. La planification du déploiement complet du projet avec des échéances précises n'est pas formalisée.

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	Le livret thérapeutique est en place. Des outils d'aide à la prescription et à l'analyse pharmaceutique sont rédigés : protocoles de prescription de l'érythropoïétine ou des antibiotiques par exemple. Ces documents sont actualisés, validés et accessibles aux professionnels.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	En grande partie	Tout nouvel IDE intervenant dans l'établissement, à titre définitif ou temporaire, bénéficie d'un tutorat pendant une durée de six semaines. Ce temps est l'occasion d'actions de formation et de sensibilisation au bon usage des médicaments. L'établissement vient de valider l'identification d'IDE correspondants "circuit du médicament" dans les unités de soins. On ne retrouve pas de programme de formation structuré sur la prévention des erreurs médicamenteuses.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prescription est en place dans toutes les unités de soins.
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	Différents indicateurs de suivi quantitatifs et qualitatifs sont en place dans le cadre du CBUM. Un suivi de l'utilisation de certains médicaments (érythropoïétine, fer, ou antibiotiques par exemple) est présenté en COMEDIMS. Par ailleurs, les indicateurs de pratique clinique COMPAQH participent également à l'évaluation.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Le dispositif de recueil des erreurs médicamenteuses repose sur les fiches de signalement des événements indésirables dont l'analyse est coordonnée par l'animateur qualité.

Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs avec rétro-information des professionnels.	Oui	Les différentes évaluations internes ou externes donnent lieu à des plans d'actions d'amélioration coordonnées et suivies dans le cadre du programme qualité.
---	-----	---

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a - Hospitalisation à domicile
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

C

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.

En grande partie

Des objectifs généraux d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et d'informatisation du circuit sont retrouvés dans le projet associatif 2007-2011. L'activité d'HAD a débuté en décembre 2009, après la rédaction de ce document. Le programme qualité et sécurité comprend des actions d'amélioration du circuit assorties d'indicateurs de suivi. Un contrat de bon usage est formalisé avec l'ARS et fait l'objet de rapports d'étape périodiques. Une organisation est en place pour assurer l'analyse des erreurs médicamenteuses. Cependant, on ne retrouve pas de politique formalisée de prévention des risques associés à chaque étape de la prise en charge médicamenteuse.

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

Partiellement

L'activité d'HAD a commencé après la rédaction du projet du système d'information et n'est donc pas intégrée au schéma directeur du système d'information. Le dossier informatisé des patients en HAD comprend quelques éléments de la prise en charge médicamenteuse : une copie numérisée de la prescription et la traçabilité de l'administration dans le plan de soins par exemple.

	Partiellement	L'informatisation complète du circuit n'est pas planifiée à ce jour. Un projet de GCS PUI (Pharmacie à Usage Interne) est en cours de formalisation avec d'autres établissements de santé du secteur. Sa mise en oeuvre programmée en 2012 prévoit la définition d'un schéma directeur du 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	Le livret thérapeutique est en place. Des outils d'aide à la prescription et à l'analyse pharmaceutique sont rédigés pour les stupéfiants ou les antifongiques par exemple. Ces documents sont actualisés, validés et accessibles aux professionnels.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	En grande partie	Des actions d'information et de sensibilisation sont menées par le pharmacien auprès des IDE libérales concernant les modalités d'administration de certains médicaments, et auprès des IDE coordinatrices pour la vérification des piluliers. L'établissement vient de valider l'identification d'IDE correspondants "circuit du médicament". On ne retrouve pas de programme de formation structuré sur la prévention des erreurs médicamenteuses.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Partiellement	A ce jour, la prescription n'est pas informatisée. Les ordonnances papier des praticiens libéraux sont numérisées et conservées dans le dossier informatisé.
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	Différents indicateurs de suivi quantitatifs et qualitatifs sont en place dans le cadre du CBUM. Un suivi des dépenses de médicaments est assuré. Par ailleurs, en 2011, l'établissement a commencé en HAD le recueil de l'indicateur "Tenue du dossier patient" du programme IPAQSS qui comprend des items sur la traçabilité de l'organisation et de la prescription du traitement médicamenteux à l'admission.

	Oui	
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Le dispositif de recueil des erreurs médicamenteuses repose sur les fiches de signalement des événements indésirables dont l'analyse est coordonnée par l'animateur qualité.
Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs avec rétro-information des professionnels.	Oui	Les différentes évaluations donnent lieu à des plans d'actions d'amélioration coordonnées et suivies dans le cadre du programme qualité.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.	Oui	Les règles de prescription sont définies, y compris pour les médicaments à risque. Les prescriptions sont assurées sur le logiciel selon des règles de bonnes pratiques. L'administration est tracée sur un support papier édité à partir du logiciel de prescription et comportant les éléments de la séance de dialyse et les prescriptions médicamenteuses.
La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.	Oui	Les traitements médicamenteux administrés au sein des unités de dialyse sont limités à quelques molécules. L'ensemble du traitement habituel du patient en dehors des séances de dialyse est prescrit par le néphrologue sur le dossier informatisé. L'ordonnance est éditée et remise au patient qui se procure son traitement en officine de ville.
Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont définies.	Oui	Des procédures sont rédigées pour les différentes étapes du circuit : analyse pharmaceutique du traitement, délivrance nominative, réponse aux besoins urgents, transport sécurisé des médicaments et DMS de la PUI (Pharmacie à Usage Interne) vers les différentes unités par un agent de l'établissement, gestion des demandes urgentes et des

	Oui	stocks de la PUI.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Partiellement	Des procédures concernant l'administration du médicament sont validées et diffusées aux professionnels. Il a été noté pendant la visite de certification sur certains sites (Chamalières ou Clermont-Ferrand par exemple), des conditions de rangement des médicaments et des dispositifs médicaux stériles non standardisées, et des armoires à pharmacie ou des locaux de stockage des DMS non adaptés au respect des règles d'étiquetage, et exposant à des risques de confusion entre les produits. L'établissement a réagi aux remarques des experts-visiteurs sur ces points et a, en cours de visite, revu le rangement et l'étiquetage des médicaments et DMS. Par ailleurs, le groupe de travail circuit du médicament a identifié sur chaque service de soins des IDE correspondants "circuit du médicament" ayant pour mission la mise en oeuvre des bonnes pratiques de gestion des médicaments.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	L'utilisation du dossier informatisé pour la prescription permet le respect des règles. Les modalités de prescription des médicaments injectables sont définies.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	En grande partie	L'analyse pharmaceutique du traitement du patient est assuré par le pharmacien pour toutes les prescriptions. Il n'a pas à ce jour accès aux données biologiques pour cette analyse. La délivrance est nominative.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	

Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Oui	Les patients dialysés chroniques pris en charge par l'établissement bénéficient d'une information structurée et tracée dans le dossier. Des actions d'éducation thérapeutique sont en place.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité est assurée par l'IDE, en temps réel, sur la fiche de la séance de dialyse éditée à partir du dossier informatisé.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Des audits du dossier patient sont menés régulièrement dans le cadre du projet COMPAQH et permettent d'évaluer les prescriptions médicales de dialyse et la surveillance des traitements par agents stimulant l'érythropoïèse. Des audits de dossier mesurent la traçabilité de l'administration.
Des actions, visant le bon usage des médicaments, sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Les rapports d'étape du CBUM et les audits donnent lieu à des plans d'actions d'amélioration intégrées au programme qualité. Leur suivi est assuré.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a bis - Hospitalisation à domicile
Prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation		C
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.	En grande partie	Les règles de prescription sont définies, y compris pour les médicaments à risque. Les prescriptions sont assurées par les praticiens libéraux sur des ordonnances papier qui sont ensuite numérisées et intégrées au dossier patient informatisé de l'HAD. Un support de prescription permettant le recueil de la traçabilité de l'administration a été élaboré par l'établissement. A ce jour, ce support unique n'est pas utilisé par les prescripteurs libéraux. La traçabilité de l'administration par les IDE libérales est prévue sur le diagramme de soins.
La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.	Oui	L'établissement organise la prise en charge de l'ensemble du traitement médicamenteux du patient, du début à la fin de la prise en charge. Une procédure concernant le traitement personnel est en place. Les ordonnances de sortie tiennent compte du traitement complet du patient.

Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont définies.	En grande partie	Des procédures sont rédigées pour les différentes étapes du circuit : analyse pharmaceutique du traitement, délivrance nominative, réponse aux besoins urgents, transport des médicaments de la PUI vers les domiciles des patients par un agent de l'établissement, gestion des demandes urgentes en collaboration avec les officines de ville, information des professionnels et des patients. Les modalités de respect de la chaîne du froid lors du transport de certains médicaments ne sont pas formalisées.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	En grande partie	La procédure de gestion des médicaments en HAD formalise les règles d'administration sur un support unique de prescription/administration qui n'est pas utilisé à ce jour par les professionnels libéraux qui interviennent au domicile du patient. La procédure n'a pas été actualisée. Les médicaments sont rangés dans une armoire installée au domicile du patient par l'HAD. Un pilulier est préparé chaque semaine par l'IDE libérale et vérifié par l'équipe de soins de l'HAD. Selon le médicament et la situation du patient, l'administration peut être assurée par le patient lui-même, par son entourage, par l'IDE libérale ou l'équipe de soins de l'HAD. Les modalités d'administration sont précisées dans le dossier laissé au domicile.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	Les prescriptions sont établies au domicile des patients par les médecins libéraux sur des ordonnances papier. Elles sont ensuite numérisées et conservées dans le dossier informatisé de l'HAD pour l'analyse pharmaceutique et la dispensation.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	L'analyse pharmaceutique du traitement du patient est assurée par le pharmacien de la PUI pour toutes les prescriptions. Dans le cadre du recours aux officines de ville, c'est le pharmacien de ville qui assure cette analyse. La délivrance est nominative.

Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	Pour certains traitements, antalgiques par exemple, les patients bénéficient d'une information structurée et diffusée sur des supports papier spécifiques. L'information est tracée.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Partiellement	La traçabilité de l'administration par l'IDE est prévue dans le diagramme et le plan de soins. Cette traçabilité a été évaluée par un audit sur 20 dossiers reprenant la méthodologie IPAQSS ; l'item "trace de la gestion de la préparation et de l'administration du médicament" de l'indicateur "Tenue du dossier patient" a une valeur de 42 %. Elle n'a pas été retrouvée dans les dossiers observés lors de la visite de certification.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	En 2011, l'établissement a mené un audit sur 20 dossiers. Le CBUM fait l'objet de rapports périodiques.
Des actions, visant le bon usage des médicaments, sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	En grande partie	Des actions d'amélioration sont engagées, mais le bilan de leur mise en œuvre n'est pas diffusé aux professionnels concernés, notamment les libéraux.

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		
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.	Partiellement	Une réflexion est engagée ; elle n'a pas donné lieu à ce jour à une politique formalisée.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des données de référence permettant une prescription conforme sont mises à disposition des professionnels.	Oui	
Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.b - Hospitalisation à domicile Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

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

Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement dispose d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, en vue notamment de réduire la morbi-mortalité évitable.	Non	L'activité de HAD a débuté en décembre 2009. L'établissement n'a pas à ce jour formalisé de politique de prescription médicamenteuse chez le sujet âgé.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des données de référence permettant une prescription conforme sont mises à disposition des professionnels.	Oui	
Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	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.a - Hospitalisation à domicile

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

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

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

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

Critère 21.b Démarche qualité en laboratoire de biologie médicale

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

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

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

Critère 22.a - 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).	Oui	
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen d'imagerie médicale.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à disposition des professionnels.	Oui	
Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	Oui	

L'établissement coordonne la réalisation des examens prescrits par le médecin traitant ou hospitalier.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	
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.a - Hospitalisation à domicile 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).	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen d'imagerie médicale.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à disposition des professionnels.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

L'établissement coordonne la réalisation des examens prescrits par le médecin traitant ou hospitalier.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	
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		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les secteurs développent un système d'assurance de la qualité.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les examens sont réalisés dans le respect des bonnes pratiques.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'évaluation sont menées, et s'inscrivent dans le programme d'amélioration de la qualité en imagerie.	NA	

Référence 23: l'éducation thérapeutique à destination du patient et de son entourage**Critère 23.a - Court Séjour
Education thérapeutique du patient**

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

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

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

Critère 23.a - Hospitalisation à domicile Education thérapeutique du patient

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'offre de programmes d'éducation thérapeutique, au sein de l'établissement et au sein du territoire de santé, est identifiée.	Oui	
Les maladies ou situations nécessitant l'élaboration d'une démarche structurée d'éducation thérapeutique du patient (ETP), intégrée à sa prise en charge, sont identifiées.	Oui	
Une coordination avec les professionnels extrahospitaliers et les réseaux est organisée.	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 œuvre ; si l'établissement de santé ne met pas en œuvre de programme autorisé, il lui est demandé de	Oui	

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

Référence 24: La sortie du patient

Critère 24.a - Court Séjour
Sortie du patient



Cotation

A

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.	Oui	
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.	Oui	
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

Référence 24: La sortie du patient

Critère 24.a - Hospitalisation à domicile
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	
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.	Oui	
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Non	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	

PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

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

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



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

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

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

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.a Organisation du bloc opératoire



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

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

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

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

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



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

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

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

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



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

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

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

Critère 26.b - Endoscopie

Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur



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

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

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.c

Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique

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

Cotation	A	
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.	Oui	
Dans les établissements autorisés, les bonnes pratiques de prélèvement sont mises en oeuvre.	NA	L'établissement n'a pas d'activité de prélèvement.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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.	Non	

PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.a

Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles



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

L'engagement des professionnels est effectif.	Oui	
Des actions de communication, relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats, sont mises en œuvre.	En grande partie	
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.	Oui	
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique évaluent l'organisation mise en place, afin de favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP.	Partiellement	

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles**Critère 28.b
Pertinence des soins**

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

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

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

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



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

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

6.INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Les indicateurs généralisés actuellement recueillis

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

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

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

Éléments de lecture du tableau

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

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

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

Remarque :

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

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

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	
Prévention des risques liés à l'inhalation de poussière d'amiante	SOCOTEC	06/01/2009	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contrôle effectué sur le site de Chamalières (n° Finess 630784742)

UNITE D'AUTODIALYSE AMBERT 630007698

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	
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input type="checkbox"/>	Commission de sécurité	04/03/2008	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

UNITE D'AUTODIALYSE DE BRIOUDE 430004309

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	
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input type="checkbox"/>	Commission de sécurité	24/03/2010	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

UNITE D'AUTODIALYSE et de DIALYSE MEDICALISEE DE CHAMALIERES 630784742

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	
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input type="checkbox"/>	Commission de sécurité	17/03/2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prescriptions levées et réponse adressée le 25/06/09

UNITE D'AUTODIALYSE DE DECIZE 580004638

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	
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input type="checkbox"/>	Commission de sécurité	Il n'y a jamais eu à ce jour de passage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unité située dans un bâtiment résidentiel. L'activité de cette unité à été reprise au 01/01/2010 : les anciens gestionnaires(AURA Paris, Sphéria) n'ont pas réalisés les démarches. Formalités en cours avec le service d'urbanisme de la ville

HOSPITALISATION A DOMICILE (SITE DU ZENITH A COURNON) 630010528

Visite de conformité réalisée le 10/11/2009, autorisation de fonctionner jusqu'au 10 novembre 2014.

UNITE D'AUTODIALYSE D'ISSOIRE 630007748

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	
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input type="checkbox"/>	Commission de sécurité	07/02/2007	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Travaux de réaménagement de l'unité en 2011

UNITE D'AUTODIALYSE DU MONT-DORE 630007789

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	
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input type="checkbox"/>	Commission de sécurité	23/06/2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arrêté municipal de prorogation d'autorisation d'exploiter l'hôpital du 09/09/2009. La principale non-conformité (installation d'un escalier de secours facade sud) doit être levée au printemps 2011

UNITE D'AUTODIALYSE DU PUY 430004358

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	
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite <input type="checkbox"/> périodique	Commission de sécurité	03/02/2011	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

UNITE D'AUTODIALYSE DE MONTLUCON 030003669

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	
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite <input type="checkbox"/> périodique	Commission de sécurité	27/05/2010	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

UNITE D'AUTODIALYSE DE MOULINS 030003719

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	
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input type="checkbox"/>	Commission de sécurité	09/10/2009	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Travaux prévus en 2011

UNITE D'AUTODIALYSE DE NEVERS 580004588

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	
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input checked="" type="checkbox"/>	Commission de sécurité	28/05/2003	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

CENTRE HEMODIALYSE AMBULATOIRE ARCH (REPUBLIQUE) 630005668

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	
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input type="checkbox"/>	Commission de sécurité	19/10/2009	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

UNITE D'AUTODIALYSE DE RIOM 630007839

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	
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input type="checkbox"/>	Commission de sécurité	14/05/2009	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

UNITE D'AUTODIALYSE DE SAINT-FLOUR 150001758

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	
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input type="checkbox"/>	Commission de sécurité	08/12/2008	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

UNITE D'AUTODIALYSE DE THIERS 630007888

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	
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input type="checkbox"/>	Commission de sécurité	07/10/2010	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

UNITE D'AUTODIALYSE DE VICHY 030003768

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	
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input checked="" type="checkbox"/>	Commission de sécurité	30/08/2006	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

UNITE D'AUTODIALYSE D'YSSINGEAUX 430004408

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	
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input type="checkbox"/>	Commission de sécurité	20/10/2008	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	