



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

A thick, dark blue curved line that starts on the left side of the page, dips downwards, and then rises towards the right side, creating a wide, shallow arc.

## **RAPPORT DE CERTIFICATION V2010**

## **HAD SANTE SOLIDARITE DU VAR**

Espace france europe 1328 chemin de la planquette - bp 60025 - 83951 - LA GARDE

AVRIL 2014

# SOMMAIRE

1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	3
2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	5
1. Les décisions par critères du manuel	6
2.Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	7
3.Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	8
4.Suivi de la décision	9
3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	10
CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	11
PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE	12
PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES	37
PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS	81
CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT	108
PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS	109
PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT	134
PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT	141
PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES	190
PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	204
SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	211

# 1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

# HAD SANTE SOLIDARITE DU VAR

**Adresse :** Espace france europe 1328 chemin de la planquette - bp  
60025  
83951 LA GARDE VAR

**Site internet:** <http://www.sante-solidarite-var.fr>

**Statut :** Privé

**Type d'établissement :** Etablissement privé à but non  
lucratif

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Court séjour	0	0	0
Hospitalisation à domicile	0	120	0

Nombre de sites.:	
Activités principales.:	
Activités de soins soumises à autorisation.:	
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	

## Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	
Regroupement/Fusion.:	
Arrêt et fermeture d'activité.:	
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	

## 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 la certification.

## 1. Les décisions par critères du manuel

## 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

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

## 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

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

### Critère 1.b Engagement dans le développement durable

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Partiellement

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

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

En grande partie

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

Oui

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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

### Critère 1.c Démarche éthique

## Cotation

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

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

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

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

Oui

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement		
<b>Critère 1.d</b> <b>Politique des droits des patients</b>		
<b>Cotation</b>	A	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU).	Oui	
Des formations sur les droits des patients, destinées aux professionnels, sont organisées.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

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.

En grande partie

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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

La stratégie de développement de l'EPP est inscrite dans la politique d'amélioration de la qualité de la sécurité des soins et de la Gestion des Risques de l'Association SSV (Santé et Solidarité du Var). La politique des EPP est intégrée dans le PAQ. Elle a été définie puis élaborée en concertation avec la Présidente de la Commission Médical d'Établissement et le Comité de Pilotage. Le choix des EPP a été présenté et validé en CME.

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

Oui

Une concertation entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie de l'EPP, est en place au sein de l'institution. Les thèmes EPP sont retenus en liaison avec les professionnels de terrain. Une Commission EPP dotée d'un Règlement intérieur et des groupes pluridisciplinaires ont été mis en place. Des réunions de présentation et d'information des professionnels ont été organisées à chaque étape d'avancement de l'EPP. Par ailleurs, l'EOH est sollicitée sur certaines thématiques des EPP auxquelles elle participe.

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 afin d'organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité. La Commission EPP est composée des (4) médecins coordonnateurs, de la Direction, du service Qualité et de l'EOH . Son rôle et ses missions sont identifiés dans le Règlement intérieur de la Commission, présidée par la Présidente de la CME. Pour chaque EPP réalisée dans le cadre de la V2010, un chef de projet est identifié.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en œuvre de l'EPP.	Oui	Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en œuvre de l'EPP. Une aide méthodologique et le secrétariat sont assurés par le service Qualité. Des informations sur les méthodes et sur l'actualité relatives à l'évaluation sont diffusées aux professionnels concernés.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	En grande partie	L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact des démarches d'EPP. Le Comité de Pilotage est informé, ainsi que les professionnels. La formalisation de la démarche est en cours et récente. Les résultats des audits et des évaluations réalisés sont diffusés auprès des professionnels.

	En grande partie	
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 et des résultats obtenus. Une communication sur l'EPP a été diffusée à l'ensemble du personnel en juillet 2012. Cependant, la démarche est récente. Un item sur l'EPP est mis en place dans la gestion documentaire (la GED), dans l'onglet « Organisation(ORG)».
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant les instances. Les démarches EPP sont présentées en CME et au Comité de Pilotage pour validation. Par ailleurs, une présentation est faite au conseil d'administration, pour information.
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 est révisée périodiquement et en fonction des résultats obtenus. La Commission EPP se réunit bisannuellement et fait un point sur la politique EPP et sur l'avancement de la démarche. Le bilan de la Commission est présenté en Comité de Pilotage.

Partiellement	L'ensemble du dispositif est récent et l'appropriation par les professionnels est progressive.
---------------	--

Référence 1: La stratégie de l'établissement		
<b>Critère 1.g</b> <b>Développement d'une culture qualité et sécurité</b>		
<b>Cotation</b>	B	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement a défini une stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les professionnels sont périodiquement informés sur la mise en œuvre et l'évolution de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.	En grande partie	
Des activités sont organisées au cours desquelles les thèmes qualité et sécurité sont abordés (réunions, forums, séminaires, journées dédiées, actions de sensibilisation des patients, etc.).	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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.

En grande partie

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Les organigrammes et l'information relative aux circuits de décision et de délégation sont diffusés auprès des professionnels.

Oui

**E3 Evaluer et améliorer**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Les organigrammes et les circuits de décision et de délégation sont révisés à périodicité définie.	En grande partie	
--	------------------	--

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

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

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

La représentation des usagers au sein de l'établissement est organisée.

Oui

Une politique de coopération avec les acteurs associatifs est définie.

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.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le dispositif de participation des usagers est évalué et amélioré.	Non	

Référence 2: L'organisation et les modalités de pilotage interne		
<b>Critère 2.c</b> <b>Fonctionnement des instances</b>		
<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les instances consultatives et délibérantes sont réunies à périodicité définie, et saisies sur toutes les questions qui relèvent de leurs compétences.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les ordres du jour et procès-verbaux des instances sont communiqués au sein de l'établissement.	En grande partie	
Les instances sont informées des suites données à leurs avis et décisions.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

En grande partie

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés, et rendus publics par l'établissement de santé.

Oui

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

## PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

### Référence 3: La gestion des ressources humaines

#### Critère 3.a Management des emplois et des compétences

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Partiellement

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

Partiellement

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

En grande partie

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Tout nouvel arrivant reçoit une information sur l'établissement et son futur secteur d'activité, lui permettant l'exercice de sa fonction.

Oui

**E3 Evaluer et améliorer**

**Réponses aux EA**

**Constats**

L'évaluation de l'efficacité des mesures d'intégration donne lieu à des actions d'amélioration.

En grande partie

## Référence 3: La gestion des ressources humaines

### Critère 3.c Santé et sécurité au travail

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

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Les risques professionnels sont identifiés à périodicité définie.

Oui

Le document unique est établi.

Oui

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

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

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

### Référence 3: La gestion des ressources humaines

#### Critère 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.

Partiellement

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

Oui

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

**E3 Evaluer et améliorer**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

## 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.

Partiellement

#### 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.

En grande partie

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

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

## Référence 5: Le système d'information

### Critère 5.b Sécurité du système d'information

**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

**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

B

### 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.

En grande partie

Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent.

En grande partie

Le système de mise à jour des documents est opérationnel.

Oui

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

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

### Critère 6.a Sécurité des biens et des personnes

**Cotation**

B

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Les situations mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes sont identifiées.

Oui

Les responsabilités en matière de sécurité des biens et des personnes sont définies.

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).

En grande partie

**E3 Evaluer et améliorer**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

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

### Critère 6.b Gestion des infrastructures et des équipements (hors dispositifs médicaux)

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

## Cotation

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.

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le programme de maintenance est évalué et révisé à périodicité définie.	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.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La satisfaction sur la qualité du linge fourni au patient est évaluée à périodicité définie, et des actions d'amélioration sont mises en 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

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

La fonction transport des patients est organisée, y compris en cas de sous-traitance.

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Les transports respectent les exigences d'hygiène et de sécurité.

Oui

Les transports sont réalisés dans le respect de la dignité, de la confidentialité et du confort du patient.

Oui

### E3 Evaluer et améliorer

### Réponses aux EA

### Constats

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

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

### Critère 6.f Achats écoresponsables et approvisionnements

## Cotation

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

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

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

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

Oui

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

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

**Critère 6.g**  
**Gestion des fonctions logistiques au domicile**



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

**Cotation**

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

L'établissement détermine un processus permettant la mise à disposition au domicile des matériels médicaux adaptés aux besoins des patients. Lors de la prise en charge, au moment de la pré-admission, l'Infirmier effectue une évaluation complète des besoins au domicile ou à l'hôpital (matériel et consommables), puis remet une liste de commande initiale au service logistique. Pour le matériel médical, matériel d'assistance respiratoire, de perfusion, de nutrition et le matériel utilisé dans les techniques de pression négative :

- le service logistique va transmettre cette commande initiale vers l'un des prestataires conventionnés de l'HAD, puis recense le matériel demandé dans un « dossier de suivi matériel » et dans le logiciel (ce qui permettra au service de coordination de savoir ce qui se trouve au domicile ainsi que sa provenance - « traçabilité »).
- Le service logistique ou l'Infirmier contacte la famille pour organiser la mise en place du matériel médical et convenir d'un rendez-vous.
- Ensuite, le service logistique contacte le prestataire pour

	Oui	<p>adresser la commande. Le suivi des commandes est complété à chaque étape du processus.</p> <p>Pour le matériel consommable :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les soignants et les professionnels libéraux commandent les matériels médicaux nécessaires via la liste "Renouvellement matériel consommable". Les soignants ont à leur disposition plusieurs moyens : Fax, Courriel, téléphone (PDA) et Bannette « Dépôt de feuilles de commandes », afin que le service logistique puisse traiter la commande.</li> <li>• La livraison est réceptionnée un jour donné par les soignants. Lorsqu'un patient est pris en charge totalement par les professionnels libéraux, le service logistique assure la livraison au domicile du patient.</li> <li>• Le service logistique assure également le suivi de la démarche de toutes les commandes des libéraux . Le service logistique enregistre informatiquement la commande de chaque patient.</li> </ul>
En cas de rupture d'un produit, des solutions de substitution sont prévues.	Oui	<p>En cas de rupture d'un produit, des solutions de substitution sont prévues. 3 cas de figures peuvent se présenter.</p> <p>Cas n°1 : Pour le matériel médical, si le prestataire ne dispose pas du matériel souhaité, le service logistique contacte un autre prestataire conventionné, grâce à la liste des fournisseurs, disponible sur le logiciel.</p> <p>Cas n°2 : Pour le matériel consommable :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• S'il y a rupture d'un produit au domicile du patient, le magasin ou le soignant assure la livraison directe du produit ;</li> <li>• Si le produit n'est pas disponible en magasin, le service logistique contacte une pharmacie d'officine pour une délivrance du produit sur une période donnée.</li> </ul> <p>Cas n°3 : En cas de rupture d'un produit au domicile du patient, les soignants ont à leur disposition une armoire "de secours". Cette armoire-tampon contient une quantité restreinte de matériels consommables. Le service logistique</p>

	Oui	est responsable de l'approvisionnement régulier et de la gestion de l'armoire.
Les modalités de transport des différents matériels et médicaments sont formalisées.	Oui	Les modalités de transport des différents matériels sont formalisées dans la procédure de mise à disposition de matériel au domicile du patient. Pour les médicaments, l'Association a signé une convention avec le Syndicat des pharmacies du Var. Selon les modalités présentées dans le Livret d'accueil du patient, le patient et/ou l'entourage se doit de récupérer ou de se faire livrer ses médicaments. Il existe des recommandations concernant les médicaments dans le Livret de recommandations en Hygiène, que le patient trouve en annexe du Livret d'accueil. L'HAD installe, au domicile du patient, un meuble à tiroirs, dont elle assure l'entretien, l'hygiène et la désinfection, lors du retour, en fin de prise en charge.
En cas de prestation extérieure, une convention de collaboration est formalisée.	Oui	En cas de prestation extérieure, deux types de conventions de collaboration peuvent être mis en œuvre : - Il s'agit, soit d'une convention de partenariat institutionnelle ; - Soit d'une convention nominative, dédiée à une seule prise en charge.
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	S'agissant des 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. La personne qui se rend compte du dysfonctionnement prévient le service logistique - ou l'Infirmier de garde ou d'astreinte, en dehors des heures d'ouverture du Magasin - qui se charge de contacter directement le prestataire. La liste des prestataires est disponible sur la fiche patient. Au terme de la convention, le prestataire a une obligation d'intervention 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 ainsi que la maintenance du matériel. Un respirateur de secours est disponible au domicile du patient. Sa maintenance est assurée, conformément aux recommandations de la

	Oui	convention de partenariat. Un aspirateur trachéal de secours est également disponible dans l'armoire d'"urgence" de l'HAD.
Pour les patients à haut risque vital, l'HAD s'assure de leur signalement à « Electricité Réseau Distribution France ».	Oui	Pour les patients à haut risque vital, l'HAD s'assure de leur signalement à « Électricité Réseau Distribution France ». Le service social est chargé de constituer la demande CERFA et adresse les 4 premiers feuillets à la DTD (Direction Territoriale Départementale, ancienne DDASS); le 5e feuillet est conservé par la famille - en y joignant le certificat médical établi par un médecin. La notification de décision, qui contient l'accord ou le refus du médecin inspecteur de Santé Publique, est adressée directement au patient et est valable pour une durée de un an. Lors de l'échéance du renouvellement, le service social se met en lien avec le service d'EDF qui gère ce dispositif, afin de s'assurer de la reconduite de la demande. Si le renouvellement n'a pas été fait, le service social renouvelle la procédure. Un tableau « urgence EDF » recense les patients signalés qui se trouvent dans l'onglet "Coordination", de la gestion documentaire. Le service social de chaque antenne se charge de le tenir à jour. En cas de déclenchement du Plan Blanc, le SAMU, l'ARS via la DTD et le CODIS, sont prévenus, afin d'assurer la sécurité du patient.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le matériel délivré est conforme à la commande, et adapté à la prise en charge.	Oui	Le matériel délivré est conforme à la commande et adapté à la prise en charge. Au cours de la prise en charge, en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient, le matériel est réadapté. Durant le séjour du patient en HAD, le personnel soignant rencontre parfois des dysfonctionnements d'ordre matériel, par exemple moteur

	Oui	de lit défectueux ... L'état des dysfonctionnements est transmis au service de coordination de la Logistique afin de régulariser la situation. Le service Logistique assure la gestion des stocks et la décontamination du matériel retour.
L'approvisionnement en urgence du patient est assuré.	Oui	L'approvisionnement en urgence du patient est assuré. Pour le consommable, l'approvisionnement en urgence du patient est assuré par le service Logistique ou l'Infirmière de garde ou d'astreinte en dehors des heures d'ouverture du Magasin. Les armoires d'urgence et de secours sont utilisées. Pour le matériel médical, il est fait directement appel au prestataire concerné.
L'établissement s'assure que les locaux de stockage sont adaptés et entretenus, conformément à la réglementation.	Oui	L'établissement s'assure que les locaux de stockage sont adaptés et entretenus, conformément à la réglementation. L'entretien des sols et des vitres du magasin est réalisé par un prestataire. Les magasiniers assurent l'entretien des étagères de stockage du magasin, du sas et de l'"armoire d'urgence et de secours", ainsi que la gestion des DASRI.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les différents processus logistiques (internes ou externes) sont évalués, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	<p>Les différents processus logistiques (internes ou externes) sont évalués, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre. Les documents du service Logistique sont évalués en fonction des évolutions de la réglementation, des pathologies de la prise en charge et/ou des nouvelles orientations de l'Association. Des actions d'amélioration, telles que la création de documents dans la gestion documentaire, sont mises en œuvre en fonction des besoins.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En interne, les processus sont évalués, notamment l'inventaire, la gestion des stocks et la gestion des entrées et sorties.</li> <li>- En externe, une réunion annuelle avec les prestataires est organisée et des actions d'amélioration sont mises en place et restituées dans les comptes rendus. Les fiches d'événements indésirables (FEI) permettent aussi la mise en place d'actions correctives.</li> </ul>

La maintenance 24 h/24 et 7 j/7 est évaluée.	Oui	La maintenance 24 h/24 et 7 j/7 est évaluée annuellement lors de la réunion avec les prestataires. Les dysfonctionnements sont relevés et des actions d'amélioration sont mises en place. La société prestataire a établi une procédure pour assurer l'astreinte et a présenté ses supports aux Experts durant la visite. Le prestataire, comme l'établissement, ont créé divers documents internes permettant d'assurer la maintenance 24 h/24 et 7 j/7.
La satisfaction du patient relative aux fonctions logistiques à son domicile est évaluée à périodicité définie, et conduit à des actions d'amélioration.	Oui	La satisfaction du patient relative aux fonctions logistiques à son domicile est évaluée à périodicité définie, et conduit à des actions d'amélioration. Le questionnaire de satisfaction de sortie comprend une partie sur les prestations logistiques et fait l'objet d'une exploitation annuelle, qui génère des actions d'amélioration. Les directions et les services sont destinataires de l'analyse des questionnaires de satisfaction.
La satisfaction des intervenants au domicile, en lien avec les fonctions logistiques, est évaluée à périodicité définie, et conduit à des actions d'amélioration.	Oui	La satisfaction des intervenants au domicile, en lien avec les fonctions logistiques, est évaluée lors de la réunion annuelle avec les prestataires, ou plus fréquemment, si besoin. Elle conduit à des actions d'amélioration. Un bilan des questionnaires de satisfaction est réalisé en interne. Un plan d'amélioration est ainsi défini pour l'année N+1.

## 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.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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'E.O.H ou la CME et le CHSCT, sont mis en oeuvre.

NA

La traçabilité des différentes interventions est assurée.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les paramètres de la qualité de l'air font l'objet d'un suivi périodique.	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.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.

En grande partie

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

Oui

Les procédures de gestion des déchets sont établies.

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

Le tri des déchets est réalisé.

Oui

Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont organisées.	En grande partie	
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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les dysfonctionnements en matière d'élimination des déchets sont identifiés et analysés.	Oui	
Des actions d'évaluation et d'amélioration relatives à la gestion des déchets sont conduites.	Oui	
L'établissement a identifié les filières locales de valorisation possible des déchets.	Partiellement	

## 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

Un programme d'amélioration de la qualité (PAQ) est en place depuis 2007 au sein de l'Association. Suite à la visite de certification en 2009, le PAQ 2010 a connu de nombreuses modifications au niveau de son contenu en intégrant notamment les objectifs et les actions à mettre en place. Il intègre également le programme du CLIAS et du CLUD. Un bilan de l'état d'avancement des actions du PAQ 2010 a été réalisé fin 2010, qui a permis d'élaborer le PAQ 2011-2013. Suite aux préconisations des Experts-visiteurs et au Rapport de la Haute Autorité de Santé, celui-ci a été formalisé pour une durée de 3 ans. Un programme est élaboré par le CLIAS. Un bilan est établi en fin d'année, permettant d'évaluer l'état d'avancement des actions. Le programme du CLUD ainsi qu'un bilan annuel sont également formalisés. Avec l'autoévaluation de la V2010 réalisée à partir de septembre 2011, un tableau de suivi des actions d'amélioration décliné par critères a été mis en place. Le suivi est assuré quotidiennement par le service Qualité.

Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements, ainsi que les risques majeurs et récurrents.	En grande partie	Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements, ainsi que les risques majeurs et récurrents. Le PAQ 2011-2013 et le tableau de suivi des actions d'améliorations de la V2010 ont été construits autour des référentiels de la V2010, intégrant la gestion et la prévention des risques, les dysfonctionnements (FEI) ainsi que les risques majeurs et récurrents. Un programme de gestion des risques a été élaboré et a fait l'objet d'une mise à jour en 2011. Le Document Unique sur les risques professionnels est réactualisé annuellement, conformément à la réglementation. L'établissement étant en évolution constante, l'analyse est suivie mais pas entièrement aboutie, selon les antennes.
Les activités, réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins, sont prises en compte.	NA	L'HAD n'est pas concerné par le dispositif d'accréditation des médecins.
Le programme est soumis aux instances.	Oui	Le programme d'amélioration de la qualité ainsi que le tableau de suivi des actions d'amélioration sont soumis aux instances et validés par le Comité de Pilotage et le Comité de Direction. Le PAQ est également présenté en Commission Médicale d'Etablissement, ainsi que les programmes du CLIAS et du CLUD.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en œuvre dans le secteur d'activité concerné. Les PAQ et tableaux de suivi des actions d'amélioration regroupent des axes institutionnels incluant tous les services et processus de la prise en charge autour du patient. Par exemple : financier, logistique, ressources humaines, soins ....
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

<p>Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.</p>	<p>Oui</p>	<p>Un suivi annuel du PAQ est réalisé par le service Qualité. Le tableau de suivi des actions d'amélioration est mis à jour quotidiennement par le service Qualité. Les différentes antennes font l'objet d'un suivi spécifique, puis d'une agrégation globale, mais les résultats ne sont pas encore totalement homogènes.</p>
<p>L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évalué annuellement. Des bilans sont réalisés respectivement pour le PAQ, le tableau de suivi des actions d'amélioration , le Programme de Gestion des Risques, le programme du CLIAS ainsi que le programme du CLUD.</p>
<p>Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le programme est réajusté en fonction des résultats des bilans d'évaluation. Le bilan du PAQ 2010 a permis la réalisation du PAQ 2011-2013. Ils permettent de constater la réalisation ou la non-réalisation des objectifs du PAQ. Le suivi régulier du tableau des actions d'amélioration permet de réajuster si besoin les axes d'amélioration.</p>

**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**

<b>Cotation</b>	A	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins est définie dans l'établissement.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les conditions d'exercice de la fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins sont évaluées.	Oui	

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

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

**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Une veille réglementaire est organisée par un responsable identifié.

Oui

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

En grande partie

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

L'établissement met en 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.	En grande partie	
---	------------------	--

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

**Critère 8.d**  
**Evaluations des risques à priori**

**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie.

Oui

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

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

En grande partie

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.

Oui

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

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

Critère 8.f  
Gestion des évènements indésirables



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Une organisation est en place afin d'assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables (EI). Elle est formalisée dans le cadre d'une procédure disponible dans la GED(GEstion Documentaire) et au domicile du patient. La FEI est complétée par les déclarants (aides soignants – infirmiers salariés et/ou libéraux, cadre de santé, personnel sédentaire et patients). Elle est adressée au service Qualité qui se charge de la diffusion aux personnes compétentes.. Le professionnel contacté se charge alors de faire l'analyse de l'EI et trace les actions d'amélioration immédiates. Une analyse est également adressée à la CRUQ par la RAQ. Les plaintes et réclamations sont analysées en CRUQ. Il est également possible pour les déclarants d'adresser directement un courriel à la RAQ qui le traite alors comme un EI.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.	Oui	Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement. La procédure de signalement des EI est intégrée dans la gestion documentaire (GED) utilisable et consultable par tout le personnel. Un support d'information a été remis aux salariés par courriel.
Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	En grande partie	Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes. Un arbre des causes pour les risques professionnels est réalisé par le CHS-CT. Une formation sur la gestion des risques en HAD a été réalisé dans le cadre du plan de formation 2012. L'établissement ne dispose donc pas encore du recul nécessaire pour une maîtrise complète du processus.
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, en associant les acteurs concernés. Les EI graves font l'objet d'analyses et d'actions d'améliorations immédiates. Par exemple, lors d'un EI grave relatif à l'oxygénothérapie, la structure a mené une RMM puis une EPP sur cet EI. En la circonstance, un groupe pluridisciplinaire a été créé dans le cadre de cette EPP.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions correctives sont mises en œuvre à la suite des analyses.	En grande partie	Des actions correctives sont mises en œuvre suite aux analyses effectuées. Lors d'une déclaration d'EI, une action immédiate corrective est mise en œuvre par le référent. En outre, suite à l'analyse en CRUQ et si l'EI se répète, des actions complémentaires sont mises en œuvre (exemple : changement de prestataire pour les déchets). L'utilisation du logiciel "RMES" permet une analyse plus profonde des EI. La démarche pluridisciplinaire est en cours de généralisation auprès des professionnels concernés.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	Oui	Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement. Une EPP est le plus souvent mise en place avec un groupe pluri disciplinaire. Le bilan annuel réalisé avec les prestataires permet de faire le point sur les

	Oui	événements indésirables et de mettre en place des actions d'amélioration.
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	Oui	L'efficacité des actions correctives est vérifiée par le biais des questionnaires de satisfaction qui intègrent les services des prestataires. Un bilan annuel des questionnaires de satisfaction est réalisé et présenté en réunion annuelle avec les prestataires. Le compte rendu de réunion intègre un plan d'actions d'amélioration.

**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.*

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

Oui

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles.

Oui

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

**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.*

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

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

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et 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.	En grande partie	
Les patients et leurs familles sont informés de la conduite à tenir en cas de dysfonctionnement (alarme, etc.) des équipements biomédicaux installés au domicile.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La gestion des équipements biomédicaux est évaluée, et donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	

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

**Critère 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

La gestion des plaintes et des réclamations est organisée. La CRUQpec est en place, la procédure est formalisée, les responsabilités sont définies. La RAQ est identifiée comme responsable chargée des relations avec les usagers. Le Directeur de l'établissement préside la CRUQpec par délégation du Président du Conseil d'Administration et il est le médiateur administratif titulaire. Un médiateur médical est également désigné. Il existe un Registre des réclamations disponible au secrétariat de direction au siège de l'Association, à La Garde. La CRUQpec fonctionne depuis 2007 à raison de 4 réunions par an et chaque séance fait l'objet d'un compte-rendu. Un Rapport annuel est réalisé. Il est communiqué aux instances (CME et CA, qui se prononcent par un vote) et envoyé aux tutelles (ARS). Les usagers sont informés de l'existence d'une CRUQ par le biais d'une annexe du livret d'accueil mais également des modalités de saisie et gestion des réclamations. Un protocole de gestion des plaintes et réclamations est disponible dans la gestion documentaire.

<p>Le système de gestion des plaintes et des réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.</p>	<p>Oui</p>	<p>Il existe un dispositif de gestion des plaintes et réclamations dont la secrétaire de Direction assure la gestion, le suivi et l'évaluation, en lien avec le service Qualité. Le système de gestion des plaintes et des réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables, un logiciel permet une interface entre les deux dispositifs. Certaines réclamations non formalisées exprimées verbalement, pouvant au demeurant, se trouver relayées par des FSEI. Les plaintes et FSEI sont rangées dans un classeur spécifique, dès qu'elles sont traitées.</p>
<p><b>E2 Mettre en oeuvre</b></p>	<p><b>Réponses aux EA</b></p>	<p><b>Constats</b></p>
<p>Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés. Il existe un dispositif de gestion des plaintes et réclamations dont la secrétaire de Direction assure la gestion, le suivi et l'évaluation, en lien avec le service Qualité et les professionnels et prestataires concernés.</p> <p>Il existe également une conduite à tenir à réception de toute plainte et/ou réclamation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réception d'une plainte écrite par la direction et accusé de réception de cette plainte ;</li> <li>- Sollicitation des professionnels et/ou prestataires concernés pour éléments de réponse et enquête ;</li> <li>- Rédaction de la réponse au plaignant en fonction des éléments donnés par les professionnels et/ou prestataires ;</li> <li>- Implication des professionnels et/ou prestataires dans la mise en place des actions correctives. Les plaintes sont inscrites à l'ordre du jour de chaque séance de la CRUQpec et celles-ci sont toutes présentées lors des réunions de l'instance.</li> </ul>
<p>Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre. Il reçoit un premier courrier d'accusé de réception de sa plainte. Par la suite le plaignant reçoit un second courrier, après enquête, pour l'informer des actions mises en oeuvre. Ces</p>

	Oui	deux courriers peuvent intervenir simultanément.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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'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. Le Registre des réclamations est tenu à disposition des membres de la CRUQpec. Celui-ci contient un tableau de suivi des plaintes et réclamations, qui a été présenté lors de la visite et commenté par les participants, lors de la rencontre avec les représentants des usagers et ceux de l'administration.

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

### Critère 9.b Evaluation de la satisfaction des usagers

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

Des actions d'amélioration sont mises en 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.	En grande partie	

## CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

# PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS

## Référence 10: La bientraitance et les droits

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

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées.

Oui

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

Partiellement

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

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

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

## Référence 10: La bientraitance et les droits

### Critère 10.b - Hospitalisation à domicile Respect de la dignité et de l'intimité du patient

## Cotation

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Les projets de l'établissement (projets des secteurs d'activité, projets architecturaux) intègrent le respect de la dignité et de l'intimité du patient.

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Les soins, y compris les soins d'hygiène, sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients.

Oui

Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients.

NA

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

### E3 Evaluer et améliorer

### Réponses aux EA

### Constats

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

## Référence 10: La bientraitance et les droits

### Critère 10.c - Hospitalisation à domicile Respect de la confidentialité des informations relatives au patient

## Cotation

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

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

**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.

En grande partie

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.).

En grande partie

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

Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles.	En grande partie	
La mise en œuvre du respect des libertés individuelles est organisée.	Oui	
La réflexion bénéfico-risque et la recherche du consentement du patient ou de son entourage, concernant les restrictions de liberté, font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante, intégrée dans le projet de soins personnalisés.	Oui	
Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.).	En grande partie	
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.	En grande partie	

## 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

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Une organisation relative à l'information donnée au patient est définie.

Oui

Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance.

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Des modalités spécifiques d'information sont mises en oeuvre en cas de diagnostic grave et d'aggravation de l'état de santé, en tenant compte des facultés de compréhension, de discernement et du type d'hospitalisation (HDT, HO, injonction thérapeutique, etc.).

Oui

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

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

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

<b>Cotation</b>	A	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une organisation est définie, permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soins.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	Oui	
Des interventions, visant la recherche d'adhésion du patient au projet de soins, sont réalisées dans les cas d'hospitalisation sans consentement, d'injonction thérapeutique ou de refus de soins.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

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

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

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

**Critère 12.a - Hospitalisation à domicile**  
**Prise en charge de la douleur**



### Cotation

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

La structure a défini une stratégie de prise en charge de la douleur. Une procédure est en place et connue de l'ensemble des acteurs sur les 3 antennes ( La Garde, La Seyne et Brignolles). Celle-ci a été élaborée par le CLUD ,elle décrit le rôle de chacun. Ces éléments permettent de déployer la stratégie de prise en charge au domicile du patient. Le CLUD élabore un plan d'actions dont le bilan est effectué annuellement.

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

En grande partie

Des protocoles sont définis essentiellement sur la mise en place et le suivi des pompes à morphine. Un protocole de prescription anticipée "Narcane" est formalisé. Ceux-ci sont élaborés par les référents douleur des 3 antennes et le personnel concerné. Ces protocoles sont accessibles via intranet. Une réflexion est en cours pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un protocole lors des soins douloureux.

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Des formations actions sont mises en place depuis plusieurs années sur la douleur.Ces formations sont inscrites au plan de formation.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Oui	Le patient et son entourage sont informés par le livret d'accueil.Une sensibilisation est effectuée par les équipes soignantes lors du passage à domicile.Un contrat d'engagement douleur est remis au patient.Celui-ci informe le patient sur la prise en charge de la douleur par le personnel de l'HAD,décrit les différentes formes de douleur y compris psychologique et explique l'utilisation des échelles de mesure.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "traçabilité de l'évaluation de la douleur" et de sa valeur de 73% avec un intervalle de confiance à 95% = [62%-85%] pour la campagne de recueil 2011.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Une évaluation est effectuée pour vérifier l'efficacité d'un antalgique avec les échelles de mesure mises à disposition.Le traitement est réajusté si besoin.Les modifications sont tracées dans le dossier.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Une échelle de mesure est mise en place pour les personnes non communicantes.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	La cellule de coordination évalue l'appropriation et l'utilisation des échelles de mesure lors des réunions hebdomadaires avec les équipes soignantes.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	Une EPP sur la traçabilité de l'évaluation de la douleur a été conduite en 2008.Le questionnaire de sortie permet l'évaluation de la satisfaction des patients sur la prise en charge de la douleur.

Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Des actions d'amélioration sont mises en place.Le CLUD élabore un plan d'actions annuel.L'EPP a permis de réactualiser les outils de mesure .L'audit réalisé dans le cadre de l'indicateur IPAQSS a montré une nette amélioration du score 2011 par rapport à 2010.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	Une convention est établie avec le réseau de soins palliatifs ( RIVAGE).Des actions de formations sont organisées dans le cadre du COMET ( communauté des Etablissements ) .Des intervenants extérieurs participent aux réunions du CLUD .

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

Il existe une organisation pour la prise en charge des patients dont l'état de santé justifie la mise en place d'une démarche palliative (en parallèle ou en substitution d'un traitement curatif) c'est-à-dire d'une stratégie de soins visant à préserver la qualité de vie malgré l'évolution potentiellement mortelle de la maladie. Cette organisation définit les objectifs en matière de prise en charge des besoins des patients atteints de maladies graves, évolutives et potentiellement incurables, les processus ou circuits, en cohérence avec l'organisation globale de l'établissement, les acteurs clefs, les ressources, les indicateurs. L'établissement a des liens formalisés avec différentes structures qui ont des lits identifiés ou des services de soins palliatifs. L'évaluation des besoins est faite tout au long de la prise en charge d'un patient au travers des staffs, via les transmissions des soignants, la communication entre les médecins coordonnateurs et les médecins traitants.

Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	Oui	L'établissement dispose d'une procédure visant à recueillir et inscrire dans le dossier du patient : - l'identité de la personne de confiance qu'il a désignée, - les volontés du patient relatives aux traitements et autres soins qui pourraient lui être délivrés en fin de vie, - les directives anticipées et leur contenu.
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	L'établissement met en œuvre un processus d'information des usagers sur les dispositions de la loi du 22 avril 2005 relatives à la limitation et à l'arrêt des traitements. Lors de toute admission, un livret d'accueil est remis au patient et/ou à son entourage dans lequel sont écrites toutes ces informations. De plus une annexe « accords et autorisations » est à compléter et signer. Et enfin, le livret d'accueil a également une annexe « Zoom sur vos droits ».
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en œuvre.	Oui	L'établissement définit et met en œuvre des projets de prise en charge adaptés à la situation des patients. Ceux ci reposent notamment sur une démarche de projet personnalisé de soins favorisant 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, un dispositif de formation et soutien des professionnels de santé, la tenue de réunions pluriprofessionnelles. Ces projets prévoient de soulager la douleur, apaiser les souffrances psychiques, assurer la meilleure qualité de vie, garantir le droit des patients et offrir une réponse aux besoins spirituels. Pour le soutien et l'accompagnement des proches, il est possible de faire intervenir un psychologue et/ou le service social.

<p>Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les professionnels de santé fréquemment confrontés à des situations nécessitant la mise en oeuvre de soins palliatifs (patients atteints de maladies graves, évolutives et potentiellement incurables, en phase terminale ou non) bénéficient de dispositifs leur permettant de développer leurs compétences en soins palliatifs. Depuis 2008, la formation pluridisciplinaire à la démarche palliative est incluse dans le plan de formation.</p>
<p>Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement concerné par des prises en charge visant à préserver la qualité de vie des patients accueillis malgré l'évolution d'une affection potentiellement mortelle, organise des réunions pluriprofessionnelles . Celles ci visent à réévaluer les stratégies de soins mises en place pour les personnes atteintes de pathologie graves, évolutives et potentiellement incurables, à inscrire les prises de décision dans un cadre collégial, à assurer la compréhension par tous des enjeux et des objectifs poursuivis par la mise en place d'une démarche palliative, en substitution ou en parallèle d'une stratégie curative. Lors des réunions d'équipe ainsi que des staffs hebdomadaires, des discussions sur les patients en fin de vie sont mises en avant du fait que chaque patient est discuté au cas par cas.</p>
<p>Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en œuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement concerné par des situations de fin de vie fréquentes met en place des actions visant à éviter les situations d'épuisement professionnel, soutenir psychologiquement les professionnels de santé confrontés à des prises en charge complexes, contenir les situations de crise par l'intervention d'une psychologue salariée de l'HAD. Des formations internes suite à une situation de crise peuvent être mises en place. Il existe des réunions soignants où ils peuvent exprimer une difficulté face à une situation de crise.</p>

<p>Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement met en oeuvre un processus d'information des professionnels sur l'esprit et les dispositions de la loi du 22 avril 2005. Le dispositif d'information est structuré en terme d'objectifs, cibles, moyens de communication. Les droits des patients sont affichés au sein de l'établissement ; ce document est également intégré dans la Gestion Documentaire. La charte du patient hospitalisé est remise à l'arrivée en HAD. Les professionnels de l'établissement ont ce document dans la gestion documentaire. Dans les classeurs des tournées soignants, la charte des droits des patients y est intégrée. Les droits des patients en fin de vie ont été abordés en réunion soignants en juin 2012. Certains professionnels de l'établissement ont bénéficié d'une formation portant sur les droits des patients et la fin de vie.</p>
<p>L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement a formalisé les conditions d'intervention des associations et des bénévoles. Si des demandes sont formulées par les patients, l'intervention des associations concernées dans les services est effective. L'HAD est conventionnée avec une Association de bénévoles en soins palliatifs (ASP Var) qui est contactée à ce moment-là par le médecin coordonnateur ou la psychologue. Lorsqu'un patient le souhaite, il est possible de faire intervenir cette Association. Une Charte des soins palliatifs et de l'accompagnement a été signée en annexe de la convention. Un modèle de Contrat moral d'engagement nous a été remis par l'ASP Var.</p>
<p><b>E3 Evaluer et améliorer</b></p>	<p><b>Réponses aux EA</b></p>	<p><b>Constats</b></p>
<p>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.).</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'établissement n'a pas structuré un dispositif d'évaluation sur le champ de la prise en charge en fin de vie, ni identifié une personne référente, ni précisé la périodicité de l'évaluation, ni arrêté les méthodes d'évaluation. La concertation avec les instances concernées n'est pas organisée. Seule une évaluation pluriprofessionnelle est mise en place au travers des staffs, via les transmissions des</p>

	Partiellement	soignants et via la communication entre les médecins coordonnateurs et les médecins traitants au cas par cas mais il ne s'agit pas d'une évaluation globale du dispositif de cette prise en charge.
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 aménagées au sein de l'établissement confronté aux décisions de poursuite, de limitation ou d'arrêt des traitements curatifs ou de suppléance vitale. La réflexion comporte une dimension pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire au cours de staff ou de réunion avec le médecin coordonnateur en lien avec le médecin traitant et/ou hospitalier à qui appartient la décision médicale de LATA. Il est possible de faire intervenir l'équipe mobile de soins palliatifs.
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats des réflexions menées dans l'établissement. Des actions d'amélioration sont mises en œuvre dans le cadre du Programme d'Amélioration de la Qualité 2011-2013. Suite à l'auto évaluation de la V2010 un tableau de suivi des actions d'amélioration par critères a été mis en place en mars 2012. La coordination et le suivi de leur mise en œuvre sont structurés en termes de personne référente, plan d'actions, tableau de suivi.

## 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

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

Il existe une procédure concernant la constitution du dossier : dossier administratif, dossier informatisé et dossier domicile. Ces fiches sont à disposition du personnel dans la documentation informatisée tout comme la procédure définissant les règles pour tous les aspects relatifs à la tenue de dossier mise en ligne en novembre 2013.

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

Oui

Les professionnels habilités sont informés et connaissent la conduite à tenir pour accéder aux données de consultations ou hospitalisations antérieures. La procédure « Communication du dossier patient entre les professionnels HAD SV et les correspondants externes » (en date de janvier 2013) précise les outils de communication à disposition des professionnels et des correspondants ainsi que le déroulement du processus.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	En grande partie	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "tenue du dossier patient" et de sa valeur de 66 % avec un intervalle de confiance à 95% =[63-69] pour la campagne de recueil 2011. L'établissement a élaboré et mis en œuvre un plan d'actions visant à améliorer ce score.
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	L'organisation mise en place permet la communication entre l'ensemble des professionnels y compris externes du dossier du patient en temps utile. Le dossier papier au domicile du patient est consultable par tous les intervenants. Le PDA (téléphone mobile) permet la transmission des informations du patient à l'ensemble des acteurs. Le dossier informatisé est accessible par tous les acteurs habilités. Une procédure est formalisée.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur IPAQSS "tenue du dossier". Il a mis en place d'autres évaluations : une EPP en 2010 "améliorer la tenue du dossier" ; un audit en 2012 sur 225 dossiers archivés ; un audit annuel de 30 dossiers.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Des actions d'amélioration sont mises en place en cohérence avec les résultats des évaluations. Celles-ci sont intégrées au plan d'actions qualité et suivies par le service qualité.

## 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

Une procédure "demande d'accès au dossier médical" est élaborée et diffusée. Chaque secrétaire est informée de la mise en œuvre de celle-ci.

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Le patient est informé des droits d'accès à son dossier via le livret d'accueil du patient et oralement lors de son admission.

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

Oui

L'organisation en place permet au patient d'accéder à son dossier dans les délais réglementaires. Un tableau de suivi est en place.

#### 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 aucune demande de dossiers n'a été faite.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.	Oui	La CRUQ est informée de l'organisation mise en place pour répondre au demande éventuelle du 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.

En grande partie

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

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	Partiellement	

## 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.	En grande partie	
Le délai prévisible de prise en charge est annoncé.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le dispositif d'accueil du patient est évalué.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre en lien avec la CRU.	Oui	

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

### Critère 17.a - Hospitalisation à domicile

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

<b>Cotation</b>		
	A	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé, et prend en compte l'ensemble de ses besoins.	Oui	
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	Au vu du contexte, ce critère n'est pas applicable à notre structure.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	Oui	
Un projet de soins 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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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

L'organisation en place permet une permanence des soins 24/24h.Celle -ci assure au patient  
 - un accès téléphonique 24/24h à un professionnel de l'HAD  
 - la visite d'un professionnel paramédical au domicile 24/24h  
 - un avis médical 24/24h ( médecin traitant ou SOS médecin)  
 - un accès à une consultation médicale ou structure assurant la permanence médicale.  
 Les patients sont informés de ces possibilités dès leur admission.Les numéros de téléphone sont inscrits sur la couverture du dossier de soins à domicile.

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

Oui

Des mécanismes de coordination sont définis.Les liens avec les intervenants se font par l'intermédiaire du dossier patient à domicile,par mail,par téléphone mobile(PDA)ou fax.Un mail d'information quotidien est envoyé aux soignants sur les PDA par la cellule de coordination.Un staff hebdomadaire est organisé animé par le médecin coordinateur ,un compte rendu est réalisé pour chaque patient dans le dossier informatisé.La réunion hebdomadaire

	Oui	de l'équipe soignante permet d'échanger et de transmettre les informations .Un guide de partenariat définissant les règles de coordination est signé avec les intervenants extérieurs ( Médecin traitant,IDE,kiné..).
Des modalités de transmission d'informations entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.	Oui	Les modalités de transmissions d'informations entre les secteurs d'activité avec les intervenants extérieurs sont définies.Dans le guide de partenariat dans la rubrique "suivi du patient" un thème transmission et suivi hebdomadaire précise les modes et l'obligation de transmissions.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les secteurs d'activité collaborent afin d'assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	Oui	Une réunion hebdomadaire est réalisée entre la cellule de coordination,le personnel para médical et le pôle psychosocial.Cette rencontre permet de faire le point sur la prise en charge des patients.Un compte rendu du staff hebdomadaire animé par le médecin coordonnateur est à disposition des acteurs dans le dossier patient informatisé.
Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur, lorsque l'état du patient le nécessite.	Oui	L'établissement a signé des conventions pour le recours à des spécialistes et avec les CH de proximité.
Un ou des professionnels référents sont désignés pour la prise en charge du patient.	Oui	Une secrétaire,un médecin coordonnateur ,un IDE coordinateur et une assistante sociale sont désignés pour chaque patient pris en charge pour l'HAD de La Garde.Pour l'antenne de Brignoles et de La Seyne un IDE coordonnateur est référent pour tous les patients.Ces référents sont identifiés dans le dossier informatisé du patient.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	Des fiches d'évènements indésirables sont à disposition du personnel.L'analyse est réalisée par la cellule qualité et des actions d'améliorations sont mises en place.L'analyse du questionnaire de sortie du patient permet également d'évaluer la coordination et la continuité des soins.

## 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

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est définie.	En grande partie	
Cette procédure est remise et expliquée au patient ou à son entourage.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est évaluée à périodicité définie, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Non	

## 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

### Critère 19.a - Enfants et adolescents

#### Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

## Cotation

NA

### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.

NA

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

*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 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 œuvre 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 « Suivi du poids en HAD » et de sa valeur de 28% avec un intervalle de confiance à 95 % = [17%–40%] pour la campagne 2011.

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

## 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

Il n'y a pas eu de "formation" proprement dite avec objectifs, supports, etc., mais seulement une sensibilisation ; par exemple lors des staffs hebdomadaires, par les médecins coordinateurs ou psychologues.

### E3 Evaluer et améliorer

### Réponses aux EA

### Constats

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Partiellement	Il n'y a pas d'évaluations régulières du dispositif de cette prise en charge mais néanmoins le dispositif de prise en charge est ajusté.
Tout suicide ou tentative de suicide, intervenant dans le temps de la prise en charge, fait l'objet d'une analyse pluriprofessionnelle, en particulier psychiatrique, et formalisée.	Oui	
Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient.	Oui	

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.d Hospitalisation sans consentement

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

## Cotation

NA

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

NA

Les procédures d'hospitalisation sans consentement sont définies.

NA

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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

NA

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

NA

L'adhésion du patient à sa prise en charge est recherchée tout au long de son hospitalisation.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les modalités des hospitalisations sans consentement sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en 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**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

L'établissement de santé a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, en concertation avec les professionnels concernés.

Oui

Le projet d'établissement 2013-2017 établit la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient avec objectifs et indicateurs de suivi. Il est tenu compte des actions de bon usage (CBUM), des décisions de la certification, de la prévention des risques associés à chaque étape de la prise en charge. Il est évoqué la gestion et l'utilisation des médicaments à risque et les populations à risque, la formation des professionnels et des nouveaux arrivants aux procédures et protocoles. L'établissement a formalisé le circuit de la prise en charge médicamenteuse au domicile du patient au travers de conventions signées en concertation avec le syndicat des pharmaciens du Var et avec les pharmacies hospitalières (CH Toulon, CH Brignoles, CHITS, CH Hyères).

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

Oui

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse dans sa globalité est intégré au schéma directeur du système d'information et mis à jour dans le nouveau projet d'établissement 2013-2017. Son déploiement planifié est mis en œuvre et suivi dans un tableau de suivi du projet d'informatisation. Il s'appuie sur

	Oui	le cahier des charges sur l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, formalisé en novembre 2013 et en applications des documents de référence (ANAP).
Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Il existe des outils d'aide à la prescription, validés, actualisés et accessibles (Protocole d'aide à la prescription pompes à morphine, protocole Narcan,...). Un support unique de prescription et d'administration a été mis en place en juin 2009. Un ordonnancier spécifique HAD a également été mis en place. Ces documents sont disponibles dans le dossier du patient ainsi que leur mode d'utilisation. Le personnel soignant dispose d'un accès au Vidal sur version informatique mis à jour trimestriellement et consultable au sein de l'HAD et sur les PDA des soignants.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	Il existe des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention des erreurs médicamenteuses : en mars 2012, lors de la campagne nationale sur les risques d'erreurs médicamenteuses, une information a été affichée dans les locaux. Le référent pharmaceutique est identifié (médecin coordinateur). En 2013, cette semaine sécurité a été l'occasion de l'élaboration et de la diffusion d'un quizz « erreurs médicamenteuses » à destination des IDE. Annuellement, une réunion soignante est organisée par le cadre de santé, les IDE coordinateurs et les médecins coordonnateurs sur les risques médicamenteux (en juin 2012). Un courriel de rappel a également été transmis à tous les soignants en juillet 2012. Une formation "prise en charge médicamenteuse" intégrant une thématique spécifique aux erreurs médicamenteuses est inscrite au plan de formation, organisée par un pharmacien à partir d'un programme et d'un support de présentation. Six professionnels ont pu en bénéficier en septembre 2013.

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Partiellement	Excepté le système d'information des officines en externe, l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse n'est pas engagée au niveau de l'établissement en ce qui concerne le circuit du médicament depuis la prescription jusqu'à l'administration au domicile. Pour y parvenir, les prescriptions médicales sont scannées dans le dossier médical informatisé et accessibles à l'ensemble du personnel soignant sur les PDA. L'établissement a validé, en décembre 2013, la mise en place d'un logiciel informatique permettant d'optimiser le circuit du médicament, non déployé à ce jour.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Oui	La prise en charge médicamenteuse au sein de l'établissement fait l'objet d'un suivi quantitatif et qualitatif. Au travers des audits IPAQSS, un suivi du dossier du patient est assuré sur les médicaments. Un audit interne a été réalisé en juillet 2012 lors de l'EPP sur le suivi des prescriptions médicales en HAD. L'établissement réalise le suivi d'autres indicateurs tel que celui de la consommation des molécules onéreuses.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Il existe un dispositif de recueil des erreurs médicamenteuses à la disposition des professionnels concernés. Il existe une organisation pour analyser de façon collective et méthodique les erreurs médicamenteuses. Un référent pharmacovigilance est désigné sur l'établissement (médecin coordinateur). Les soignants sont chargés de faire remonter toutes erreurs médicamenteuses au référent qui, en fonction de la gravité (arbre décisionnel), fait une déclaration. Un bilan de ces déclarations est présenté en COVIRIS. Depuis avril 2012, un point important sur ce sujet est consacré lors des réunions soignants hebdomadaires sur le fait par exemple de réaliser une FEI en cas de dysfonctionnement.

<p>Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les actions d'amélioration sont mises en oeuvre, suivies et coordonnées. La rétro-information des professionnels est assurée. A chaque remontée de la part des soignants, les mesures sont immédiatement prises pour amélioration. Un tableau d'actions d'améliorations de la V2010 a été mis en place grâce à l'auto évaluation permettant de déterminer des axes d'amélioration sur cette thématique. Suite à l'audit IPAQSS, un tableau d'actions d'amélioration a également été formalisé.</p>
---	------------	---

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.

Oui

L'établissement a formalisé les règles de prescription y compris pour les médicaments à risque. Des supports de prescription validés et actualisés sont en place. Il existe un support unique de prescription et d'administration mis en place en juin 2009. Un ordonnancier spécifique HAD a été mis en place. Ces documents sont disponibles dans le dossier du patient ainsi que leur mode d'utilisation. Pour les prescriptions faites par les médecins hospitaliers : des étiquettes (pharmacie) sont mises en place sur le support de prescription du médecin.

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

Oui

L'établissement est organisé pour informer le patient de la nécessité de transmettre aux professionnels son traitement personnel à l'admission. Il existe des procédures de gestion du traitement personnel du patient. Les prescriptions à l'admission et les ordonnances de sortie tiennent compte du traitement dont disposait le patient avant son hospitalisation en HAD, le médecin prescripteur à l'entrée, lors du séjour et à la sortie est le médecin traitant du patient. Lors des transferts en service hospitalier non programmés : le bilan

	Oui	<p>d'admission ou le dernier bilan de suivi est transmis au service en intégrant la dernière prescription médicale.</p> <p>Les soignants sont sensibilisés au suivi des prescriptions médicamenteuses. Toutes les prescriptions sont validées par le médecin coordonnateurs référent du patient et scannées dans le dossier du patient informatisé en plus d'être dans le classeur de soins au domicile.</p> <p>De plus, selon la convention de partenariat signée avec le Syndicat des Pharmaciens du Var, la délivrance nominative des médicaments est engagée. En effet, l'article 5.1 précise que l'HAD s'engage à prendre contact, avant l'entrée du patient en HAD ou, au plus tard le jour de son admission, avec le pharmacien désigné par le patient et/ou l'entourage. D'autre part, l'article 5.2 précise que les pharmaciens d'officine s'engagent, dès l'entrée du patient en HAD, à livrer gratuitement les produits prescrits au domicile du patient et à répéter la livraison selon la périodicité nécessaire. En outre, la livraison s'effectuera dans un délai de 24 heures maximum. En cas de problème, la coordination se réserve le droit de se procurer les médicaments dans une autre pharmacie (pharmacie de garde si possible).</p> <p>De plus, le syndicat des pharmaciens du Var a rédigé un courrier de rappel sur le fonctionnement entre notre structure et les officines de ville.</p>
Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.	En grande partie	<p>L'établissement a formalisé les étapes de la prise en charge médicamenteuse dont la dispensation. Le Manuel « qualité de la prise en charge médicamenteuse » rappelle les exigences réglementaires de la dispensation. La convention de partenariat signée avec le Syndicat des Pharmaciens du Var prévoit la délivrance nominative des médicaments. Les pharmacies d'officine s'engagent, en cas de fermeture ponctuelle, à la continuité du service offert au patient, en terme de délivrance et de livraison des médicaments. L'établissement n'a pas formalisé l'organisation de l'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient, de l'</p>

	En grande partie	information et des conseils aux utilisateurs, ni de la sécurisation du transport quand il est effectué par l'entourage ou une tierce personne.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	L'établissement a formalisé les règles d'administration des médicaments. Il existe des protocoles d'administration des médicaments à risque incluant la double vérification indépendante de la préparation des doses à administrer. Ces documents sont validés, actualisés et accessibles aux professionnels. Le matériel d'administration des médicaments à risque est standardisé (pompes à morphine). Un personnel dédié et formé à la gestion, au rangement des médicaments et en particulier des médicaments à risque est identifié. L'administration fait l'objet d'une traçabilité par les soignants sur le diagramme de soins dans le dossier de soins du patient. Les soignants s'identifient, datent et cochent l'acte de soin en respect avec les règles de l'HAS.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	Compte-tenu de la valeur du critère « Prescription médicamenteuses nécessaires au démarrage de la prise en charge présente ou absente de traitement tracée » de l'indicateur « tenue du dossier » et de sa valeur de 82 % pour la campagne 2011.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	En grande partie	Selon la convention de partenariat signée avec le Syndicat des Pharmaciens du Var, la délivrance nominative des médicaments est engagée. Le développement de l'analyse pharmaceutique par l'officinal est incomplet : le pharmacien d'officine n'a pas connaissance des données biologiques actualisées du patient (par exemple de la clairance de la créatinine) pour une analyse pharmaceutique complète.

Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	Au vu du contexte de la structure ce critère est non applicable.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments. Les situations nécessitant une information des patients ne sont pas identifiées : type de patient, type de médicament (bénéfice / risque), information pendant l'hospitalisation et à la sortie. L'information n'est pas structurée en terme d'objectifs, cible, contenu, support). La traçabilité dans le dossier du patient n'est pas assurée. En novembre 2011 ("semaine de sécurité"), en mars 2012 (campagne nationale sur les risques d'erreurs médicamenteuses), une information a été distribuée auprès de tous les patients.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	La traçabilité est assurée en temps réel par le personnel habilité dans le diagramme de soins. Le support unique de prescription et d'administration est disponible dans le dossier de soins, il est rarement utilisé par les prescripteurs, ne permettant pas la traçabilité de l'administration selon la procédure définie.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	En grande partie	Les professionnels réalisent des audits : audit IPAQSS annuel, une EPP sur le suivi des prescriptions médicales en HAD, des audits sur certaines étapes de la prise en charge médicamenteuse (Cf. Bilan Audit prescription médicale sur le sujet âgé + Bilan Audit prescriptions médicales). Ces audits ne concernent pas la totalité du circuit du médicament et en particulier aucun sur l'administration des médicaments.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	En grande partie	Des actions de bon usage des médicaments ont été mises en oeuvre mais leur bilan n'est pas réalisé, ni diffusé aux professionnels concernés hormis l'EPP sur les prescriptions.

## 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

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

L'établissement dispose d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, en vue notamment de réduire la morbi-mortalité évitable.

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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

En grande partie

Des données de référence telles que celles de la HAS, permettant une prescription médicamenteuse conforme spécifiquement chez le sujet âgé sont identifiées. Une communication de ces données vers les médecins est réalisée dans un mail « bi-mensuel », mis en place depuis novembre 2013. Une mise à disposition sur le site Internet de SSV des données de référence est planifiée en mars 2014.

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

Oui

Quelques rares actions de sensibilisation ont été menées au niveau de l'établissement (au moment de la canicule par exemple). Une formation "prise en charge médicamenteuse" intégrant une thématique spécifique aux personnes âgées est inscrite au plan de formation, organisée par un pharmacien à partir d'un programme et d'un support de présentation. Six professionnels ont pu en bénéficier en

	Oui	septembre 2013.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.	Oui	
Des actions d'amélioration et leur suivi sont mis en œuvre.	Oui	Plusieurs audits ont été réalisés concernant la prescription chez le sujet âgé. En janvier 2013 à partir de 10 dossiers de patients pris en charge en 2012, reconduite en fin d'année à partir de 30 dossiers. Les actions découlant du premier audit sont mises en œuvre, un nouveau plan d'actions est élaboré suite à l'analyse du second audit. Un bilan et le plan d'actions sont présentés en CME.

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

### Critère 21.a - Hospitalisation à domicile

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

## Cotation

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Des règles relatives au circuit du traitement des examens de biologie médicale ou d'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.

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Des outils et conseils d'aide à la prescription, aux prélèvements et au transport sont mis à disposition et connus des professionnels.

Oui

Les demandes d'analyse sont identifiées, argumentées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.

Oui

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

Oui

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

## 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  
Éducation 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.

Partiellement

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

Oui

Une coordination avec les professionnels extra-hospitaliers et les réseaux est organisée.

Oui

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

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

## Référence 24: La sortie du patient

### Critère 24.a - Hospitalisation à domicile Sortie du patient



## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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

En grande partie

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Partiellement	Compte tenu de de la classe pour l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation " et de sa valeur 0% avec un intervalle de confiance à 95% =[0%-0%]pour la campagne de recueil 2011.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	Oui	
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Partiellement	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

## 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.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le suivi des temps d'attente et de passage, selon le degré d'urgence, est en place.	NA	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.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un responsable régule les activités du bloc opératoire afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	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.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un recueil et une analyse des événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en 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.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un recueil et une analyse des événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en 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.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un recueil et une analyse des événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en 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.*

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

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

Le projet personnalisé de prise en charge qui comprend une activité de soins de suite et de réadaptation est élaboré en concertation avec tous les professionnels concernés. La concertation avec le patient et/ou son entourage ou personne de confiance n'est pas établie car non tracée.

### E3 Evaluer et améliorer

### Réponses aux EA

### Constats

Le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs est assuré, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.

Partiellement

Le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs n'est pas assuré spécifiquement sur cette thématique hormis les audits sur la tenue de dossier, les enquêtes de satisfaction.

## 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

Les différentes activités et/ou professions ont mis en place une organisation leur permettant de réaliser des démarches d'EPP mais toutes les catégories de professionnels n'ont pas une organisation structurée et définie en terme d'objectifs, de processus, de responsabilités, de moyens et d'outils d'évaluation en terme d'EPP.

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 la structure cet élément d'appréciation 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 la structure cet élément d'appréciation 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.	En grande partie	
Des actions de communication relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats sont mises en œuvre.	En grande partie	L'établissement met en œuvre un dispositif de communication auprès des professionnels sur les démarches d'EPP mises en place et leurs résultats. Ce dispositif n'est pas structuré en termes d'objectifs, de cibles.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.	Oui	
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique évaluent l'organisation mise en place afin de favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP.	Partiellement	

## Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28.b Pertinence des soins

**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

**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.

En grande partie

**E3 Evaluer et améliorer**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

## Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

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



<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement identifie les indicateurs de pratique clinique pertinents au regard de ses activités.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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 15/01/2013 au 18/01/2013	Certification avec recommandations	rapport de suivi et/ou plan d'action	6
Rapport de suivi	DÉCEMBRE 2013	Certification sans recommandation	/	/

	Visite initiale	Rapport de suivi
14.a (Gestion du dossier du patient) - Hospitalisation à domicile	Recommandation	Décision levée
20.a (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) - Hospitalisation à domicile	Recommandation	Décision levée
20.b (Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé) - Hospitalisation à domicile	Recommandation	Décision levée