



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

A thick, dark blue curved line that spans across the width of the page, starting from the left edge and ending at the right edge, curving downwards in the center.

RAPPORT DE CERTIFICATION V2010

SANTE SERVICE LIMOUSIN - HAD

20 rue de la perdrix - 87000 - Limoges

OCTOBRE 2013

MAJ - 02/2014

SOMMAIRE

1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	3
2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	6
1. Les décisions par critères du manuel	7
2.Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	8
3.Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	9
4.Suivi de la décision	10
3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	11
CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	12
PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE	13
PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES	36
PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS	78
CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT	103
PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS	104
PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT	127
PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT	134
PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES	181
PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	195
SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	202
ANNEXES SUITE A MODALITE(S) de SUIVI : Fiche de suivi ayant fait l'objet d'une analyse par la HAS dans le cadre de la modalité de suivi	204
ANNEXES SUITE A MODALITE(S) de SUIVI : Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine procédure de certification	212

1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

SANTE SERVICE LIMOUSIN - HAD

Adresse : 20 rue de la perdrix
87000 Limoges HAUTE-VIENNE

Statut : Privé

Type d'établissement : Etablissement privé à but lucratif

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Court séjour	0	0	0
Hospitalisation à domicile	0	60	0

Nombre de sites.:	<ul style="list-style-type: none"> - un siège à Limoges, - une antenne à Saint-Junien, - une antenne à Bellac, - une antenne à Saint-Léonard de Noblat
Activités principales.:	Hospitalisation à domicile Etablissement privé à but non lucratif
Activités de soins soumises à autorisation.:	Hospitalisation à domicile
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	Aucun secteur concernant l'HAD ne fait l'objet d'une reconnaissance externe. Au sein de l'association, il existe un service de soins infirmiers à domicile faisant l'objet d'une évaluation externe.

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	<ul style="list-style-type: none"> - Conventions avec les EHPAD, - Conventions avec hôpitaux et cliniques, - Convention de partenariat avec la PUI de l'hôpital de Limoges pour la préparation de traitements anticancéreux injectables en HAD. - Conventions avec d'autres structures non établissement de santé (ex. : GCS Epsilim, Centre 15, différents réseaux, instituts de formation...).
Regroupement/Fusion.:	/
Arrêt et fermeture d'activité.:	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	- Participation au projet régional d'externalisation des chimiothérapies injectables à domicile pour les hémopathies malignes. Prise en charge de patients sous chimiothérapies en HAD à compter de septembre 2011.

- Partenariat avec le centre hospitalier Esquirol pour la prise en charge de patient psychiatrique en HAD. Il s'agit d'une expérimentation validée par l'ARS du Limousin.

2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, du bilan des sécurités sanitaires et de la participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé, la Haute Autorité de Santé prononce une certification avec réserves.

1. Les décisions par critères du manuel

RESERVE(S)

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

RECOMMANDATION(S)

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

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, l'ensemble des contrôles et inspections a été réalisé; l'établissement est organisé et déploie des actions pour répondre aux recommandations et avis issus de ces contrôles et inspections.

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

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

4.Suvi de la décision

L'établissement a du fournir à la Haute Autorité de santé dans un délai de 3 mois un (des) plan(s) d'action avec échéancier pour les réserves maintenues et recommandations émises ou non levées suite à sa première modalité de suivi (visite de suivi).

3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.b Engagement dans le développement durable

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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.

En grande partie

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

En grande partie

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.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le programme pluriannuel fait l'objet d'un suivi et de réajustements réguliers.	Partiellement	

Référence 1: La stratégie de l'établissement		
Critère 1.c Démarche éthique		
Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels ont accès à des ressources (structures de réflexion ou d'aide à la décision, internes ou externes à l'établissement, documentation, formations, etc.) en matière d'éthique.	En grande partie	
Les projets de l'établissement prennent en compte la dimension éthique de la prise en charge.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels de l'établissement de santé sont sensibilisés à la réflexion éthique.	En grande partie	
Les questions éthiques se posant au sein de l'établissement sont traitées.	En grande partie	

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement		
Critère 1.d Politique des droits des patients		
Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement.	En grande partie	
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.	En grande partie	
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.	En grande partie	
---	------------------	--

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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



Cotation

C

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.

En grande partie

La stratégie de développement de l'EPP est inscrite dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. L'évaluation des pratiques professionnelles a été initialement envisagée avec les professionnels de santé libéraux mais la faible implication des professionnels a bloqué cette dynamique. Actuellement, l'établissement relance activement sa politique.

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

En grande partie

La conception et la gestion de la stratégie de l'EPP sont réalisées par les professionnels de santé. La phase de concertation et d'adaptation dans l'établissement est basée sur le retour d'expérience des soignants.

Les missions et les responsabilités sont définies afin d'organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médico-technique.

Oui

Les missions et les responsabilités sont définies dans la stratégie de développement de l'EPP. L'organisation, la coordination, l'accompagnement, le suivi des démarches et de l'engagement des professionnels sont identifiés.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en œuvre de l'EPP.	Oui	La responsable Qualité et Gestion des Risques, le médecin directeur et le médecin coordonnateur assurent l'accompagnement des professionnels pour la mise en oeuvre de l'EPP.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	Partiellement	L'établissement a élaboré un suivi de tableau de bord des EPP mais ne mesure pas l'impact de ses démarches de façon régulière.
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 l'établissement en matière de développement de l'EPP par une communication à travers le bulletin interne et les comptes-rendus de réunion.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	L'évolution des démarches EPP est intégré dans le bilan annuel de la responsable qualité gestion des risques. Ce bilan est présenté annuellement aux instances.
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	Partiellement	La stratégie de développement de l'EPP n'est pas révisée à ce jour à périodicité définie.

Référence 1: La stratégie de l'établissement		
Critère 1.g Développement d'une culture qualité et sécurité		
Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement a défini une stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins.	En grande partie	
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.).	En grande partie	
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

B

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.

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

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

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

Cotation

A

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.	En grande partie	

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

Critère 2.c Fonctionnement des instances

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les instances consultatives et délibérantes sont réunies à périodicité définie, et saisies sur toutes les questions qui relèvent de leurs compétences.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les ordres du jour et procès-verbaux des instances sont communiqués au sein de l'établissement.

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.).	En grande partie	
---	------------------	--

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

Critère 2.d Dialogue social et implication des personnels

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La concertation avec les partenaires sociaux est organisée.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des actions, favorisant l'implication et l'expression du personnel, sont mises en œuvre au sein des secteurs d'activité.

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

Le dialogue social est évalué à périodicité définie.

En grande partie

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

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les tableaux de bord comprennent des indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés à la conduite du projet d'établissement.

Oui

L'établissement a défini une stratégie de communication des résultats des indicateurs et des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les tableaux de bord sont examinés au sein des instances et réunions de Direction de l'établissement et des secteurs d'activité.

Oui

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.

En grande partie

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

PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.a Management des emplois et des compétences

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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

En grande partie

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

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'évaluation périodique du personnel est mise en œuvre.	En grande partie	
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.	Partiellement	

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants

Cotation

B

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.

Partiellement

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.c Santé et sécurité au travail

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les risques professionnels sont identifiés à périodicité définie.

Oui

Le document unique est établi.

Oui

Un plan d'amélioration des conditions de travail est défini.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des actions de prévention des risques sont mises en oeuvre en collaboration avec le CHSCT et le service de santé au travail.

Oui

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

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.a Gestion budgétaire

Cotation

B

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.

En grande partie

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.

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

Les résultats des études ou des audits donnent lieu à la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.

Oui

Référence 5: Le système d'information		
Critère 5.a Systeme d'information		
Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un schéma directeur du système d'information est défini, en cohérence avec les orientations stratégiques, et en prenant en compte les besoins des utilisateurs.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le système d'information facilite l'accès en temps utile à des informations valides.	En grande partie	
Le système d'information aide les professionnels dans leur processus de décision.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.b Sécurité du système d'information

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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.

En grande partie

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.c Gestion documentaire

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un dispositif de gestion documentaire est en place.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le dispositif est connu des professionnels.

Oui

Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent.

Oui

Le système de mise à jour des documents est opérationnel.

En grande partie

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.a Sécurité des biens et des personnes

Cotation

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

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

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La maintenance curative des équipements et des infrastructures est organisée.

NA

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

L'établissement dispose d'un programme de maintenance.

NA

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

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.

NA

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

Le dépannage d'urgence des équipements et des infrastructures est opérationnel.

NA

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le programme de maintenance est évalué et révisé à périodicité définie.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Il existe une organisation permettant, dès l'admission du patient, de recueillir ses préférences alimentaires.

NA

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

Les attentes des professionnels en matière de restauration sont recueillies.

NA

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

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les préférences des patients sont prises en compte.

NA

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

Des solutions de restauration sont proposées aux accompagnants.

NA

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

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

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

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Le circuit du linge est défini.

NA

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

Les besoins par secteur sont quantifiés, et incluent les demandes en urgence.

NA

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

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

La gestion du linge assure le respect des règles d'hygiène.

NA

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

Les approvisionnements correspondent aux besoins des secteurs.

NA

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

Des contrôles bactériologiques et visuels du linge sont réalisés.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.e Fonction transport des patients

Cotation

B

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.	Non	
--	-----	--

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.f Achats écoresponsables et approvisionnements

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les besoins des secteurs d'activité sont évalués sur les plans quantitatif et qualitatif, en associant les utilisateurs.

En grande partie

La politique d'achat et de relation avec les fournisseurs prend en compte les principes applicables à un achat éco-responsable.

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les secteurs d'activité utilisateurs sont approvisionnés à périodicité définie et en cas d'urgence.

Oui

L'établissement amorce une démarche d'achat éco-responsable pour certains produits ou services.

En grande partie

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.g
Gestion des fonctions logistiques au domicile



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

Cotation

A

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

Il existe un processus permettant la mise à disposition de matériels adaptés au domicile des patients. En amont de l'hospitalisation, l'infirmière enquêtrice détermine les besoins en matériels médicaux et établit un bon de commande. Ces besoins sont réévalués en cours d'hospitalisation par les infirmières coordinatrices qui se rendent à intervalles réguliers aux domiciles des patients. L'établissement a sous-traité une partie de la mise à disposition de matériels et dispositifs médicaux à des prestataires extérieurs (sociétés spécialisées, officines de villes). Des conventions ont été établies avec les prestataires extérieurs qui déterminent précisément les modalités d'intervention. Les sociétés autres que les officines de villes sont agréées et certifiées ISO 9001.

En cas de rupture d'un produit, des solutions de substitution sont prévues.

Oui

L'établissement a établi une procédure interne de substitution en cas de rupture de produit. Les infirmières coordinatrices d'astreinte ont accès au stock de la structure. D'autre part, les conventions signées avec les prestataires extérieurs déterminent les modalités en cas de rupture de stock.

Les modalités de transport des différents matériels et médicaments sont formalisées.	Oui	Les modalités de transport des différents matériels et dispositifs médicaux sont définies. Ces modalités sont définies pour les livraisons effectuées en interne. Pour les transports effectués par des prestataires externes, les modalités sont définies dans les conventions. Les procédures et les conventions stipulent les règles d'hygiène, les principes de respect de la chaîne du froid pour les dispositifs et produits sensibles (chimiothérapies, oxygène...).
En cas de prestation extérieure, une convention de collaboration est formalisée.	Oui	L'établissement a établi des conventions de collaboration avec tous ses 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 conventions signées avec les prestataires extérieurs stipulent l'organisation des services d'astreinte et de maintenance 24 h/24 et 7 j/7 pour les dispositifs majeurs. Les infirmières coordinatrices ainsi que le médecin coordonnateur qui assurent les astreintes disposent de l'ensemble des numéros de téléphone d'astreinte des prestataires.
Pour les patients à haut risque vital, l'HAD s'assure de leur signalement à « Electricité Réseau Distribution France ».	Oui	En cas de prise en charge de patients à haut risque vital, l'établissement le signale aux services de la préfecture et en informe ERDF. Des groupes électrogènes sont disponibles en cas de rupture d'électricité ainsi que des postes d'oxygène de sécurité. En cas de difficultés liées à des incidents météorologiques, les services départementaux assurent la priorité de passage aux équipes de l'HAD.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le matériel délivré est conforme à la commande, et adapté à la prise en charge.	Oui	Les infirmières coordinatrices s'assurent tout au long du séjour de la conformité des matériels livrés à domicile.

L'approvisionnement en urgence du patient est assuré.	Oui	L'établissement a établi une procédure interne permettant des livraisons en urgence. Les infirmières coordinatrices d'astreinte ont accès au stock de la structure. D'autre part, les conventions signées avec les prestataires extérieurs déterminent les modalités de livraison en cas d'urgence.
L'établissement s'assure que les locaux de stockage sont adaptés et entretenus, conformément à la réglementation.	Oui	En interne, l'établissement dispose d'un magasin répondant aux normes en vigueur. Des zones sont définies : zone de livraison, zone de stockage, modalités de stockage. La marche en avant est respectée. Les prestataires extérieurs sont soit agréés soit certifiés ISO 9001. Au domicile du patient, les pharmaciens assurent eux-mêmes les livraisons de médicaments et vérifient les modalités de stockage et les dates de péremption lors des livraisons.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les différents processus logistiques (internes ou externes) sont évalués, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	En grande partie	A ce jour, l'établissement n'évalue pas son processus logistique interne. Les processus logistiques externes sont évalués par les prestataires externes eux-mêmes de par leur certification ISO. En interne, les actions correctrices et les actions d'amélioration sont déterminées à partir des déclarations d'événements indésirables, réalisées par les professionnels soignants et les infirmières coordinatrices.
La maintenance 24 h/24 et 7 j/7 est évaluée.	Partiellement	A ce jour, l'établissement n'évalue pas la maintenance 24 h/24 et 7 j/7. Les processus logistiques externes sont évalués par les prestataires externes eux-mêmes de par leur certification ISO. En interne, les actions correctrices et les actions d'amélioration sont déterminées à partir des déclarations d'événements indésirables, réalisées par les professionnels soignants et les infirmières coordinatrices.
La satisfaction du patient relative aux fonctions logistiques à son domicile est évaluée à périodicité définie, et conduit à des actions d'amélioration.	Oui	Les patients disposent d'une fiche d'évaluation de la satisfaction insérée dans le dossier chevet. Cette fiche comprend un certain nombre d'items concernant la logistique. Les patients peuvent renseigner cette fiche en

	Oui	<p>cours ou en fin d'hospitalisation. D'autre part, l'établissement a instauré une enquête de satisfaction annuelle. Cette enquête comprend un ensemble de questions qui concernent les fonctions logistiques à domicile.</p> <p>La responsable assurance qualité coordonne et analyse les résultats de l'enquête et les questionnaires de satisfaction.</p>
<p>La satisfaction des intervenants au domicile, en lien avec les fonctions logistiques, est évaluée à périodicité définie, et conduit à des actions d'amélioration.</p>	Partiellement	<p>La satisfaction des intervenants au domicile n'est pas évaluée en ce qui concerne les prestations logistiques. Toutefois, quelques actions d'amélioration sont réalisées sur la base de dysfonctionnements signalés.</p>

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

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

NA

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

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

NA

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

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Un plan de maintenance préventive et curative des installations, élaboré avec l'EOH ou le CLIN (ou équivalent), est mis en oeuvre.

NA

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

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

NA

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

Un suivi des postes de consommation d'eau est assuré.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Un suivi des différents types de rejet est assuré.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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

Critère 7.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

NA

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.

NA

Des dispositions sont prévues en cas de travaux.

NA

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.

NA

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

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

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un diagnostic énergétique est réalisé.

NA

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

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

NA

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

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Un plan de maintenance des installations est mis en oeuvre.

NA

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

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

NA

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi périodique est réalisé.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Une réflexion sur l'utilisation des sources d'énergie renouvelable est engagée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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

Critère 7.d Hygiène des locaux

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

Cotation

NA

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.

NA

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

En cas de sous-traitance, un cahier des charges définit les engagements sur la qualité des prestations.

NA

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

Les responsabilités sont identifiées, et les missions sont définies.

NA

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

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des actions de sensibilisation et de formation périodiques sont menées.

NA

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

Les procédures en matière d'hygiène des locaux sont mises en œuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des évaluations à périodicité définie sont organisées avec l'EOH ou la CME.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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

Critère 7.e Gestion des déchets

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

Les procédures de gestion des déchets sont établies.

Oui

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.	Partiellement	
Le patient et son entourage sont informés des risques liés aux déchets d'activités de soins à risques infectieux.	Oui	
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.	Partiellement	
Des actions d'évaluation et d'amélioration relatives à la gestion des déchets sont conduites.	Partiellement	
L'établissement a identifié les filières locales de valorisation possible des déchets.	Oui	

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

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

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est formalisé.

Oui

L'établissement dispose d'un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins depuis 2007. Le dernier programme validé couvre la période 2011-2015, il a été formalisé suite à une auto-évaluation à blanc. Il comprend en annexe un plan d'actions déclinées au niveau des différents secteurs d'activité.

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 d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques est unique pour tout l'établissement. Il repose sur les axes suivants :

- L'écoute client : satisfaction des patients et de leur entourage : Favoriser l'expression des patients et de leur famille, Pérenniser les outils d'écoute, Améliorer l'analyse et la réactivité des actions menées suite à l'écoute patient, Développer l'écoute auprès des prescripteurs et des partenaires ;
- L'écoute salariale : satisfaction des salariés de Santé Service Limousin ;
- La mise en oeuvre d'un système de management de la qualité et gestion des risques : Développer une démarche

	Oui	participative et transversale, Renforcer le rôle de l'encadrement dans la déclinaison de la politique qualité et gestion des risques, Ancrer la participation large des personnels à la démarche ; - Répondre aux démarches d'évaluation externe : certification HAS pour le service d'hospitalisation à domicile, évaluation externe ANESM pour le service médico-social.
Les activités, réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins, sont prises en compte.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Le programme est soumis aux instances.	Oui	Le programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques a été présenté et validé par les instances de l'établissement (conseil d'administration, délégués du personnel, commission des affaires médicales).
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 secteurs d'activité mettent en oeuvre les actions du programme les concernant. Les infirmières coordinatrices sont responsables, en lien avec la RAQ et le médecin coordonnateur, de la déclinaison des actions au domicile des patients.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	Oui	Le suivi des actions est assuré par la RAQ en coordination avec les infirmières coordinatrices et le médecin coordonnateur.
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	Oui	La responsable assurance qualité évalue annuellement dans son bilan "Pôle qualité et gestion des risques" l'efficacité du programme de la qualité et de la sécurité des soins. Cette évaluation est basée sur les indicateurs élaborés au niveau de l'établissement ainsi que sur les indicateurs nationaux.

Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	Oui	En fonction des résultats du bilan, le programme est réajusté annuellement en réunion de direction.
--	-----	---

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

Critère 8.b
Fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins

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

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

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une veille réglementaire est organisée par un responsable identifié.

Non

La Direction établit un plan de priorisation des actions à réaliser à la suite des contrôles internes et externes. Ce plan prend en compte la parution de nouvelles exigences réglementaires.

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

L'établissement met en œuvre les actions consécutives aux recommandations issues des contrôles réglementaires, en fonction du plan de priorisation.

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

La Direction assure un suivi du traitement des non-conformités.	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

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement évalue les risques dans les secteurs d'activité.

Oui

Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des actions de prévention, d'atténuation et de récupération pour les activités de soins à risques sont mises en place.

Oui

Les professionnels concernés sont formés à l'analyse des risques a priori.

Oui

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

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

Critère 8.e
Gestion de crise

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les situations de crise sont identifiées.

Oui

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

Oui

Les plans d'urgence sont établis.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Une cellule de crise est opérationnelle.

En grande partie

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

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

Critère 8.f
Gestion des évènements indésirables



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a formalisé une procédure de gestion des événements indésirables. Les notions de gravité sont définies et hiérarchisées. Le recueil est réalisé à partir d'une FEI (Fiche d'Evénement Indésirable) unique pour tout l'établissement.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

En interne, les professionnels sont sensibilisés à l'utilisation de la FEI, notamment lors des réunions hebdomadaires. En externe, les professionnels libéraux sont sensibilisés par les infirmières coordinatrices lors de la réunion de coordination interprofessionnelle au premier jour de l'hospitalisation.

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

Oui

La responsable assurance qualité et le médecin coordonnateur ont été formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.

L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.	Oui	L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée par la responsable assurance qualité et le médecin coordonnateur en lien avec les infirmières coordinatrices et les professionnels concernés.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions correctives sont mises en œuvre à la suite des analyses.	Oui	Suite aux analyses, des actions correctrices sont mises en oeuvre. Ces actions sont hiérarchisées et coordonnées par la responsable assurance qualité et le médecin coordonnateur.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	Oui	L'analyse des causes profondes des événements indésirables récurrents est réalisée par la responsable assurance qualité et le médecin coordonnateur en lien avec les infirmières coordinatrices et les professionnels concernés.
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	Oui	La responsable assurance qualité assure le suivi des actions correctives et vérifie leur efficacité sur l'ensemble du programme.

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	B	
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.	B	

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

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une organisation pour répondre à des alertes sanitaires descendantes et ascendantes est en place.

Oui

Une coordination, entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et des risques de l'établissement, est organisée.

Oui

Une coordination est organisée entre l'établissement et les structures régionales (ou interrégionales) et nationales de vigilance et de veille sanitaire.

En grande partie

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.	Non	

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

**Critère 8.j
Maîtrise du risque transfusionnel**

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

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

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

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

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement a défini un système de gestion des équipements biomédicaux, comprenant un plan pluriannuel de remplacement et d'investissement.

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 œuvre 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.	NA	
Les patients et leurs familles sont informés de la conduite à tenir en cas de dysfonctionnement (alarme, etc.) des équipements biomédicaux installés au domicile.	Oui	
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
Système de gestion des plaintes et des réclamations



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a défini une organisation pour la gestion des plaintes et des réclamations. Le directeur est responsable des relations avec les usagers. Un registre des plaintes et des réclamations est en place au siège de la structure. Une procédure de gestion des plaintes et des réclamations est opérationnelle. La composition et le fonctionnement de la CRU sont conformes à la réglementation en vigueur. Le livret d'accueil stipule l'existence de la CRU, ses missions et ses rôles.

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

Oui

Les informations concernant les plaintes et les réclamations sont centralisées par la responsable assurance qualité qui a aussi en charge la gestion des déclarations d'événements indésirables. La responsable assurance qualité participe à toutes les réunions de la CRU.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.

Oui

La gestion des plaintes et réclamations est opérationnelle. Les professionnels concernés par la plainte ou la réclamation sont associés à la procédure et participent à la mise en place des actions correctives.

Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en œuvre.	Oui	La procédure de gestion des plaintes et réclamations prévoit le retour d'information à l'initiateur. Le plaignant est informé des actions correctrices mises 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'intégralité des plaintes et réclamations sont mises à disposition de la CRU. La responsable assurance qualité réalise une analyse qualitative et quantitative des plaintes et réclamations et en informe la CRU. Ce bilan est intégré aux rapports de la CRU. Le plan d'amélioration de la qualité et des risques prend en compte le bilan de la CRU.

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

Critère 9.b Evaluation de la satisfaction des usagers

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

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

En grande partie

Un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance est réalisé en lien avec la CRU.

En grande partie

La promotion de la bientraitance est intégrée dans les projets de l'établissement (projet médical, projet de soins, projet social, etc.).

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

L'expression des patients et de leurs proches est favorisée.

En grande partie

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

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.b - Hospitalisation à domicile
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.

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

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

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

En grande partie

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

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

En grande partie

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

En grande partie

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

Oui

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

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

A

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

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

Oui

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

NA

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

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

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

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.	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****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement.

Oui

Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.

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.	Partiellement	La mise en oeuvre du respect des libertés individuelles est effective, cependant, elle n'est pas formalisée.
La réflexion bénéfico-risque et la recherche du consentement du patient ou de son entourage, concernant les restrictions de liberté, font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante, intégrée dans le projet de soins personnalisés.	Oui	
Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.	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.).	Non	
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.	Non	

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.

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'informations 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.	Non	

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

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

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation est définie, permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soins.	En grande partie	
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 œuvre du projet personnalisé de soins est favorisée.	En grande partie	
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.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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

Critère 11.c - 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 dommages liés aux soins est définie.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins sont menées.	En grande partie	
Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 12: La prise en charge de la douleur

Critère 12.a - Hospitalisation à domicile
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

La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans l'établissement en concertation avec le Comité de Lutte contre la Douleur et pour la Promotion de la Pratique des Soins Palliatifs, créé en 2006.
 Les missions de ces instances, les responsabilités de ses membres et les modalités de fonctionnement sont définies.
 Toutefois, le CLUD ne s'était pas réuni depuis 2009, il a dû être réactivé.

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 individualisés sont définis pour les différentes prises en charge et sont adaptés à la prévention des douleurs liées aux traitements potentiellement douloureux.
 Les protocoles sont rédigés par les médecins prescripteurs sur des ordonnances. Ces dernières sont accessibles dans le dossier chevet patient et scannées par l'infirmière coordinatrice pour être intégrées au dossier structure de l'établissement.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Des formations internes sur l'utilisation des différentes échelles et la prise en charge de la douleur sont réalisées à l'ensemble du personnel par les infirmières coordinatrices et le médecin coordonnateur. Le programme de formation 2012 prévoit des formations sur la douleur et les soins palliatifs.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Oui	La mise en place de l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur est effective. Elle est adaptée au type de pathologie et de patients. Les professionnels de santé et le médecin coordonnateur participent activement à cette éducation en apportant des conseils.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Partiellement	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Prise en charge de la douleur" et de sa valeur de 32 % avec un intervalle de confiance à 95 % = (20 % - 43 %) pour la campagne 2010.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Des évaluations régulières de la douleur sont réalisées au moment des soins par les professionnels de santé afin de vérifier l'efficacité du traitement. Les traitements sont réajustés par le médecin prescripteur et rédigés sur une ordonnance.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les besoins en moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants sont identifiés. Des supports spécifiques sont à la disposition du personnel. L'échelle DOLOPLUS est utilisée pour ces patients.
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	Lors de réunions d'équipe et de visites des infirmières coordinatrices chez le patient, le niveau d'appropriation et d'utilisation de ces outils est évalué auprès du personnel.
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	L'établissement recueille l'indicateur "Prise en charge de la douleur". Il n'a pas mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation.

Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats des indicateurs obtenus. Une sensibilisation des personnels à une traçabilité exhaustive de l'évaluation de la douleur a été réalisée par les infirmières coordinatrices, le médecin coordonnateur et les professionnels libéraux. Cependant, le suivi de mise en oeuvre n'est pas formalisé.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place en la présence du médecin coordonnateur au staff de l'équipe mobile des soins palliatifs de Limoges.

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

Une organisation permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie est effective. Cette organisation définit le processus de prise en charge globale de l'établissement et repose sur une convention avec l'équipe mobile des soins palliatifs du centre hospitalier de Limoges.

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

En grande partie

L'établissement dispose d'une procédure visant à recueillir et à inscrire dans le dossier du patient la personne de confiance. Le médecin traitant trace les volontés du patient relatives au traitement et soins dans le dossier. Cependant, les directives anticipées ne sont pas tracées systématiquement.

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

Oui

Les patients reçoivent des informations écrites et orales sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou des traitements de réanimation par leurs médecins traitants. Le médecin coordonnateur et le personnel soignant peuvent être le relais d'information aux médecins prescripteurs si les patients apportent des éléments complémentaires à la prise

	Oui	en charge.
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 œuvre.	Oui	Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis avec une réévaluation régulière des stratégies de soins envisagées en fonction de l'évolution de la maladie. Un dispositif de soutien et d'accompagnement des proches peut être proposé avec l'appui de l'équipe des soins palliatifs. Les réunions hebdomadaires pluriprofessionnelles permettent de partager cette démarche de projet personnalisé de soins.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Les professionnels de santé qui sont fréquemment confrontés à des situations nécessitant la mise en oeuvre de soins palliatifs bénéficient de dispositifs permettant de développer leurs compétences en soins palliatifs. Un grand nombre de personnels a suivi la formation DU des soins palliatifs. Des actions de formation en interne ont lieu et sont animées par le médecin coordonnateur.
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Des réunions pluridisciplinaires ont lieu tous les vendredis, qui permettent de réévaluer régulièrement les stratégies de soins mises en place et d'assurer la compréhension par tous des enjeux et des objectifs poursuivis par la mise en place d'une démarche palliative. Il peut être fait appel à un membre de l'équipe mobile des soins palliatifs afin d'intervenir à ces échanges.
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 sont mises en place avec leur participation au staff hebdomadaire afin d'échanger sur leur ressenti face à des situations difficiles. Les professionnels peuvent également rencontrer les infirmières coordinatrices et un membre de l'équipe mobile

	Oui	des soins palliatifs lors de situations de crise et pour éviter l'épuisement professionnel.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	Les professionnels sont informés et sensibilisés aux dispositifs légaux concernant les droits des patients et de la fin de vie lors des réunions d'équipe.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'établissement a formalisé une convention avec une association d'accompagnement.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (Comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, commission de soins, etc.).	Oui	La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluridisciplinaire et régulière lors des réunions hebdomadaires. Des concertations avec les professionnels libéraux et la participation du médecin coordonnateur au staff de l'équipe mobile des soins palliatifs sont organisées.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	Des modalités de réflexion et de discussion sont réalisées lors des staffs hebdomadaires, qui permettent des échanges d'analyse de pratique. Ces réflexions comportent une dimension pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	En grande partie	Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats des réflexions menées, cependant, ces informations ne sont pas toujours tracées.

PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

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

L'établissement a formalisé une procédure "modalités de tenue du dossier du patient". Cette procédure reprend l'ensemble des composantes du dossier : dossier administratif, dossier médical, dossier enquête, dossier de soins et de suivi, dossier social, dossier chevet, dossier facturation. Des actions d'information sur les règles de tenue du dossier patient sont réalisées à destination des personnels internes à la structure. En ce qui concerne les professionnels externes, les modalités de tenue du dossier de patient sont rappelées par l'infirmière coordinatrice lors de la réunion de coordination interprofessionnelle au chevet du patient le premier jour de la prise en charge. Les conventions signées entre l'établissement et les professionnels externes stipulent l'obligation de saisir les transmissions dans le dossier patient.

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

Oui

La procédure "modalités de tenue du dossier du patient" stipule les personnels habilités et les modalités d'accès aux dossiers. Des actions d'information sur ces modalités sont réalisées à

diffusées.	Oui	destination des personnels internes à la structure. En ce qui concerne les professionnels externes, ces règles sont rappelées par l'infirmière coordinatrice lors de la réunion de coordination interprofessionnelle au chevet du patient le premier jour de la prise en charge. L'accès au dossier structure informatisé est contrôlé par un système de mot de passe.
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	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Tenue du dossier patient" et de sa valeur de 65 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [61-69] pour la campagne 2010.
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	Le dossier chevet étant situé au domicile du patient, l'ensemble des professionnels de santé internes et externes intervenant y ont accès en temps utile.
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.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur "Tenue du dossier patient". Il n'a pas mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Suite à la réalisation des IPAQSS, l'établissement a mis en place des actions d'amélioration de la tenue du dossier patient (par exemple : mise en place d'une check-list).

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'établissement a organisé l'accès du patient à son dossier. Le dossier chevet du patient est situé au domicile, donc consultable par le patient lui-même. En ce qui concerne le dossier patient structure, les modalités d'accès sont stipulées dans le livret d'accueil. Le patient peut avoir accès à son dossier structure soit en se rendant directement au siège de l'établissement, soit en faisant la demande d'une copie qui peut lui être envoyée à domicile selon une procédure établie.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'information du patient sur les droits d'accès à son dossier est organisée. Le dispositif d'information est déployé au travers du livret d'accueil et du Protocole d'Accueil et de Prise En Charge (PAPEC) signé par le patient au début de son hospitalisation.

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

Oui

L'établissement a mis en place des indicateurs de suivi. Une personne référente, la responsable qualité, est chargée d'assurer le respect des délais d'accès du patient à son dossier. Cependant, à ce jour, l'établissement n'a reçu

	Oui	aucune demande en ce sens.
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	A ce jour, l'établissement n'a eu aucune demande de transmission de dossier patient. L'analyse des délais de transmission n'a pu être faite, bien que l'établissement ait prévu cette situation. La coordination et le suivi d'éventuelles actions correctrices sont prévus sous la responsabilité de la RAQ.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.	Oui	L'établissement a mis en place un processus d'information de la CRU sur les données relatives à l'accès du patient à son dossier : nombre de demandes, délais de transmission, suivis des actions d'amélioration. Cependant, à ce jour, l'établissement n'a reçu aucune demande de transmission de dossier patient.

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.

Oui

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.

Oui

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.	Non	

PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

Référence 16: l'accueil du patient**Critère 16.a - Hospitalisation à domicile
Dispositif d'accueil du patient****Cotation**

A

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

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

En grande partie

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.	En grande partie	

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

Critère 17.a - Hospitalisation à domicile

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé, et prend en compte l'ensemble de ses besoins.

Oui

L'organisation des prises en charge en fonction des objectifs de soins permet aux patients hospitalisés sans consentement et aux détenus l'accès aux activités thérapeutiques.

NA

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.

Oui

Un projet de soins personnalisés est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).

Oui

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

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

Critère 17.b Prise en charge somatique des patients



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

Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un projet de prise en charge somatique est formalisé.

NA

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

Le recours aux avis spécialisés est organisé et formalisé.

NA

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

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

L'évaluation initiale du patient comprend un volet somatique.

NA

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

Un suivi somatique du patient est organisé tout au long de la prise en charge.

NA

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'organisation de la prise en charge somatique est évaluée, et des actions d'amélioration sont mises en 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 - 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

Il existe une organisation permettant une permanence des soins. L'établissement a mis en place un système d'astreinte des infirmières coordinatrices 24 h/24 permettant de relayer, le cas échéant, l'infirmière libérale attirée au patient. D'autre part, l'établissement fonctionnant exclusivement avec les médecins libéraux, les patients peuvent en bénéficier. Le cas échéant, le médecin coordonnateur peut lui aussi intervenir au lit du patient. En cas d'urgence, il y a intervention du centre 15.

Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes associées aux différents modes de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, temps plein) et avec les partenaires extérieurs.

Oui

L'établissement a défini des mécanismes de coordination. En amont de la mise en place de l'HAD, une "infirmière enquêtrice" de l'établissement réalise une évaluation du patient au sein du service hospitalier. Par la suite, les infirmières coordinatrices participent le premier jour à la mise en place de l'hospitalisation à domicile. D'autre part, il existe des staffs de régulation quotidiens, des staffs pluridisciplinaires hebdomadaires permettant la collaboration des différents professionnels. Enfin, des rencontres sont régulièrement organisées avec les autres structures qui travaillent en amont et en aval avec

	Oui	l'HAD (service d'oncologie, unité mobile de soins palliatifs, psychiatrie, services de réanimation).
Des modalités de transmission d'informations entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.	Oui	L'organisation de la transmission des informations entre l'HAD et les intervenants extérieurs est définie notamment à travers le dossier chevet du patient. Le lien entre le dossier chevet (papier) et le dossier structure (informatisé) est réalisé par l'infirmière coordinatrice référente qui se rend à domicile à intervalles définis en fonction de l'état de santé du patient. Celle-ci dispose d'un appareillage lui permettant de scanner les éléments du dossier chevet puis de les incrémenter dans le dossier structure.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les secteurs d'activité collaborent afin d'assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	Oui	La collaboration des secteurs d'activité est organisée. L'organisation de la transmission des informations entre l'HAD et les intervenants extérieurs est définie notamment à travers le dossier chevet du patient. Il existe des staffs de régulation quotidiens et des staffs pluridisciplinaires hebdomadaires permettant la collaboration des différents professionnels. D'autre part, des rencontres sont régulièrement organisées avec les autres structures qui travaillent en amont et en aval avec l'HAD (service d'oncologie, unité mobile de soins palliatifs, psychiatrie, services de réanimation).
Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur, lorsque l'état du patient le nécessite.	Oui	Les médecins ont la possibilité de s'adresser aux médecins spécialistes du CHU ou des cliniques au terme de conventions conclues entre établissements. Au besoin, le médecin coordonnateur peut proposer l'expertise d'autres professionnels (équipe mobile de soins palliatifs, psychologue...).

Un ou des professionnels référents sont désignés pour la prise en charge du patient.	Oui	Une infirmière coordinatrice est attitrée à chaque patient. Celle-ci participe au premier jour d'installation de l'HAD et intervient régulièrement à domicile. Son rôle est parfaitement identifié par le patient et son entourage.
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	L'établissement a mis en place une gestion des risques a posteriori permettant la déclaration d'événements indésirables aussi bien au domicile du patient qu'au sein de la structure. Les événements indésirables liés à la continuité des soins ou à la coordination des soins font l'objet d'un traitement par la responsable assurance qualité et des actions correctives sont mises en place.

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	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.	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.	Oui	

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

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

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

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

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

La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.

NA

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

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

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

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

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

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

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

La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.

NA

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

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 19: Les prises en charge particulières		
<p>Critère 19.a - Enfants et adolescents Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique</p>		
<p><i>Ce critère n'est pas applicable à la prise en charge en HAD.</i></p>		
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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		
<i>Ce critère n'est pas applicable à la prise en charge en HAD.</i>		
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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

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

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

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

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

La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.

NA

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

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

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

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

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

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

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

La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.

NA

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

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.b - Hospitalisation à domicile Troubles de l'état nutritionnel



Cotation

B

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.

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.

En grande partie

Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.

Partiellement

Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Dépistage des troubles nutritionnels" et de sa valeur de 38 % avec un intervalle de confiance à 95 % = (23 % - 53 %) pour la campagne 2010.

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

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.	NA	
Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.d Hospitalisation sans consentement

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

Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'information de toute personne hospitalisée sans consentement (HDT ou HO), sur les modalités de son hospitalisation et les possibilités de recours, est organisée.

NA

Les procédures d'hospitalisation sans consentement sont définies.

NA

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Une sensibilisation et une formation des professionnels à ces modalités d'hospitalisation sont mises en place.

NA

Des procédures d'hospitalisation sans consentement sont mises en oeuvre.

NA

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

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a - 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.

Oui

L'établissement a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Des objectifs sont définis. La politique prend en compte la description du processus du circuit du médicament en HAD ; la prévention des risques, les actions d'amélioration, la formation du personnel et l'informatisation.

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

Partiellement

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse n'est pas définie dans le projet des systèmes d'information. Une réflexion est en cours afin d'obtenir des données fiables, intègres, auditables et confidentielles en temps réel. Un travail régional a débuté en 2010 afin d'élaborer une méthodologie commune aux HAD de la région.

Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.

Oui

Des outils d'aide à la prescription et à l'administration sont mis à la disposition des professionnels. Les prescriptions sont rédigées sur une ordonnance et des supports pour l'administration sont dans le dossier chevet du patient.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Partiellement	Il n'y a pas de formation. Toutefois, des actions de sensibilisation au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées auprès des professionnels. Une action d'information concernant le Fentanyl Transdermique a été menée auprès des équipes de l'HAD, des médecins libéraux et des pharmaciens de ville du département de la Haute-Vienne.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Partiellement	Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est en cours de réflexion. L'établissement participe à un groupe régional de sécurisation du circuit du médicament.
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.	Non	L'établissement n'a pas mis en place de suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs. L'établissement n'a pas de système d'information pour mesurer ces différents indicateurs face à la multitude de prescripteurs et d'officines.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Partiellement	La fiche d'événement indésirable permet de recueillir les erreurs médicamenteuses mais est très peu utilisée par les professionnels de santé. Les erreurs sont gérées mais elles ne sont pas systématiquement répertoriées.
Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	Partiellement	Des actions d'amélioration sont mises en place mais sont très peu tracées. La rétro-information des professionnels n'est pas systématiquement tracée.

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.

Oui

Les règles et les supports de prescription sont mis en place et validés par les médecins libéraux ; les ordonnances sont les supports de prescription.
 Il existe dans le dossier chevet du patient un support unique de prescription et d'administration.

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

Oui

La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus. Les prescriptions à l'admission et à la sortie tiennent compte du traitement dont disposait le patient avant son hospitalisation.

Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.

Oui

Dans la politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse, les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.
 Le pharmacien de ville assure dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance : l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale, la préparation éventuelle des doses à administrer, la mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au

	Oui	bon usage du médicament.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Partiellement	Les règles d'administration sont définies dans la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. La traçabilité de l'administration est très peu retrouvée dans les dossiers ; les ordonnances sont les supports de prescription pour les médecins qui n'utilisent pas le support unique de prescription/administration mis en place par l'HAD.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en œuvre.	Oui	Les médecins adresseurs (généralistes ou hospitaliers) suivent les règles de prescription. Les prescriptions sont conformes à la réglementation.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est réalisé par les pharmaciens de ville pour l'ensemble des prescriptions.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Oui	Les médecins libéraux assurent le suivi des patients au domicile et les informent du bénéfice-risque des thérapeutiques. Les professionnels de santé sensibilisent également les patients et l'entourage sur le bon usage des médicaments.

La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Partiellement	La traçabilité de l'administration des médicaments est très peu retrouvée dans les dossiers patients ; s'il s'agit d'une auto-administration, celle-ci n'est pas tracée. Dans le cadre de la chimiothérapie à domicile, l'administration est systématiquement tracée.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Non	Un audit périodique du circuit du médicament n'est pas réalisé. Dans le projet régional HAD SECURE, il est prévu des visites d'audit à domicile.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Partiellement	Une évaluation des pratiques professionnelles sur le Fentanyl Transdermique a été réalisée en 2007. Depuis, d'autres actions n'ont pas été engagées.

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.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des données de référence permettant une prescription conforme sont mises à la disposition des professionnels.

Oui

Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

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

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Des règles relatives au circuit du traitement des examens de biologie médicale ou d'anatomo-cytopathologie sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et le laboratoire.

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.

En grande partie

Un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen de biologie médicale est opérationnel : les prescriptions sont réalisées au domicile par les médecins libéraux ayant en charge le patient. Le prélèvement et le transport sont réalisés par l'infirmière libérale responsable du patient. Selon les statuts de l'établissement, les patients en HAD ont le libre choix de leurs praticiens et notamment le libre choix du laboratoire d'analyse médicale.
Ce processus n'est cependant pas formalisé.

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.

En grande partie

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.	Partiellement	
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 oeuvre, 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 - Hospitalisation à domicile
Demande d'examen et transmission des résultats****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

Des règles de fonctionnement sont définies, en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les 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.

En grande partie

Un processus définissant la prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen d'imagerie médicale est opérationnel. La prescription de l'examen est réalisée au domicile par le médecin libéral ayant en charge le patient. Le transport vers le centre de radiologie (libéral ou hospitalier selon le libre choix du patient et fonction du type d'examen à réaliser) est organisé par l'établissement.
Ce processus n'est cependant pas formalisé.

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

Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à la 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.	Non	
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.	Oui	

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

Critère 22.b Démarche qualité en service d'imagerie

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

Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les secteurs développent un système d'assurance de la qualité.

NA

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les examens sont réalisés dans le respect des bonnes pratiques.

NA

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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 - 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.	En grande partie	La durée d'hospitalisation et la typologie des patients pris en charge ne correspondent pas totalement au profil des patients pouvant bénéficier de programme d'éducation thérapeutique. Les patients pris en charge souffrent de complications majeures de maladie chronique. Cependant, des actions d'éducation sur la prise en charge de la douleur sont réalisées.
Une coordination avec les professionnels extrahospitaliers et les réseaux est organisée.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

<p>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 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.</p>	<p>Oui</p>	
<p>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).</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'établissement n'a pas défini dans son plan de formation une formation à l'ETP ; cependant, le médecin coordonnateur est médecin de santé publique et vice-président de l'instance régionale d'éducation et promotion de la santé. Il apporte son expertise auprès des professionnels.</p>
<p>E3 Evaluer et améliorer</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>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.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>La probabilité d'amélioration des conditions d'accès au programmes d'ETP va augmenter progressivement avec le développement de ce champ d'éducation dans les établissements de santé partenaires.</p>

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.

En grande partie

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	En grande partie	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Partiellement	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation" et de sa valeur de 0 % avec un intervalle de confiance à 95 % = (0 % - 0 %) pour la campagne 2010.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation". Il n'a pas mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Non	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Non	

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

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

Le recours aux avis spécialisés permettant de répondre aux besoins des patients est organisé et formalisé.

NA

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

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

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

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

La disponibilité des lits d'hospitalisation est analysée en temps réel.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les professionnels sont formés à l'accueil et à l'orientation des patients.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements sont réalisés.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les actions d'amélioration sont définies avec les professionnels ainsi que les représentants des usagers, et sont mises en œuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.a Organisation du bloc opératoire



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

Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

NA

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

Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place (elle comprend l'ensemble des dimensions, y compris la gestion des locaux et des équipements).

NA

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

La Charte de fonctionnement, définie et validée par un conseil de bloc, précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, dont l'ambulatoire et les urgences, et établit les responsabilités et les modalités d'élaboration et de régulation des programmes opératoires.

NA

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

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

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

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



Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

NA

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

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

NA

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

L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.

NA

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

Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.

NA

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

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

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

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



Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

NA

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

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

NA

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

L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.

NA

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

Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.

NA

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

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

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

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



Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

NA

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

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

NA

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

L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.

NA

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

Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.

NA

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

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.c Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique

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

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

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

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

Critère 27.a

Activités de soins de suite et de réadaptation

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient et à la continuité des soins est organisé entre secteurs de soins de suite et de réadaptation, activités clinique, médico-technique, technique et logistique.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le projet personnalisé de prise en charge, qui comprend une activité de soins de suite et de réadaptation, est élaboré avec le patient, son entourage, et en concertation avec tous les professionnels concernés.

En grande partie

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

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les différents secteurs d'activité clinique ou médico-technique organisent la mise en œuvre des démarches d'EPP.

En grande partie

Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.

NA

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

Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.

NA

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

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mettent en œuvre des démarches d'EPP.

En grande partie

L'engagement des professionnels est effectif.	Partiellement	
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.	En grande partie	
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique évaluent l'organisation mise en place afin de favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP.	En grande partie	

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.b Pertinence des soins

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les enjeux liés à la pertinence des soins sont identifiés au sein de l'établissement.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des analyses de la pertinence des soins sont réalisées, et permettent la mise en œuvre d'actions d'amélioration.

En grande partie

Des guides de bon usage des soins sont mis à la disposition des professionnels.

Partiellement

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement identifie les indicateurs de pratique clinique pertinents au regard de ses activités.

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

L'établissement recueille et analyse les indicateurs de pratique clinique choisis.

En grande partie

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 révisé régulièrement la liste des indicateurs analysés.	Partiellement	
---	---------------	--

SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

	Date de la visite / rapport de suivi	Niveau de certification prononcé	Suivi de la décision	Echéance
Visite initiale	du 31/01/2012 au 03/02/2012	Certification avec réserves	rapport de suivi	12
Rapport de suivi	MAI 2013	Certification avec réserves	plan d'action	3

	Visite initiale	Rapport de suivi
1.f (Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles)	Recommandation	Recommandation
20.a (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) - Hospitalisation à domicile	Réserve	Réserve
20.a bis (Prise en charge médicamenteuse du patient) - Hospitalisation à domicile	Recommandation	Recommandation

ANNEXES SUITE À MODALITÉ(S) DE SUIVI

Fiches de suivi engageant l'établissement pour la prochaine
procédure de certification

Les fiches de suivi donnent à l'établissement l'opportunité de montrer sa réactivité dans la résolution d'une problématique donnée et de rendre compte des actions menées. Ces fiches de suivi ont fait l'objet d'une analyse par la Haute Autorité de Santé ce qui lui a permis, le cas échéant, de modifier la cotation du critère impacté.

FICHE SUIVI

Titre du projet d'amélioration:

Inscrire des actions d'amélioration dans le cadre d'une méthodologie d'évaluation des pratiques professionnelles basée sur les constats de moindre efficience.

Problématique:

- Régularisation de la mesure d'impact des évaluations des pratiques professionnelles
- Révision à périodicité définie de la stratégie de développement de l'évaluation des pratiques professionnelles

Résultats obtenus:

/

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Dr Michel JACQUET Dr Danielle GALINAT	Dr Michel JACQUET Dr Danielle GALINAT Sandrine MEZIE Stéphanie COUDERT Nicole GLANDUS	Professionnels de santé libéraux de la Commission aux Affaires Médicales (CAM) Membres de la CAM

Etat d'avancement des actions

Intitulé de l'action	Etat	Date
Elaborer un programme pluriannuel de l'évaluation des pratiques professionnelles	Prévue	01/02/16 00:00
Développer une culture d'évaluation des pratiques professionnelles	Prévue	01/02/16 00:00
Impliquer les professionnels de santé libéraux dans l'évaluation des pratiques professionnelles	Prévue	01/02/16 00:00
Mesurer l'impact des évaluations des pratiques professionnelles déjà menées	Prévue	01/02/16 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
/	Prévue	01/02/16 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Comité de direction
Commission aux Affaires Médicales

Validation institutionnelle:

Engagement de la direction
Validation de la Commission aux Affaires Médicales
Inscription dans les orientations stratégiques

Planification des revues de projet:

Bilan semestriel sur l'état d'avancement
Nombre de difficultés rencontrées

FICHE SUIVI

Titre du projet d'amélioration:

Formalisation et protocolisation de la prise en charge médicamenteuse du patient en HAD

Problématique:

Informatisation de la prise en charge médicamenteuse
Traitement et analyse des erreurs médicamenteuses

Résultats obtenus:

/

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Dr Michel JACQUET	Dr Michel JACQUET Dr Daniele GALINAT Sandrine MEZIE Stéphanie COUDERT Nicole GLANDUS	Frédéric ROUGIER (SI) Florence IYASAWMI OMEDIT LIMOUSIN Pharmacien libéral Médecin généraliste Infirmier libéral

Etat d'avancement des actions

Intitulé de l'action	Etat	Date
Définir l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse dans les projets du système d'information	Prévue	01/02/16 00:00
Engager l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse	Prévue	01/02/16 00:00
Elaborer une procédure d'analyse et de traitement des erreurs médicamenteuses	Prévue	01/02/16 00:00
Réactiver la Commission des Médicaments et des dispositifs médicaux ou équivalent	Prévue	01/02/16 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
/	Prévue	01/02/16 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Comité de direction
COMEDIMS ou équivalent

Validation institutionnelle:

validation et engagement de la direction

Planification des revues de projet:

bilan trimestriel de l'état d'avancement
nombre de difficultés rencontrées

FICHE SUIVI

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer la traçabilité de l'administration médicamenteuse au domicile du patient pris en charge en HAD

Problématique:

Traçabilité de l'administration médicamenteuse au domicile du patient

Résultats obtenus:

/

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Dr Michel JACQUET	Dr Danielle GALINAT Dr Michel JACQUET Sandrine MEZIE Stéphanie COUDERT Nicole GLANDUS	Frédéric ROUGIER (SI) Florence IYASAWMI OMEDIT LIMOUSIN Pharmacien libéral Médecin généraliste Infirmier libéral

Etat d'avancement des actions

Intitulé de l'action	Etat	Date
Adapter la procédure d'administration médicamenteuse en fonction du patient, de son environnement et de la thérapeutique en concertation avec les professionnels de santé libéraux	Prévue	01/02/16 00:00
Organiser un audit annuel des dossiers patients sur la traçabilité de l'administration médicamenteuse	Prévue	01/02/16 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
/	Prévue	01/02/16 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

COMEDIMS ou équivalent
Infirmiers coordonnateurs

Validation institutionnelle:

Comité de direction
COMEDIMS ou équivalent

Planification des revues de projet:

Bilan trimestriel de l'état d'avancement

ANNEXES SUITE À MODALITÉ(S) DE SUIVI

Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine
procédure de certification

Le plan d'actions avec échéancier aide l'établissement de santé à pérenniser sa dynamique d'amélioration et l'engage à réfléchir aux modalités d'amélioration à mettre en œuvre pour résoudre les dysfonctionnements constatés dans le rapport de certification, les prioriser et les planifier dans le temps. Ce plan d'actions constitue un document d'entrée dans la procédure suivante.

Ces plans d'actions étant le résultat de l'analyse réalisée par l'établissement pour améliorer son organisation et ses pratiques, la Haute Autorité de Santé ne s'engage pas sur la pertinence et la qualité des actions envisagées et/ou entreprises.

Dans ce cadre, l'établissement a transmis les plans d'actions suivants

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Inscrire des actions d'amélioration dans le cadre d'une méthodologie d'évaluation des pratiques professionnelles basée sur les constats de moindre efficience.

Problématique:

Régularisation de la mesure d'impact des évaluations des pratiques professionnelles
Révision à périodicité définie de la stratégie de développement de l'évaluation des pratiques professionnelles

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires

Objectifs ultimes

2 EPP / an

/

Responsabilités

Chef de projet

Equipe de réalisation

Personnes ressources

Médecin directeur
Médecin coordonnateur

Médecin directeur
Médecin coordonnateur
Cadre de direction GRH
Cadre infirmier
RQGDR

Professionnels libéraux de la commission aux affaires
médicales (CAM)
membres de la CAM

Echéancier de réalisation :

02/2016

Modalités d'évaluation :

Comité de direction

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Comité de direction, Commission aux affaires médicales

Validation institutionnelle:

Engagement de la direction
Valiation de la commission aux affaires médicales
Inscription dans les orientations stratégiques

Planification des revues de projet:

Bilan semestriel sur l'état d'avancement
Nombre de difficultés rencontrées

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Formalisation et protocolisation de la prise en charge médicamenteuse du patient en HAD

Problématique:

Informatisation de la prise en charge médicamenteuse
Traitement et analyse des erreurs médicamenteuses

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Améliorer la formalisation des pratiques	Sécuriser le circuit du médicament

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Médecin directeur	médecin coordonnateur médecin directeur cadre de direction GRH cadre infirmier RQGDR	responsable du DSI facturière OMEDIT LIMOUSIN pharmacien libéral médecin généraliste infirmier libéral

Echéancier de réalisation :

02/2016

Modalités d'évaluation :

Comité de direction

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

comité de direction
commission du médicament

Validation institutionnelle:

validation et engagement de la direction

Planification des revues de projet:

bilan trimestriel de l'état d'avancement
nombre de difficultés rencontrées

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer la traçabilité médicamenteuse du patient pris en charge en HAD

Problématique:

Traçabilité de l'administration médicamenteuse au domicile du patient

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Améliorer la formalisation des pratiques	/

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
médecin directeur	médecin coordonnateur médecin directeur cadre de direction GRH RQGDR cadre infirmier	responsable du DSI facturière omedit du limousin pharmacien libéral médecin généraliste infirmier libéral

Echéancier de réalisation :

02/2016

Modalités d'évaluation :

comité de direction

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

comité de direction
commission du médicament
infirmiers coordonnateurs

Validation institutionnelle:

comité de direction
commission du médicament

Planification des revues de projet:

bilan trimestriel de l'état d'avancement