

**RAPPORT DE CERTIFICATION DE  
LA CLINIQUE PAUL-PICQUET**

**11, boulevard du Mail  
89100 SENS**

**OCTOBRE 2007**



<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT .....</b>	<b>5</b>
<b>PARTIE 1 - DÉMARCHE QUALITÉ ET ACCRÉDITATION .....</b>	<b>7</b>
I Historique et organisation de la démarche qualité .....	9
II Suivi des décisions de la première procédure d'accréditation .....	10
III Association des usagers à la procédure d'accréditation .....	11
IV Interface avec les tutelles en matière de sécurité .....	11
<b>PARTIE 2 - CONSTATATIONS PAR CHAPITRE .....</b>	<b>13</b>
<b>CHAPITRE I - POLITIQUE ET QUALITÉ DU MANAGEMENT .....</b>	<b>15</b>
<b>CHAPITRE II - RESSOURCES TRANSVERSALES .....</b>	<b>25</b>
A – RESSOURCES HUMAINES .....	27
B – FONCTIONS HÔTELIÈRES ET LOGISTIQUES .....	29
C – ORGANISATION DE LA QUALITÉ ET DE LA GESTION DES RISQUES .....	32
D – QUALITÉ ET SÉCURITÉ DE L'ENVIRONNEMENT .....	35
E – SYSTÈME D'INFORMATION .....	40
<b>CHAPITRE III - PRISE EN CHARGE DU PATIENT .....</b>	<b>45</b>
A – ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET MANAGEMENT DES SECTEURS D'ACTIVITÉ .....	47
B – PARCOURS DU PATIENT .....	49
<b>CHAPITRE IV - ÉVALUATION ET DYNAMIQUES D'AMÉLIORATION .....</b>	<b>71</b>
A – PRATIQUES PROFESSIONNELLES .....	73
B – RESSOURCES HUMAINES .....	78
C – FONCTIONS HÔTELIÈRES ET LOGISTIQUES .....	79
D – SYSTÈME D'INFORMATION .....	80
E – QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES .....	81
F – ORIENTATIONS STRATÉGIQUES .....	84
LISTE DES ACTIONS REMARQUÉES .....	85
<b>PARTIE 3 – DÉCISION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ .....</b>	<b>87</b>
INDEX .....	90



## PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Date de la visite de certification : du 22 au 25 Mai 2007

<b>Nom de l'établissement</b>	Clinique Paul-Picquet	
<b>Situation géographique</b>	<b>Ville</b> : Sens <b>Département</b> : Yonne	<b>Région</b> : Bourgogne
<b>Statut</b> ( <i>privé-public</i> )	Privé	
<b>Type de l'établissement</b> ( <i>CHU, CH, CHS, HL, PSPH, Ets privé à but lucratif</i> )	Ets privé à but lucratif	
<b>Nombre de lits et places</b> ( <i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i> )	116 (103 lits et 13 places) MCO	
<b>Nombre de sites</b> ( <i>de l'ES et leur éloignement s'il y a lieu</i> )	1	
<b>Activités principales</b> ( <i>par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i> )	94 lits et places de chirurgie (appareil digestif, orthopédie, ORL, ophtalmo), 22 en médecine (cardio, cancéro, pneumo)	
<b>Activités spécifiques</b> ( <i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i> )		
<b>Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité</b>		

<p><b>Coopération avec d'autres établissements</b> (GCS, SIH, conventions...)</p>	<p>Convention avec un centre de convalescence pour les SSR (centre Sainte-Colombe, Saint-Denis-les-Sens)  Convention pour la psychiatrie avec la clinique Ker Yonnec (Champigny-sur-Yonne)  Convention avec les radiologues exerçant dans la clinique  Convention avec un laboratoire d'analyses biologiques  GIE pour la radiothérapie (radiothérapie de l'Yonne basée à Auxerre)  GIE pour l'IRM (avec le CH de Sens)  GIE pour la scintigraphie (autorisation accordée, matériel non installé, avec le CH de Sens)  Membre du réseau Oncobourgogne  Collaboration non formalisée par ailleurs avec le CH de Sens (urgences, prise en charge de patients...)</p>
<p><b>Origine géographique des patients</b> (attractivité)</p>	<p>Sens et sa proximité immédiate pour 70 %, plus de 92 % pour le département</p>
<p><b>Transformations récentes</b> (réalisées ou projetées, ou projets de restructuration)</p>	<p>Construction d'un nouvel établissement en cours, à 1 km de distance à vol d'oiseau, opérationnel pour la rentrée scolaire 2008</p>

**PARTIE 1 - DÉMARCHE QUALITÉ ET ACCRÉDITATION**



## **I Historique et organisation de la démarche qualité**

La structure responsable de la démarche qualité n'a pas été modifiée depuis la première itération de l'accréditation (2002), en dehors du départ et du remplacement de certains professionnels. La RAQ est également chef de bloc opératoire, ce qui était également le cas pour la V1. Le comité de pilotage de la démarche d'amélioration continue de la qualité est multiprofessionnel et repose sur des groupes de travail à missions spécifiques avec en ligne de mire la mise en place et la pérennisation d'une synchronisation des actions de l'ensemble des groupes (CLIN, CLUD...) notamment au sein d'un Cogeviris.

## II Suivi des décisions de la première procédure d'accréditation

Niveau de décision (Recommandation/ Réserve)	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des experts-visiteurs	
		Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires	Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires
Reco	Généraliser la traçabilité de la réflexion bénéfice-risque	En cours	Amélioration certaine, mais très variable selon les praticiens	En cours	En fait, modifications incomplètes sur ce plan depuis 2002 malgré les essais de sensibilisation des praticiens (courrier du président de la CME, par exemple).

### **III Association des usagers à la procédure d'accréditation**

La CRUQPEC a été créée et fonctionne, mais les usagers représentatifs nommés par l'ARH participent irrégulièrement aux travaux, l'un d'entre eux n'étant même jamais venu. L'ES a demandé son remplacement à l'ARH qui l'a refusé.

Les usagers ont donc eu connaissance par ce biais de certains éléments de l'AE, mais ils n'ont pas participé directement aux travaux.

Les EV ont rencontré le représentant restant qui s'est engagé à participer de façon plus active au fonctionnement de la CRUQPEC et de l'ES.

### **IV Interface avec les tutelles en matière de sécurité**

La fiche navette n'a pas été complétée par la MRIICE.



## **PARTIE 2 - CONSTATATIONS PAR CHAPITRE**



**CHAPITRE I - POLITIQUE ET QUALITÉ DU MANAGEMENT**



Réf. 1	L'établissement définit et met en œuvre des orientations stratégiques		Cotations
1 a	Les orientations stratégiques prennent en compte les besoins de population, en termes de soins et de prévention.	Les orientations stratégiques ont été élaborées en prenant en compte le SROS et les données relatives à l'état de santé de la population.	A
1 b	Les orientations stratégiques organisent la complémentarité avec les autres établissements du territoire de santé et la participation aux réseaux de santé.	Les orientations stratégiques de l'établissement prévoient la poursuite et/ou la mise en œuvre de partenariats formalisés avec d'autres établissements ainsi que la participation aux réseaux de santé.	A
1 c	La direction, les instances délibératives et consultatives, et les responsables s'impliquent dans la définition des orientations stratégiques.	Le processus d'élaboration des orientations stratégiques (projet d'établissement) favorise la participation des instances et des responsables. Leurs rôles respectifs sont définis et la transmission d'informations organisée. Néanmoins, leur implication n'est pas toujours effective.	B
1 d	La direction et les responsables mettent en œuvre leur politique en conformité avec les orientations stratégiques.	Dans les différents domaines d'activité, la direction et les responsables précisent les choix stratégiques retenus et identifient les objectifs et les moyens nécessaires à leur réalisation. Ils en assurent l'information et le suivi.	A

Réf. 2	L'établissement accorde une place primordiale au patient et à son entourage		Cotations
2 a	Le respect des droits et l'information du patient sont inscrits dans les priorités de l'établissement.	L'établissement intègre le respect des droits et de l'information du patient dans la mise en œuvre de ses orientations stratégiques et dans son organisation. La sensibilisation des professionnels est assurée.	A
2 b	L'expression du patient et de son entourage est favorisée.	Les entretiens et les échanges entre les professionnels, les patients et leur entourage sont réalisés dans des conditions propices à l'expression. Des locaux adaptés sont disponibles à cet effet. Le recueil des suggestions et des plaintes est organisé.	A
2 c	Une réflexion éthique autour de la prise en charge du patient est conduite.	L'établissement identifie et traite les sujets nécessitant une réflexion éthique.	A
2 d	La politique hôtelière prend en compte les attentes des patients.	Les attentes des patients sur le plan hôtelier sont recueillies et prises en compte. Elles permettent de définir et de mettre en œuvre une politique hôtelière.	A
2 e	Les représentants des patients participent à l'évaluation et à l'amélioration des services rendus par l'établissement.	Les représentants d'usagers sont désignés. Cependant, ils ne participent que de façon très irrégulière à la vie de l'établissement ou aux démarches qualité.	C

Réf. 3	<b>La politique des ressources humaines est en conformité avec les missions et les orientations stratégiques de l'établissement</b>		<b>Cotations</b>
3 a	Les responsabilités dans la gestion des ressources humaines sont identifiées.	Les différents intervenants sur la gestion des ressources humaines sont identifiés tant au niveau de l'établissement que des secteurs d'activité ; leurs rôles respectifs et leurs interfaces sont définis et connus de l'ensemble du personnel de l'établissement.	A
3 b	Une gestion prévisionnelle permet l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement.	Il existe une politique d'anticipation des besoins en personnel à court, moyen et long terme dans une dimension à la fois quantitative et qualitative au sein de l'établissement et des secteurs d'activité sur la base d'outils partagés.	A
3 c	L'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques professionnels font partie des objectifs de la politique des ressources humaines.	Les conditions de travail et les risques professionnels sont évalués mais le plan d'amélioration des conditions de travail n'est pas finalisé. Des actions de suivi et d'évaluation sont planifiées.	B
3 d	La motivation des personnels est recherchée en favorisant leur adhésion et leur implication.	Des actions sont définies et conduites au sein de l'établissement de santé pour favoriser l'adhésion, la participation et la motivation des personnels.	A

Réf. 4	<b>La politique du système d'information et du dossier du patient est définie en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement</b>		<b>Cotations</b>
4 a	Le schéma directeur du système d'information s'appuie sur les orientations stratégiques de l'établissement.	Le schéma directeur a été élaboré et approuvé en s'appuyant sur l'identification et la hiérarchisation des besoins stratégiques de l'établissement en information.	A
4 b	Les projets du système d'information sont définis et hiérarchisés en fonction des processus à optimiser, en recherchant l'adhésion des professionnels concernés et, en cas d'informatisation, de la maturité du marché.	Les projets du SI sont définis et hiérarchisés à partir d'une identification des domaines et processus à optimiser, en tenant compte de la maturité du marché. Les différents utilisateurs y sont associés.	A
4 c	Des méthodes de conduite de projet prenant en compte l'expression des besoins des utilisateurs permettent de réaliser les projets du système d'information.	Des méthodes de conduite de projet prenant en compte l'expression des besoins des utilisateurs sont utilisées. Leur efficacité est régulièrement évaluée mais de façon encore informelle.	B
4 d	Les professionnels concernés reçoivent un accompagnement et une formation pour traiter et utiliser les données.	Les personnels utilisateurs bénéficient d'une formation adaptée et d'un accompagnement personnalisé permettant un traitement et une utilisation efficace des données.	A
4 e	Une politique du dossier du patient est définie afin d'assurer la qualité et la continuité des soins.	Une politique du dossier du patient cohérente avec les orientations stratégiques est définie en associant les instances et les professionnels concernés. Cette politique favorise la confidentialité, la fiabilité, l'accessibilité et le stockage des informations ainsi que la coordination des professionnels et des secteurs d'activité.	A

Réf. 5	L'établissement définit et met en œuvre une politique de communication		Cotations
5 a	La direction et les responsables développent une politique de communication interne.	La direction et les responsables identifient les objectifs devant faire l'objet d'une communication interne, définissent les moyens et les personnes chargées de mettre en œuvre la politique de communication.	A
5 b	Les orientations stratégiques, leur mise en œuvre et leurs résultats sont connus de l'ensemble des professionnels de l'établissement.	L'organisation de la communication est en place dans l'établissement. Elle permet de s'assurer que l'ensemble des professionnels connaît les orientations stratégiques, leur mise en œuvre et leurs résultats.	A
5 c	La direction et les responsables développent une politique de communication à destination du public et des correspondants externes.	Un dispositif est défini et mis en place afin que le public et les correspondants externes aient accès aux orientations stratégiques et à la vie de l'établissement.	A

Réf. 6	<b>L'établissement définit une politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques intégrée aux orientations stratégiques</b>		<b>Cotations</b>
6 a	La direction et les instances définissent les priorités et les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.	Les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de gestion des risques sont définis et hiérarchisés de manière concertée entre la direction et les instances. Ils sont communiqués aux professionnels.	A
6 b	La politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques intègre l'évaluation des pratiques professionnelles.	Malgré l'implication du management, les EPP ne font pas encore partie intégrante de la démarche d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques dans l'établissement. Le manque de formation ne permet pas la formalisation et la mise en œuvre d'actions structurées. Le soutien et la participation de la CME sont inconstantes. La communication se fait par le canal de l'information sur la démarche de certification.	C
6 c	Les responsabilités concernant la gestion de la qualité et des risques sont identifiées.	Les responsabilités des professionnels concernant la qualité et la gestion des risques sont définies quel que soit leur niveau d'intervention (responsable hiérarchique, responsable de fonction transversale, professionnel).	A

Réf. 7	<b>L'établissement met en œuvre une politique d'optimisation de ses ressources et de ses moyens en adéquation avec les orientations stratégiques</b>		<b>Cotations</b>
7 a	Les coûts des activités sont connus et leur maîtrise est assurée.	Les coûts des activités sont connus et transmis aux responsables. À partir de l'exploitation et de l'analyse des résultats, des mesures d'ajustement sont mises en œuvre avec les responsables des services afin d'assurer la maîtrise des coûts.	A
7 b	La réalisation et le financement des investissements sont planifiés de façon pluriannuelle.	La prévision et l'organisation des investissements à réaliser et à financer permettent une planification pluriannuelle. Celle-ci est opérationnelle et son suivi assuré par des responsables identifiés de l'établissement.	A
7 c	Une politique d'optimisation des équipements est mise en œuvre.	Les modalités d'utilisation des équipements permettent leur optimisation. La mutualisation des équipements en interne et en externe est organisée.	A



**CHAPITRE II - RESSOURCES TRANSVERSALES**



**A – RESSOURCES HUMAINES**

<b>Réf. 8</b>	<b>Le dialogue social est organisé au sein de l'établissement</b>		<b>Cotations</b>
8 a	Les instances représentatives des personnels sont consultées à périodicité définie et traitent des questions relevant de leur compétence.	Les instances sont réunies périodiquement conformément à la réglementation. Un suivi est assuré sur les thèmes ayant fait l'objet de leurs avis et suggestions.	A
8 b	D'autres modalités sont également prévues pour faciliter le dialogue social et l'expression des personnels.	Au-delà des instances représentatives, d'autres modalités sont définies et mises en œuvre pour faciliter le dialogue social et l'expression des personnels. Le suivi de ces actions est assuré.	A

Réf. 9	Les processus de gestion des ressources humaines sont maîtrisés		Cotations
9 a	Le recrutement de l'ensemble des personnels est organisé.	Une politique de recrutement est définie. Les différents acteurs sont identifiés. Les modalités de recrutement sont formalisées intégrant l'adéquation des compétences aux conditions d'exercice.	A
9 b	L'accueil et l'intégration des personnels sont assurés.	Une politique d'accueil et d'intégration est organisée à l'échelle institutionnelle. Son impact est régulièrement évalué et son programme réajusté.	A
9 c	La formation continue, y compris médicale, contribue à l'actualisation et à l'amélioration des compétences des personnels.	Il existe un plan de formation y compris médicale qui permet de répondre aux orientations stratégiques de l'établissement de santé et des secteurs d'activité, aux besoins individuels, notamment en termes de promotion, et qui associe dans son élaboration les différents acteurs institutionnels. Sa mise en œuvre est maîtrisée (recueil de besoins, critères de priorisation, politique de choix et d'achat de formations, etc.) et évaluée.	A
9 d	L'évaluation des personnels est mise en œuvre.	L'évaluation des personnels est mise en place et ses résultats sont utilisés dans le cadre de la politique de gestion des ressources humaines.	A
9 e	La gestion administrative des personnels assure la qualité et la confidentialité des informations individuelles.	Des modalités de gestion sont définies, diffusées, appropriées et appliquées par l'ensemble des gestionnaires du personnel. Elles garantissent les principes de disponibilité, d'intégrité, de confidentialité et de sécurité des dossiers du personnel.	A

**B – FONCTIONS HÔTELIÈRES ET LOGISTIQUES**

Réf. 10	<b>Les fonctions hôtelières, assurées par l'établissement ou externalisées, sont adaptées aux besoins et aux attentes du patient et de son entourage</b>		<b>Cotations</b>
10 a	Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité du patient.	Les locaux et l'organisation des soins ne permettent pas le respect de l'intimité et de la dignité du patient tout au long de sa prise en charge et dans tous les secteurs de l'établissement, mais ces problèmes devraient être largement résolus dans le nouvel établissement en cours de construction. Les professionnels sont sensibilisés sur ce thème.	B
10 b	Les conditions d'hébergement des personnes handicapées ou dépendantes sont adaptées.	Les locaux et l'organisation des soins ne sont pas toujours adaptés aux besoins des patients handicapés ou dépendants. Les professionnels sont formés et sensibilisés à la spécificité de cette prise en charge.	B
10 c	La prestation restauration répond aux besoins nutritionnels spécifiques, et prend en compte les préférences et les convictions du patient.	Les besoins nutritionnels spécifiques, les préférences et les convictions sont identifiés et pris en compte. Les professionnels des différents secteurs y contribuent de façon coordonnée.	A
10 d	Des solutions d'hébergement et de restauration sont proposées aux accompagnants.	Des possibilités d'hébergement et de restauration sont offertes aux accompagnants. Celles-ci sont connues des professionnels, des patients et de leur entourage.	A

Réf. 11	<b>Les fonctions logistiques, assurées par l'établissement ou externalisées, sont organisées pour assurer la maîtrise de la qualité et de la sécurité des prestations</b>		<b>Cotations</b>
11 a	La qualité et l'hygiène de la restauration sont assurées.	Une évaluation externe permet de vérifier l'existence d'un système d'assurance qualité de la restauration. À défaut, le système d'assurance qualité comporte l'existence d'une démarche HACCP, de protocoles et d'audits. La distribution est organisée. L'établissement assure l'adaptation des prestations aux attentes des patients.	A
11 b	La qualité et l'hygiène en blanchisserie, et dans le circuit de traitement du linge, sont assurées.	Le programme qualité est assuré par l'application des protocoles établis à toutes les étapes de la fonction blanchisserie. L'établissement assure la formation des personnels, la diffusion des protocoles et l'évaluation à périodicité définie.	A
11 c	Le transport du patient entre les secteurs d'activité internes et/ou externe de l'établissement permet la continuité des soins, le respect concernant la dignité, la confidentialité et la sécurité, notamment l'hygiène.	La fonction transport (interne et externe) est organisée et le personnel est formé dans le but d'assurer l'hygiène, la continuité des soins et le respect des droits du patient.	A

Réf. 12	Les approvisionnements sont assurés		Cotations
12 a	Les besoins des secteurs d'activité sont évalués sur le plan quantitatif et sur le plan qualitatif.	Les besoins des secteurs d'activité sont régulièrement évalués et pris en compte. Les procédures tiennent compte des évolutions de l'activité et du contexte. Les professionnels sont satisfaits de la réponse donnée à leurs besoins.	A
12 b	Les personnels utilisateurs sont associés aux procédures d'achat.	L'association des utilisateurs est définie dans les procédures d'achats et elle est effective.	A
12 c	Les secteurs d'activité utilisateurs sont approvisionnés à périodicité définie, et des dispositions d'approvisionnement en urgence sont établies.	Les procédures d'approvisionnements réguliers et en urgence sont opérationnelles.	A

**C – ORGANISATION DE LA QUALITÉ ET DE LA GESTION DES RISQUES**

Réf. 13	Un système de management de la qualité est en place		Cotations
13 a	L'écoute des patients est organisée.	L'établissement dispose d'une organisation permettant le recueil et l'analyse des besoins, des attentes, de la satisfaction et des plaintes des patients. Ce système permet la mise en place d'actions d'amélioration.	A
13 b	Le programme d'amélioration continue de la qualité comporte des objectifs précis, mesurables dans le temps.	De nombreuses actions d'amélioration hiérarchisées et déclinées en fonction d'objectifs précis en cohérence avec la politique qualité sont définies annuellement. Néanmoins ces actions ne sont pas formalisées, les indicateurs ne sont pas définis et il n'y a pas de communication par manque de formalisation.	C
13 c	Le programme d'amélioration continue de la qualité prend en compte les résultats issus de différentes formes d'évaluation internes et externes.	La visibilité globale sur les différentes évaluations internes et externes réalisées et l'utilisation de leurs résultats pour définir des actions d'amélioration de la qualité n'est pas optimale par manque de formalisation du programme d'actions d'amélioration.	C
13 d	La formation des professionnels à la qualité est assurée.	L'établissement analyse les besoins de formation à la qualité et met en œuvre une formation adaptée en rapport avec les actions qualité. Cependant la pertinence de son mode de formation à l'ensemble des professionnels n'est pas évaluée.	B
13 e	Le déploiement de la démarche et des actions qualité dans les secteurs d'activité est organisé.	L'établissement met en œuvre les actions permettant le déploiement de la démarche qualité dans les secteurs d'activité. Des référents par secteurs sont identifiés et leurs responsabilités clarifiées. Des actions sont conduites dans les différents secteurs.	A
13 f	La gestion documentaire est organisée.	L'établissement a organisé son système de gestion documentaire. L'ensemble des professionnels est formé à l'utilisation de ce système. Ce système permet un accès facile à l'information.	A
13 g	Le suivi du programme d'amélioration de la qualité est assuré.	Malgré le manque de formalisation du programme d'actions d'amélioration, l'établissement a mis en place des dispositions permettant d'assurer le suivi des actions d'amélioration de la qualité. De nombreux outils de communication sont à disposition des personnels.	B

Réf. 14	La gestion des risques est organisée et coordonnée		Cotations
14 a	Les informations relatives aux risques sont rassemblées et organisées.	L'établissement dispose d'une visibilité sur l'ensemble de ses risques grâce à un regroupement des informations et une veille réglementaire en matière de sécurité. Il partage ces informations avec les différents professionnels. Néanmoins, le bilan annuel des déclarations d'incidents ou d'accidents relatifs aux risques hospitaliers n'est plus réalisé depuis 2005.	B
14 b	Des dispositions sont en place pour identifier et analyser <i>a priori</i> les risques.	L'établissement met en œuvre une démarche structurée d'identification et d'analyse des risques <i>a priori</i> pour laquelle des responsabilités sont définies par domaine de risques.	A
14 c	Des dispositions sont en place pour identifier et analyser <i>a posteriori</i> les risques.	L'établissement met en œuvre une démarche structurée d'identification et d'analyse des incidents et accidents survenus. Les responsabilités sont définies pour l'identification, le signalement et l'analyse.	A
14 d	Les résultats issus des analyses de risque permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter.	Des actions de réduction des risques sont hiérarchisées et mises en œuvre. Les instances et les professionnels sont impliqués.	A
14 e	La gestion d'une éventuelle crise est organisée.	Une organisation est en place pour faire face à une situation de crise : cellule de crise, circuits d'alerte, formation des professionnels. Les modalités de communication sont définies. La recherche de l'exhaustivité des crises possibles pour l'établissement n'a pas fait l'objet d'une réflexion approfondie. Des scénarios ne sont pas établis et des exercices de crise ne sont pas mis en œuvre.	B
14 f	L'organisation des plans d'urgence pour faire face aux risques exceptionnels est en place.	L'établissement est organisé pour faire face aux risques exceptionnels. Les plans d'urgence sont formalisés et actualisés ; les professionnels connaissent les modalités de mise en œuvre et leur rôle dans le dispositif par la formation et la participation à des simulations. Des actions de communication complètent cette organisation.	A

Réf. 15	Un dispositif de veille sanitaire est opérationnel		Cotations
15 a	Les procédures à mettre en œuvre en cas d'événement indésirable sont en place et sont connues des professionnels.	L'établissement a défini les procédures à mettre en œuvre en cas d'événement indésirable. Les responsabilités sont identifiées. Les procédures sont connues des professionnels.	A
15 b	La traçabilité des produits de santé est assurée.	L'établissement a défini les modalités de traçabilité des produits de santé et les met en œuvre. Les responsabilités sont définies. Ces modalités sont connues des professionnels concernés. L'établissement s'assure de la fiabilité et de l'exhaustivité du système.	A
15 c	Une organisation permettant de répondre à une alerte sanitaire concernant les produits de santé est en place.	L'établissement a mis en place une organisation permanente lui permettant de répondre à une alerte sanitaire concernant les produits de santé. Les responsabilités sont définies et les professionnels concernés, formés.	A
15 d	La coordination des vigilances entre elles et avec le programme global de gestion des risques est assurée.	L'établissement a mis en place une organisation permettant la coordination des vigilances entre elles et des vigilances avec la gestion des risques.	A
15 e	Une coordination est assurée entre l'établissement et les structures régionales et nationales de vigilances.	L'établissement a mis en place une organisation assurant la coordination des vigilances avec les structures régionales et nationales de vigilance.	A

**D – QUALITÉ ET SÉCURITÉ DE L'ENVIRONNEMENT**

Réf. 16	<b>Un programme de surveillance et de prévention du risque infectieux, adapté au patient et aux activités à risque, est en place</b>		<b>Cotations</b>
16 a	Les patients et les activités à risque infectieux sont identifiés et un programme de surveillance adapté est en place.	Une identification des patients et des activités à risque, dans ce type d'établissement, a été réalisée et un programme de surveillance est mis en œuvre. Son suivi est assuré.	A
16 b	Une formation de l'ensemble des professionnels à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux spécifique à la prise en charge est assurée.	L'établissement a organisé pour l'ensemble du personnel une formation régulière adaptée aux besoins spécifiques de la prise en charge, actualisée sous la direction du CLIN et régulièrement évaluée.	A
16 c	Des protocoles ou procédures de maîtrise du risque infectieux, validés, sont utilisés.	Il existe des protocoles et procédures de maîtrise du risque infectieux, validés par le CLIN, adaptés aux activités de l'établissement. Leur utilisation est évaluée.	A
16 d	Le bon usage des antibiotiques, dont l'antibioprophylaxie, est organisé.	Des règles de bonnes pratiques sont en place et diffusées, concernant l'usage des antibiotiques et l'antibioprophylaxie. Elles font l'objet d'une actualisation régulière.	A
16 e	Un programme de prévention et de prise en charge des infections touchant les professionnels, y compris les professionnels temporaires et les étudiants, est établi en concertation avec la médecine du travail.	Le risque infectieux des professionnels (y compris étudiants, stagiaires et intérimaires) est évalué à périodicité définie, et un programme concerté de prévention et de prise en charge des infections est élaboré et mis en œuvre.	A
16 f	Le signalement des infections nosocomiales est organisé et opérationnel.	Le dispositif de signalement des infections nosocomiales est opérationnel. Les professionnels de l'établissement le connaissent. Il repose sur la formation et l'information de tous les professionnels de l'établissement.	A
16 g	Un dispositif permettant l'alerte, l'identification, la gestion d'un phénomène épidémique est en place.	Une information et une formation de l'ensemble des professionnels permettent de connaître le dispositif (alerte, identification et gestion) mis en place face à un phénomène épidémique. Des mesures préventives permettent d'éviter la survenue ou la récurrence d'un tel phénomène.	A

Réf. 17	La gestion des risques liés aux dispositifs est assurée		Cotations
17 a	Le prétraitement et la désinfection des équipements et dispositifs médicaux font l'objet de dispositions connues des professionnels concernés.	Les professionnels chargés du prétraitement et de la désinfection des dispositifs médicaux et des équipements sont formés et utilisent des protocoles validés.	A
17 b	En stérilisation, la maîtrise de la qualité est assurée.	L'établissement a mis en place un système d'assurance qualité en stérilisation basé sur la formation et l'information des personnels concernés, l'actualisation des pratiques, le recueil des dysfonctionnements et la mise en place des actions d'amélioration correspondantes.	A
17 c	La maintenance préventive et curative des dispositifs médicaux est assurée.	La politique est définie et l'organisation de la maintenance préventive et curative des dispositifs médicaux est en place. Elles sont connues des utilisateurs. Les dysfonctionnements sont analysés et les actions d'amélioration mises en œuvre.	A

Réf. 18	La gestion des risques liés à l'environnement, hors infrastructures et équipements, est assurée		Cotations
18 a	L'hygiène des locaux est assurée.	L'établissement a mis en place une démarche permettant d'assurer l'hygiène des locaux, basée sur l'adaptation des pratiques de nettoyage des locaux en fonction du risque. Les personnels concernés sont formés. Des contrôles et des évaluations sont effectués et des actions d'amélioration mises en œuvre.	A
18 b	La maintenance et le contrôle de la qualité de l'eau sont adaptés à ses différentes utilisations.	L'établissement a mis en place une démarche permettant d'assurer la qualité de l'eau dans ses différentes utilisations, basée sur l'application des normes de sécurité, la formation des personnels, la mise en œuvre de contrôles périodiques et des actions d'amélioration.	A
18 c	La maintenance et le contrôle de la qualité de l'air sont adaptés aux secteurs d'activité et aux pratiques réalisées.	L'établissement a mis en place une démarche permettant d'assurer la qualité de l'air, adaptée aux secteurs d'activité et aux pratiques réalisées. Elle est basée sur l'application des normes de sécurité, la formation des personnels, la mise en œuvre de contrôles périodiques et des actions d'amélioration.	A
18 d	L'élimination des déchets, notamment d'activité de soins, est organisée.	Une organisation d'élimination des déchets est en place. Les professionnels sont formés, des mesures de protection sont en place. Les dysfonctionnements sont régulièrement analysés et suivis d'actions d'amélioration.	A
18 e	Le CLIN et l'équipe opérationnelle d'hygiène sont associés à tout projet pouvant avoir des conséquences en termes de risque infectieux.	Tout nouveau projet d'aménagement des locaux, d'équipement matériel ou de réorganisation est soumis à la consultation du CLIN pour en apprécier les risques infectieux. Une coordination des acteurs, intégrant l'EOHH est mise en place.	A

Réf. 19	La sécurité et la maintenance des infrastructures et des équipements, hors dispositifs médicaux, sont assurées		Cotations
19 a	La sécurité des bâtiments, des installations et des équipements fait l'objet d'un suivi.	Le suivi de la sécurité des bâtiments, des installations et des équipements est assuré. Les dysfonctionnements sont identifiés et traités.	A
19 b	La prévention du risque incendie est organisée et les professionnels bénéficient d'une formation programmée et régulièrement actualisée.	L'établissement s'assure du passage régulier de la commission de sécurité et met en œuvre les mesures prescrites. La formation actualisée, la connaissance des consignes de sécurité et des protocoles d'alerte, les exercices de simulation et les dispositions vis-à-vis du tabagisme complètent le dispositif de prévention.	A
19 c	La maintenance préventive et curative est assurée.	L'organisation mise en place permet d'assurer la maintenance préventive et curative des infrastructures et des équipements. L'établissement évalue régulièrement l'état des bâtiments mais l'efficacité du dispositif mis en place n'est pas évaluée.	B
19 d	Les protocoles d'alerte et d'intervention concernant la sécurité des infrastructures sont disponibles et connus des professionnels.	Il existe des protocoles d'alerte et d'intervention, diffusés à l'ensemble des professionnels. Leur appropriation par les professionnels est effective.	A

Réf. 20	La sécurité des biens et des personnes est assurée		Cotations
20 a	La conservation des biens des patients et des professionnels est organisée.	Des dispositions, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement, sont mises en œuvre pour assurer la conservation des biens des patients et des professionnels.	A
20 b	Des mesures préventives pour assurer la sécurité des personnes sont mises en œuvre.	L'établissement a mis en œuvre les mesures préventives de sécurité des personnes dans tous les secteurs.	A
20 c	Des dispositions d'alerte concernant la sécurité des biens et des personnes sont en place et connues de tous.	Des dispositions d'alerte concernant la sécurité des biens et de personnes sont mises en œuvre. Les rôles respectifs des professionnels et des patients (entourage) sont connus.	A

**E – SYSTÈME D'INFORMATION**

Réf. 21	Le recueil et la mise à disposition de l'information sont organisés dans l'établissement		Cotations
21 a	Les bases de connaissances utiles à la réalisation des différentes activités sont à la disposition des professionnels.	Le recueil des connaissances utiles aux utilisateurs est organisé. Les supports et le mode de communication en permettent l'accès aux professionnels.	A
21 b	Les données nécessaires à la prise en charge des patients sont communiquées en temps utile et de façon adaptée aux besoins.	L'organisation permet la mise à disposition des professionnels concernés des données nécessaires aux différents stades de la prise en charge du patient en temps utile et dans les différents secteurs d'activité, sous une forme adaptée aux besoins.	A
21 c	Le système de communication interne permet la coordination des acteurs de la prise en charge en temps voulu.	L'identification, l'organisation et l'adaptation des moyens de communication interne favorisent la coordination en temps voulu des acteurs de la prise en charge du patient.	A
21 d	Les données nécessaires au suivi des activités et au pilotage de l'établissement sont recueillies et transmises aux responsables.	L'établissement a identifié et recueilli les données nécessaires au suivi de son activité. Les responsables des secteurs d'activité en sont destinataires.	A
21 e	Le contrôle qualité des données est en place.	Un contrôle de la qualité des données est effectué régulièrement dans les différents champs du système d'information. L'analyse et l'exploitation de ces contrôles sont également effectuées.	A

Réf. 22	Une identification fiable et unique est assurée		Cotations
22 a	Une politique d'identification du patient est définie.	À partir d'un état des lieux, l'établissement a défini une politique d'identification du patient et les responsables chargés de sa mise en œuvre et de son suivi.	A
22 b	Des procédures de contrôle de l'identification du patient sont mises en œuvre.	Il existe des procédures de contrôle de l'identification du patient tout au long de sa prise en charge. Elles sont diffusées, mises en œuvre et évaluées.	A
22 c	Lorsque l'établissement échange des données personnelles de santé avec une autre structure sanitaire, il veille à mettre en concordance les identités que les deux structures utilisent (rapprochement).	Il existe des modalités de mise en concordance des identités lors des échanges de données entre l'établissement et d'autres structures sanitaires. Leur mise en œuvre fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation.	A

Réf. 23	La sécurité du système d'information est assurée		Cotations
23 a	Une politique de sécurité est mise en œuvre pour assurer l'intégrité, la disponibilité, la confidentialité des données et l'audibilité du système d'information.	L'établissement a défini une politique de sécurité, il met en œuvre les mesures nécessaires pour assurer l'intégrité, la disponibilité, la confidentialité des données et l'audibilité du système d'information.	A
23 b	La sécurité du système d'information est évaluée lors d'un diagnostic initial puis à périodicité définie.	Des évaluations régulières concernant la sécurité du SI sont mises en œuvre et des actions sont définies en fonction des résultats obtenus.	A
23 c	Les traitements de données à caractère personnel font l'objet des démarches et formalités prévues par la législation Informatique et libertés.	Les démarches et formalités prévues concernant les déclarations à la CNIL et l'information du patient sont réalisées.	A

Réf. 24	Le dossier du patient obéit à des règles de gestion définies pour l'ensemble des secteurs d'activité		Cotations
24 a	Les règles de tenue du dossier de patient sont connues des différents intervenants.	Des règles définissant le contenu et la tenue du dossier du patient sont élaborées. Elles sont connues des professionnels concernés et l'établissement s'assure de leur utilisation.	A
24 b	Les règles de communication du dossier du patient sont connues des professionnels concernés.	Des règles précisant les modalités de communication du dossier du patient sont élaborées. Elles sont connues des professionnels concernés et l'établissement s'assure de leur utilisation.	A
24 c	Les règles de conservation du dossier du patient sont connues des professionnels concernés.	L'établissement a développé une communication et/ou une formation régulière des professionnels concernés sur les règles de conservation du dossier du patient. Il s'assure de leur application.	A
24 d	Les professionnels connaissent leurs responsabilités dans la préservation de la confidentialité des données personnelles.	Les professionnels concernés par la confidentialité des données personnelles sont identifiés. Les règles garantissant sa préservation sont connues.	A
24 e	L'accès aux dossiers est organisé pour le patient et/ou les personnes habilitées.	L'organisation mise en place par les responsables assure l'accès au dossier pour le patient et les personnes habilitées. Elle est connue des professionnels et des patients.	A



**CHAPITRE III - PRISE EN CHARGE DU PATIENT**



**A – ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET MANAGEMENT DES SECTEURS D'ACTIVITÉ**

Réf. 25	Les responsables des secteurs d'activité exercent pleinement leur rôle		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
25 a	Les responsables prévoient les évolutions de leur secteur d'activité en cohérence avec les choix stratégiques de l'établissement.	L'établissement ne voit pas à l'heure actuelle la nécessité d'élaborer des projets par secteurs d'activité mais préfère avoir une vision globale des projets qui s'inscrivent dans les orientations stratégiques de l'établissement.	C				
25 b	Les responsables organisent les activités de leur secteur et identifient les moyens nécessaires à leur réalisation.	L'implication des responsables permet d'assurer une organisation compétente et efficiente de leur secteur d'activité.	A				
25 c	Les responsables organisent la complémentarité avec les autres structures et la participation à des réseaux de santé dans leur domaine.	Les responsables des secteurs d'activité définissent ou participent à la définition des champs de complémentarité et de partenariat potentiels. L'organisation mise en place est formalisée et les modes de fonctionnement permettent d'en assurer le suivi. Néanmoins la complémentarité avec le service social n'est pas optimale.	B				
25 d	Les responsables des secteurs d'activité décident, dans le cadre de leurs attributions, des actions à mettre en œuvre dans leur secteur.	Les responsables des secteurs d'activité définissent leur processus décisionnel dans le cadre de leurs attributions.	A				
25 e	Les responsables motivent les personnels de leur secteur d'activité en favorisant leur adhésion et leur implication.	Les responsables s'impliquent dans le développement de la motivation de leur équipe. Des moyens et mécanismes d'intéressement sont mis en œuvre pour favoriser la motivation tant individuelle que collective.	A				
25 f	Les responsables veillent à la bonne utilisation des moyens alloués.	Les responsables s'impliquent dans l'efficacité de leur secteur d'activité et disposent d'outils et de moyens permettant de s'assurer de la bonne utilisation des ressources.	A				

			<b>Cotations</b>					
25 g	Les responsables développent des démarches d'évaluation et d'amélioration.	Les responsables sont institutionnellement impliqués dans l'évaluation et l'amélioration des performances de leur secteur d'activité. Ils disposent des outils et de la formation pour le faire.	A					

**B – PARCOURS DU PATIENT**

Réf. 26	Les droits et la dignité du patient (résidant – USLD) sont respectés		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
26 a	La confidentialité des informations relatives au patient (résidant – USLD) est garantie.	Les pratiques professionnelles et les moyens mis en place, en particulier les actions de sensibilisation, permettent d'assurer le respect de la confidentialité des données à caractère médical ou social et leur accès par les seules personnes autorisées.	A				
26 b	Le respect de la dignité et de l'intimité du patient (résidant – USLD) est préservé tout au long de sa prise en charge.	Les pratiques professionnelles et les moyens mis en place, en particulier les actions de sensibilisation, permettent d'assurer le respect de la dignité et de l'intimité des patients malgré les difficultés architecturales.	B				
26 c	La prévention de la maltraitance du patient (résidant – USLD) au sein de l'établissement est organisée.	Les professionnels sont partiellement sensibilisés à la prévention de la maltraitance et n'appliquent pas systématiquement les bonnes pratiques notamment en matière de contention. Les situations à risque sont identifiées et un système de signalement est en place.	B				
26 d	La volonté du patient (résidant – USLD) est respectée.	La volonté du patient est respectée pour ce qui concerne l'acceptation des soins, les pratiques religieuses et culturelles, dans les limites du possible et de la déontologie médicale.	A				
26 e	La formation des professionnels à l'écoute et au respect des droits du patient est organisée.	Des actions de sensibilisation sur le thème du respect des droits et de la dignité du patient sont organisées et suivies. Les formations restent à formaliser.	B				

Réf. 27	L'accueil du patient (résidant – USLD) et de son entourage est organisé		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
27 a	Les besoins et les attentes du patient (résidant – USLD) sont identifiés, y compris les besoins sociaux.	Les informations concernant les besoins et les attentes du patient sont recherchées, rassemblées aux moments d'accueil et sont disponibles.	A				
27 b	Le patient (résidant – USLD) reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de son séjour.	Les conditions de l'accueil, la sensibilisation du personnel et les supports d'information font que les patients reçoivent une information claire et adaptée sur les conditions de son séjour.	A				
27 c	L'accueil et les locaux sont adaptés aux handicaps du patient (résidant – USLD) et/ou de son entourage.	L'établissement s'organise, malgré les difficultés architecturales, pour rendre les secteurs d'activité accessibles aux patients handicapés.	B				
27 d	La permanence de l'accueil est organisée.	Les règles gérant l'accueil sont définies et assurent une réponse permanente et adaptée aux différents types de prise en charge.	A				
27 e	Une procédure spécifique d'accueil des détenus est organisée dans les établissements concernés.		NA				

Réf. 28	La prise en charge du patient se présentant pour une urgence est organisée		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
28 a	L'accueil de toute personne se présentant pour une urgence est organisé par des professionnels formés à cet effet.	L'accueil des patients au service des urgences est organisé par un personnel dédié, formé et identifié.	A				
28 b	Selon le degré d'urgence, une prise en charge, une réorientation ou un transfert est organisé dans un délai compatible avec les impératifs de sécurité.	L'organisation en place permet aux professionnels de santé la mise en œuvre de la décision de prise en charge, de réorientation ou de transfert des patients dans des délais compatibles avec leur état de santé.	A				
28 c	Le recours à un avis spécialisé est organisé selon les besoins.	L'organisation du recours aux spécialistes assure leur intervention dans des délais compatibles avec la sécurité des patients.	A				
28 d	La disponibilité des lits d'hospitalisation est régulièrement évaluée et analysée au sein de l'établissement.	Une organisation adaptée de la gestion des lits d'hospitalisation permet d'évaluer et d'analyser régulièrement la disponibilité des lits afin de réduire les délais d'attente d'hospitalisation.	A				

Réf. 29	L'évaluation initiale de l'état de santé du patient (résident – USLD) donne lieu à un projet thérapeutique personnalisé, ajusté tout au long de sa prise en charge (son séjour – USLD)		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
29 a	Le patient (résident – USLD) et, s'il y a lieu, son entourage sont partie prenante dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique.	Une organisation, non complètement formalisée, impliquant le patient et, le cas échéant son entourage, dans l'élaboration et le suivi de son projet thérapeutique est mise en œuvre dans chaque secteur d'activité. Le point de vue du patient et de son entourage s'il y a lieu est inconstamment tracé dans le dossier du patient. L'évaluation journalière de l'état de santé du patient issue d'une visite médicale n'est pas systématiquement tracée.	C				
29 b	Les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures sont accessibles 24 heures/24.	Une organisation assure l'accès 24 heures/24 à l'ensemble des données antérieures.	A				
29 c	Le projet thérapeutique prend en compte l'ensemble des besoins du patient (résident – USLD) et organise la coordination entre les professionnels des différents secteurs d'activité.	Les besoins des patients sont identifiés. Ils sont pris en compte de façon coordonnée par les professionnels des différents secteurs d'activité, même si l'accès aux assistantes sociales reste difficile.	B				
29 d	La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient (résident – USLD).	La traçabilité de la réflexion bénéfice-risque n'est pas systématique. La réflexion sur ce plan n'a pas abouti.	C				
29 e	Lorsqu'une restriction de liberté de circulation est envisagée dans l'intérêt du patient (résident – USLD), celle-ci fait l'objet d'une réflexion en équipe et d'une prescription écrite réévaluée à périodicité définie, et d'une information au patient (résident – USLD) et à son entourage.	Les situations de restriction de liberté de circulation sont identifiées et font l'objet d'une réflexion de l'équipe de soins, tracée dans le dossier du patient, mais la prescription et sa réévaluation ne sont pas systématiques.	B				
29 f	Le projet thérapeutique fait l'objet d'ajustements en fonction d'évaluations régulières de l'état de santé du patient	L'ensemble des professionnels tracent leurs observations dans le dossier du patient et se coordonnent pour ajuster de façon régulière le projet thérapeutique. Mais la traçabilité des	B				

			<b>Cotations</b>				
	(résidant – <i>USLD</i> ).	informations reste variable selon les praticiens.					

Réf. 30	Des situations nécessitant une prise en charge adaptée sont identifiées		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
30 a	L'état nutritionnel du patient est évalué et ses besoins spécifiques sont pris en compte.	Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique et un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.	A				
	<i>USLD</i> – L'équilibre nutritionnel des résidents est assuré en fonction de leurs goûts et habitudes alimentaires.						
30 b	Les conduites addictives sont identifiées et font l'objet d'une prise en charge adaptée.	Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique et un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.	A				
30 c	La maladie thromboembolique fait l'objet d'une prévention dans les situations à risque.	Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique et un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.	A				
30 d	Les chutes des patients font l'objet d'une prévention.	Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique et un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.	A				
30 e	Le risque suicidaire est pris en compte.	Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique et un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.	A				
30 f	Les escarres font l'objet d'une prévention.	Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique et un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.	A				

			<b>Cotations</b>					
30 g	<i>USLD</i> – Un projet de vie est individualisé pour chaque résidant en prenant en compte ses souhaits.							

Réf. 31	Le patient (résidant – USLD) est informé de son état de santé et est partie prenante de sa prise en charge		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
31 a	Le patient reçoit une information coordonnée par les professionnels sur les soins et son état de santé tout au long de sa prise en charge.	La coordination des professionnels permet au patient de recevoir une information cohérente sur ses soins et son état de santé, tout au long de sa prise en charge.	A				
	USLD – Le résidant et/ou les personnes habilitées reçoivent une information coordonnée par les professionnels sur les soins et son état de santé tout au long de son séjour.						
31 b	Les professionnels délivrent une information adaptée à la compréhension du patient (résidant – USLD).	Les informations données au patient sont adaptées à sa compréhension et aux particularités de son état de santé, de sa situation ou de sa prise en charge. Néanmoins l'établissement n'a pas mené de réflexion spécifique relative aux malvoyants, malentendants, incapables majeurs...	B				
31 c	Le patient (résidant – USLD) désigne les personnes qu'il souhaite voir informer.	Les coordonnées des personnes que le patient souhaite voir informer sont recueillies et tracées dans le dossier.	A				
31 d	Le consentement éclairé du patient (résidant – USLD) ou de son représentant légal est requis pour toute pratique le concernant.	Avant toute demande de consentement, le patient ou son représentant légal est informé sur les actes de prévention, d'exploration et de soins qui le concernent, en particulier sur leurs risques et leurs bénéfices. Le consentement du patient ou de son représentant légal est recueilli, mais pas systématiquement tracé dans le dossier.	B				
31 e	Un consentement éclairé (résidant – USLD) du patient est formalisé dans les situations particulières.	Avant toute demande de consentement, le patient (le représentant légal, le cas échéant) est informé sur les actes de prévention, d'exploration et de soins qui le concernent en particulier sur leur bénéfice-risque. Le recueil écrit systématique du consentement éclairé est réalisé dans certaines situations connues des professionnels.	A				

			<b>Cotations</b>					
31 f	Le patient (résidant – <i>USLD</i> ) est informé de la survenue d'un événement indésirable lors de sa prise en charge.	Les modalités d'information du patient durant son séjour ou après sa sortie concernant la survenue d'un événement indésirable ne sont pas formalisées et ne sont pas systématiquement tracées dans le dossier.	B					

Réf. 32	La douleur est évaluée et prise en charge		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
32 a	Une concertation est organisée entre les professionnels pour améliorer la prise en charge de la douleur selon les recommandations de bonne pratique.	Une organisation de la prévention et de la prise en charge systématique de la douleur connue des professionnels est mise en œuvre et tient compte des recommandations de bonnes pratiques.	A				
32 b	Le patient (résidant – USLD) est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement.	Le patient et/ou son entourage est impliqué dans la prise en charge de sa douleur. Néanmoins, l'évaluation périodique de sa satisfaction n'aboutit pas à une évolution de la lutte contre la douleur.	B				
32 c	Les professionnels sont formés à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur.	Une formation à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur adaptée aux types de prise en charge a été mise en œuvre, mais n'est plus réalisée institutionnellement depuis 2004, en dehors de la PCA. Il n'y a pas d'évaluation des connaissances des professionnels.	C				
32 d	La disponibilité des traitements prescrits est assurée en permanence.	La coordination entre la pharmacie et les secteurs d'activité et les règles internes aux secteurs d'activité permettent une dispensation et un approvisionnement en permanence des traitements antalgiques.	A				

Réf. 33	La continuité des soins est assurée		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
33 a	Des règles de responsabilité, de présence, et de concertation sont mises en œuvre pour assurer la continuité des soins.	La continuité des soins dans le secteur d'activité et entre secteurs d'activité est assurée grâce à une organisation concertée fixant les responsabilités et planifiant la présence de professionnels.	A				
33 b	La coordination entre les équipes médicales et paramédicales est organisée.	L'organisation des transmissions d'information entre les équipes médicales et paramédicales permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre elles.	A				
33 c	La prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement est assurée.	La prise en charge des urgences vitales est assurée dans chacun des secteurs d'activité de l'établissement grâce à une maintenance contrôlée du matériel d'urgence. La dernière formation des professionnels aux gestes d'urgence, ancienne, date d'octobre 2003 et la prochaine est programmée pour le 2 <sup>e</sup> semestre 2007. Il n'y a pas d'évaluation de cette prise en charge.	B				

Réf. 34	La traçabilité des actes et la transmission, en temps opportun, des informations reposent sur une organisation adaptée du dossier du patient (résident – USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
34 a	L'information contenue dans le dossier du patient (résident – USLD) est actualisée tout au long de sa prise en charge et également après sa sortie.	La plupart des éléments diagnostiques et thérapeutiques sont tracés dans le dossier du patient et notamment les informations retraçant son état de santé. Le dossier est complété après la sortie du patient, le cas échéant. L'exhaustivité du dossier médical est très variable selon les praticiens.	B				
34 b	L'information contenue dans le dossier du patient (résident – USLD) est accessible aux professionnels en charge du patient (résident – USLD), en temps utile.	Une organisation de la tenue et de l'accessibilité du dossier du patient facilite la consultation des informations qu'il contient lorsque le professionnel de santé en a besoin.	A				
34 c	Tout acte diagnostique et/ou thérapeutique fait l'objet d'une prescription écrite, datée et signée.	Les prescriptions sont écrites, datées et signées pour tous les actes le nécessitant.	A				
34 d	L'information sur son état de santé et son traitement donnée au patient (résident – USLD) et/ou à son entourage est enregistrée dans le dossier du patient (résident – USLD).	L'information donnée au patient et/ou à son entourage est tracée dans le dossier du patient de façon variable selon les praticiens.	B				

Réf. 35	Le fonctionnement des secteurs médicotechniques à visée diagnostique fait l'objet d'une concertation avec les secteurs d'activité (avec les USLD – USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
35 a	La prescription d'examens complémentaires est justifiée par l'état du patient (résidant – USLD) et mentionne les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande.	Chaque examen complémentaire s'appuie sur une évaluation de l'état du patient. Néanmoins, les demandes d'examens ne précisent pas systématiquement les objectifs et les renseignements cliniques pertinents.	B				
35 b	Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies.	Les règles de coordination entre secteurs d'activité clinique et médicotechnique relatives à la réalisation des examens sont systématiquement définies et mises en œuvre.	A				
35 c	Les règles relatives à la communication des résultats sont établies et répondent aux besoins des secteurs d'activité clinique en termes de qualité et de délais de transmission.	Les règles de coordination entre secteurs d'activité clinique et médicotechnique relatives à la communication des examens sont systématiquement définies et mises en œuvre.	A				

Réf. 36	Les circuits du médicament et des dispositifs médicaux stériles sont organisés en concertation entre les professionnels de la pharmacie et ceux des autres secteurs (des USLD – USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
36 a	Les conditions de prescription, de validation, de dispensation et d'administration des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont maîtrisées afin de réduire le risque iatrogène évitable.	Le circuit du médicament/des dispositifs médicaux stériles est organisé, par étape, interfaces incluses. Sa sécurisation presque complète permet la prévention de la plupart des événements indésirables évitables.	B				
36 b	L'utilisation des médicaments suit les recommandations de bonne pratique en termes de pertinence de l'indication, de respect des contre-indications, et de connaissance des interactions et effets secondaires.	Les professionnels suivent les recommandations de bonne pratique de prescription des médicaments permettant d'assurer une bonne utilisation des médicaments. Les événements indésirables sont recueillis, analysés et exploités.	A				
36 c	L'administration du médicament au patient (résidant – USLD) est conforme à la prescription et fait l'objet d'une traçabilité.	La conformité de l'administration du médicament à la prescription est assurée par les professionnels habilités. Sa traçabilité est réalisée.	A				
36 d	Les informations sur les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont à la disposition des utilisateurs.	Les responsables de la pharmacie délivrent aux professionnels des informations validées et actualisées sur les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux et mettent à disposition des patients des informations adaptées à leur état de santé.	A				
36 e	Les demandes urgentes de médicaments peuvent être satisfaites à tout moment.	Il existe une organisation concertée et connue de tous les professionnels pour satisfaire à tout moment les demandes urgentes de médicaments.	A				
	USLD – Les demandes urgentes de médicaments, formulées par les USLD, peuvent être satisfaites à tout moment.						

Réf. 37	Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle fait l'objet d'une organisation formalisée, élaborée par les professionnels concernés, validée par les instances de l'établissement et connue de tous		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
37 a	Les activités interventionnelles, traditionnelles et ambulatoires, sont planifiées et organisées en concertation avec les professionnels des secteurs d'activité clinique et en intégrant la prise en charge des éventuelles activités d'urgence.	L'organisation et la planification des activités interventionnelles, définies en concertation avec les professionnels concernés, prennent en compte les contraintes internes de l'établissement et celles liées aux situations de prise en charge du patient. La définition et le suivi d'indicateurs ne sont pas encore effectifs.	B				
37 b	Afin d'assurer la continuité de la prise en charge pré-, per- et postinterventionnelle du patient, les différents professionnels concernés assurent, à chaque étape, une transmission précise, orale et écrite, des informations.	Les informations pertinentes sont identifiées et leur transmission est assurée en pré-, en per- et en postopératoire auprès des professionnels concernés, du patient et de son entourage.	A				
37 c	Les événements indésirables graves spécifiques aux secteurs interventionnels font l'objet d'un suivi régulier, d'une analyse et d'actions correctives et préventives.	Les événements indésirables graves en secteurs interventionnels sont identifiés. Un dispositif de signalement connu des professionnels est en place. Leur analyse conduit à des actions correctives et préventives.	A				
37 d	Les compétences professionnelles au sein des secteurs d'activité interventionnelle sont régulièrement évaluées.	Les qualifications requises pour l'exercice dans les secteurs interventionnels sont identifiées. Les compétences sont régulièrement évaluées au regard des activités interventionnelles réalisées. Il existe un plan de formation permettant leur maintien.	A				

Réf. 38	Le don d'organe ou de tissus à visée thérapeutique est organisé		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
38 a	La participation de l'établissement aux activités ou à un réseau de prélèvements d'organes et de tissus est définie.	L'établissement ne participe à l'heure actuelle à aucun réseau de prélèvement alors que certains praticiens pourraient utiliser des tissus prélevés.	C				
38 b	Une information sur le don d'organes ou de tissus est disponible pour le public.	L'information du public sur les dons d'organes ou de tissus existe sans être formalisée.	B				
38 c	Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes ou de tissus.	Les professionnels sont informés, mais non spécifiquement formés aux enjeux concernant les dons d'organes ou de tissus.	B				
38 d	Les prélèvements d'organes ou de tissus sont réalisés conformément aux règles de bonnes pratiques.		NA				

Réf. 39	Les activités de rééducation et/ou de soutien sont coordonnées par les professionnels concernés, en lien avec ceux des secteurs d'activité clinique (au sein des USLD – USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
39 a	Le patient (résidant – USLD) et son entourage sont partie prenante des activités de rééducation et/ou de soutien.	Des moyens, non formalisés systématiquement, sont mis en œuvre pour que l'implication du patient et de son entourage dans ses activités de rééducation et/ou de soutien soit obtenue.	B				
39 b	La prise en charge du patient associe les professionnels des secteurs d'activité clinique et de rééducation et de soutien ; l'information réciproque et la collaboration sont effectives.	L'information réciproque et la coordination des professionnels sont organisées en vue d'une collaboration effective dans la prise en charge du patient et sont tracées dans son dossier.	A				
	USLD – La prise en charge pluriprofessionnelle du résidant associe les professionnels des USLD et ceux de la rééducation et du soutien psychologique.						
39 c	La prise en charge du patient (résidant – USLD) est évaluée régulièrement par l'équipe pluriprofessionnelle et rajustée si besoin.	L'évaluation régulière des résultats des activités de rééducation et/ou de soutien conduit l'équipe pluridisciplinaire à réajuster la prise en charge si besoin.	A				

Réf. 40	L'éducation du patient (résident – USLD) sur son état de santé, son traitement et les questions de santé publique susceptibles de le concerner est assurée		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
40 a	Un programme d'éducation thérapeutique adapté à son état est mis en place en veillant à la compréhension du patient (résident – USLD).	Une organisation, parfois incomplètement formalisée, permet de faire bénéficier le patient d'une éducation adaptée à son état de santé. Cette éducation vise l'appropriation des pratiques et l'acquisition des compétences utiles pour améliorer son autonomie dans la gestion de sa maladie et de son traitement.	B				
40 b	L'entourage du patient est associé aux actions d'éducation, le cas échéant.	Une organisation, incomplètement formalisée, permet d'associer, de façon adaptée, l'entourage aux actions d'éducation thérapeutique du patient.	B				
	USLD – L'entourage et/ou sa famille sont associés aussi souvent que possible à ces actions d'éducation thérapeutique.						
40 c	Une éducation aux questions de santé publique est délivrée au patient (résident – USLD) selon le cas.	Une organisation permet de proposer au patient des activités d'éducation pour la santé.	A				

Réf. 41	La continuité des soins après la sortie est planifiée et coordonnée avec le patient (résident – USLD) et son entourage ainsi qu’avec les professionnels intervenant en aval		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
41 a	Le patient, l’entourage et le médecin traitant sont associés à la planification de la sortie.	La sortie est planifiée le plus tôt possible avec le patient, son entourage et le médecin traitant en tenant compte de ses besoins.	A				
	USLD – Le résident, l’entourage et le médecin traitant qu’il désigne, le cas échéant, sont associés à la planification de la sortie.						
41 b	Le patient est adressé aux professionnels et structures appropriés.	La connaissance des ressources disponibles dans le territoire de santé permet d’adresser le patient aux professionnels et structures appropriés.	A				
	USLD – Le résident est adressé aux professionnels et structures appropriés en fonction de ses besoins de santé et de ses choix.						
41 c	Les professionnels assurant l’aval sont informés et associés à la planification de la sortie du patient (résident – USLD) dans des délais compatibles avec la continuité de la prise en charge.	Les secteurs d’activité informent et associent en temps utile les professionnels d’aval afin de permettre la continuité de la prise en charge.	A				
41 d	La continuité de la prise en charge est assurée lors du transfert entre établissements.	Les conditions du transfert du patient entre établissements sont adaptées à sa situation. Les retours d’information nécessaires pour s’assurer de la continuité de la prise en charge ne sont pas systématiques.	B				

Réf. 42	Les soins palliatifs font l'objet d'une réflexion pluriprofessionnelle en relation avec le médecin traitant et l'entourage – (USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
42 a	La volonté du patient (résidant – USLD) est prise en compte.	La volonté du patient est recueillie et prise en compte.	A				
42 b	La prise en charge des besoins spécifiques du patient (résidant – USLD) en fin de vie et de son entourage est assurée.	Les besoins spécifiques des patients en fin de vie sont identifiés et pris en charge, mais sans que la formalisation de cette prise en charge soit effective.	B				
42 c	La formation des professionnels est organisée.	La formation des professionnels prodiguant des soins palliatifs est assurée de façon parfois incomplète ou ancienne, le plus souvent interne à l'ES.	B				
42 d	Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.	Les besoins d'accompagnement psychologiques des professionnels prodiguant des soins palliatifs sont identifiés, mais il n'y a pas de modalités institutionnelles d'accompagnement psychologique des professionnels concernés.	B				

Réf. 43	Le décès du patient (résident – USLD) fait l'objet d'un accompagnement		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
43 a	Les personnes à prévenir sont contactées en cas d'état critique du patient (résident – USLD) et/ou en cas de décès.	Le recueil des coordonnées des personnes à prévenir est systématique et une organisation permet de prévenir ces personnes en cas d'état critique et/ou de décès du patient.	A				
43 b	Les volontés et les convictions du défunt sont respectées.	Le recueil des volontés et convictions du patient en cas de décès est tracé dans le dossier. Celles-ci sont respectées en cas de décès.	A				
43 c	Un accompagnement psychologique de l'entourage est assuré.	Lors du décès du patient, les besoins d'accompagnement psychologique de l'entourage sont identifiés et pris en compte.	A				
43 d	Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.	Les besoins d'aide psychologique des professionnels confrontés au décès sont identifiés, mais l'accompagnement psychologique de ces professionnels n'est pas formalisé institutionnellement.	B				



**CHAPITRE IV - ÉVALUATION ET DYNAMIQUES D'AMÉLIORATION**



**A – PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

Réf. 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
44 a	La pertinence des hospitalisations est évaluée.	<p>Le thème retenu est « la pertinence de la prise en charge en chirurgie ambulatoire ». Ce mode de prise en charge correspond à près de 50 % de l'activité chirurgicale de l'ES, et le CPOM demande une augmentation de ce taux dans les années à venir. Les objectifs réels de l'étude, un peu différents de ceux affichés au départ en raison d'une modification en cours de travail, sont sous-tendus par cette exigence de la tutelle.</p> <p>La méthodologie de l'EPP, décrite soigneusement, est encore incomplètement assimilée par les professionnels, mais l'enthousiasme et l'implication des personnels soignants (en dehors de la majorité du corps médical) compense au moins partiellement.</p> <p>Les résultats obtenus sont analysés en termes de fréquence de pathologies traitées et les actions d'amélioration mises en place, qui ne découlent pas, en fait, de ces résultats, consistent essentiellement en l'augmentation du nombre de place de chirurgie ambulatoire.</p>	B
44 b	La pertinence des actes à risque est évaluée.	<p>« La pertinence du sondage urinaire » répond également à une problématique de l'ES puisque cette pratique induit plus de 40 % des infections nosocomiales de l'ensemble de la structure, même si la valeur absolue de ces IN reste faible. En fait, l'objectif de l'étude a été modifié pour aboutir à un audit de pratiques avec vérification du respect des protocoles existants (issus de la bibliographie spécialisée) en raison de la non-implication d'un médecin spécialiste dans ce groupe.</p> <p>La méthodologie utilisée, parfois complexifiée sans raison, est explicitée.</p> <p>La communication autour des résultats analysés a permis la mise en place d'actions d'amélioration et la sensibilisation des personnels concernés.</p>	B
44 c	La pertinence des prescriptions médicamenteuses est évaluée.	<p>« L'évaluation de l'antibioprophylaxie en chirurgie » est un thème majeur pour un ES réalisant plus de 9 000 actes chirurgicaux par an, et la révision régulière des protocoles sur ce thème une nécessité.</p> <p>Les résultats ont été obtenus par deux itérations successives d'un audit ciblé sur les pratiques en place.</p>	A

Réf. 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
		L'analyse des résultats a permis la mise en place ou la réflexion autour d'actions d'amélioration parfois simples à mettre en place.	
44 d	La pertinence des examens de laboratoire et des examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle est évaluée.	<p>« L'évaluation des examens de laboratoire en consultation d'anesthésie » correspond en fait à un travail sur la réalisation d'examens systématiques préopératoires avec essai de calquer les pratiques variables au sein de l'ES sur les recommandations existantes.</p> <p>L'étude a consisté en une analyse rétrospective de 50 dossiers.</p> <p>Les actions d'amélioration ne découlent pas nécessairement des résultats de l'EPP choisie.</p> <p>Il n'y a pas d'actions d'amélioration significative qui ait été mise en place, mais une deuxième itération du travail portant sur un plus grand nombre de dossier est programmée pour le deuxième semestre 2007.</p>	C

Réf. 45	Les professionnels évaluent le risque lié aux soins		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
45 a	Les professionnels identifient les actes, les processus et les pratiques à risque et évaluent leurs conditions de sécurité.	<p>« L'évaluation de la prévention des infections du site opératoire (préparation cutanée de l'opéré) » est un thème de première importance pour un ES à l'activité largement chirurgicale.</p> <p>Le travail a associé une analyse de processus et deux audits ciblés successifs à quelques mois d'intervalle avec mise en place d'actions d'amélioration entre les deux, sur les différentes étapes de la préparation cutanée, et a été mené par un groupe multiprofessionnel qui travaillait depuis 2004 sur ce sujet.</p> <p>Les résultats des deux audits montrent des améliorations sensibles sur certains items, essentiellement ceux pour lesquels la sensibilisation des professionnels a été réalisée.</p> <p>D'autres actions sont mises en place après le deuxième audit et il est décidé d'annualiser cette enquête pour en pérenniser les résultats et poursuivre leur amélioration.</p>	A				
45 b	L'analyse des événements indésirables et la mise en œuvre des actions de prévention et d'amélioration correspondantes sont assurées.	<p>« L'analyse d'une infection du site opératoire » a permis une étude rétrospective à propos d'un dossier où une surinfection a provoqué des conséquences graves mais non fatales, avec expertise médico-légale ultérieure.</p> <p>Les causes ont donc été mises en évidence, mais par des experts extérieurs. La révision des protocoles d'antibioprophylaxie, la sensibilisation et l'information de l'ensemble des personnels, ainsi que la réalisation de plusieurs autres EPP semblent avoir été effectuées sans rapport direct avec cet événement.</p>	C				

Réf. 46	La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation	Cotation				
		MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
46 a	Les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés.	B				
46 b	Les processus et les pratiques liés à la prise en charge sont analysés.					
46 c	Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte.					
46 d	Les objectifs d'amélioration sont définis et les actions mises en œuvre.					
46 e	Les données et les indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration.					
46 f	Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons.					
		<p>« L'analyse de la prise en charge de la coloscopie » est un thème retenu après débat en CME et validation institutionnelle par le comité de pilotage en raison de la fréquence de cet acte dans l'ES (environ 1 900 par an).</p> <p>L'analyse de processus réalisée et les différentes étapes définies, les objectifs principaux ont été retenus, même si leur définition reste imprécise.</p> <p>Les recommandations nationales ont été colligées (ANAES, CCLIN Sud-Ouest, sociétés savantes...) et les critères validés. Les résultats de l'étude ont été analysés et des actions d'amélioration proposées, portant essentiellement sur l'information du patient, la sensibilisation des personnels notamment au respect et au renforcement des règles d'hygiène. Afin de rendre le respect de ces règles plus constant, il a été obtenu une aide supplémentaire pour le bionettoyage.</p> <p>Il n'y a pas, à l'heure actuelle, d'indicateurs définis pour le suivi de ce travail ni de comparaison avec des ES équivalents, même si cette comparaison est prévue.</p>				

Réf. 46	La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
46 a	Les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés.	<p>« L'analyse de la prise en charge des patients porteurs de chambre à cathéter implantable (CCI) » est un thème important non pas tant par le nombre de patients concernés, de l'ordre de la centaine par an, que de la gravité des pathologies et des risques potentiels de cette pratique.</p> <p>Les différentes étapes du processus sont étudiées, de la prescription à l'utilisation en passant par la pose et la vérification du fonctionnement de la CCI.</p> <p>Les données de la littérature nationales sont colligées.</p> <p>Les objectifs de cette étude restent assez imprécis et portent essentiellement sur la part organisationnelle : information des patients, sensibilisation des personnels, homogénéisation des pratiques...</p> <p>Les indicateurs ne sont pas définis et l'étude des premiers résultats obtenus n'a pas encore abouti à la mise en place d'actions d'amélioration.</p>	C				
46 b	Les processus et les pratiques liés à la prise en charge sont analysés.						
46 c	Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte.						
46 d	Les objectifs d'amélioration sont définis et les actions mises en œuvre.						
46 e	Les données et les indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration.						
46 f	Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons.						

**B – RESSOURCES HUMAINES**

Réf. 47	<b>Une évaluation de la politique des ressources humaines est mise en œuvre</b>		<b>Cotation</b>
47 a	La réalisation des actions définies dans les orientations stratégiques est mesurée périodiquement dans chacun des domaines de la gestion des ressources humaines.	L'établissement de santé a défini des indicateurs pertinents et réalise une évaluation lui permettant : un contrôle de la mise en œuvre effective des projets RH, une évaluation des résultats de la politique mise en œuvre, une régulation des dysfonctionnements.	A
47 b	La satisfaction des professionnels de l'établissement est évaluée et prise en compte.	Il existe à périodicité définie des enquêtes de satisfaction du personnel ou des audits sociaux dont les résultats sont pris en compte en relation avec les instances et les partenaires sociaux.	A

**C – FONCTIONS HÔTELIÈRES ET LOGISTIQUES**

<b>Réf. 48</b>	<b>Une évaluation des prestations logistiques est réalisée auprès des secteurs d'activité utilisateurs</b>		<b>Cotation</b>
48 a	La satisfaction des utilisateurs est évaluée et prise en compte.	Une analyse à périodicité définie de la satisfaction des responsables des secteurs d'activité est organisée par l'établissement pour l'ensemble des prestations logistiques. Elle permet l'identification d'actions d'amélioration et des bilans d'évaluation avec les prestataires externes.	A
48 b	L'analyse des prestations logistiques donne lieu à des actions d'amélioration.	L'analyse des prestations logistiques permet de mettre en œuvre des actions d'amélioration dans tous les domaines.	A

**D – SYSTÈME D'INFORMATION**

Réf. 49	Une évaluation du système d'information est mise en œuvre		Cotation
49 a	Les dysfonctionnements du système d'information sont recensés, analysés et traités.	L'identification des dysfonctionnements du système d'information avec les acteurs concernés, permet de développer une analyse et un traitement pour y remédier.	A
49 b	La satisfaction des utilisateurs est évaluée et prise en compte.	Il existe un recueil régulier et adapté, mais encore non formalisé, de la satisfaction des différents utilisateurs du système d'information. Cette évaluation est analysée, communiquée et permet de réajuster le système d'information.	B
49 c	La gestion du dossier du patient est évaluée.	Une évaluation incomplète de la gestion du dossier est réalisée régulièrement dans tous les secteurs d'activité en relation avec les instances. L'analyse et l'exploitation de ces résultats permettent de faire progresser la gestion du dossier au niveau de l'institution.	B

**E – QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES**

Réf. 50	<b>La mise en œuvre du programme d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques est évaluée</b>		<b>Cotation</b>
50 a	L'atteinte des objectifs du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est régulièrement évaluée.	Les modalités d'évaluation de l'atteinte des objectifs ne sont pas formalisées. Des indicateurs ont été définis pour suivre le déroulement des projets, mais les objectifs des actions d'amélioration de la qualité ne sont pas toujours clairement définis, ne permettant pas de mesurer les écarts avec les résultats obtenus, ni d'apprécier la pertinence des décisions prises suite à l'évaluation.	C
50 b	L'efficacité de la gestion des risques et des vigilances est évaluée.	L'établissement n'a pas défini les critères lui permettant d'évaluer l'efficacité de tout son dispositif de gestion des risques. Il procède néanmoins régulièrement à une évaluation et prend des mesures correctives.	B
50 c	La maîtrise de la documentation est évaluée.	L'établissement s'assure, de manière informelle, que les modalités de gestion documentaire définies dans l'établissement sont appliquées et qu'elles donnent satisfaction aux utilisateurs.	B

Réf. 51	La satisfaction du patient et de son entourage est évaluée		Cotation
51 a	Le recueil de la satisfaction des patients est suivi d'actions d'amélioration.	Il existe un dispositif de recueil et d'analyse de la satisfaction des patients et de leur entourage dont les résultats sont pris en compte dans un plan d'amélioration de la qualité.	A
51 b	Les délais d'attente sont analysés et des actions d'amélioration sont entreprises.	Il n'existe pas de dispositif de recueil et d'analyse des délais d'attente. Cependant, une enquête de satisfaction des patients ne mettait aucun mécontentement en évidence.	C
51 c	Les réclamations et les plaintes des patients sont suivies d'actions d'amélioration.	Un dispositif opérationnel de gestion des plaintes et réclamations permet une analyse et une réponse individuelles et systématiques. Ce dispositif est exploité dans le cadre de l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité.	A
51 d	Les résultats de ces évaluations font l'objet d'échanges avec les représentants des usagers de l'établissement.	Les résultats des enquêtes de satisfaction des patients sont communiqués aux représentants des usagers ; ceux-ci ne participent que de temps en temps à la vie de l'établissement, ne permettant que peu de concertation ou d'amélioration.	C

Réf. 52	Les relations avec les correspondants externes de l'établissement sont évaluées		Cotation
52 a	L'établissement évalue les actions mises en œuvre pour impliquer les correspondants.	L'établissement a recensé les actions mises en œuvre pour impliquer les correspondants, mais il ne les évalue pas.	B
52 b	La satisfaction des correspondants est évaluée et prise en compte.	La mesure de la satisfaction des correspondants n'est que peu organisée, sans caractère formalisé. Une réflexion est en cours pour améliorer ce mode de communication.	C

**F – ORIENTATIONS STRATÉGIQUES**

Réf. 53	La mise en œuvre des orientations stratégiques de l'établissement est évaluée et analysée		Cotation
53 a	Le suivi est réalisé et les évaluations sont utilisées pour réajuster si nécessaire les objectifs.	Le suivi de la mise en œuvre des orientations stratégiques est organisé. Le recueil et l'exploitation des données permettent aux responsables de procéder aux réajustements des objectifs.	A
53 b	La direction et les instances disposent d'éléments permettant les comparaisons avec des établissements similaires.	Un dispositif permettant les comparaisons avec des établissements similaires est en place et permet, le cas échéant, aux responsables de procéder aux réajustements des orientations stratégiques.	A
53 c	Les résultats font l'objet d'une communication interne.	Une organisation de la communication est en place afin de transmettre régulièrement les résultats de la mise en œuvre des orientations stratégiques aux responsables et aux professionnels concernés.	A

## **LISTE DES ACTIONS REMARQUÉES**

Les experts-visiteurs ont remarqué les actions suivantes, réussies et pérennes, susceptibles de provoquer la mise en œuvre d'actions similaires dans d'autres établissements :

Aucune



**PARTIE 3 – DÉCISION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ**



**Certification avec suivi**

Au vu des éléments contenus dans le présent rapport de certification issu des résultats de l'auto-évaluation et de la visite sur site, la HAS prononce une **certification avec suivi** qui porte sur le point suivant :

- Intégrer le patient dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique et systématiser la traçabilité de la réflexion bénéfice/risque et des observations médicales (29 a, 29 d) ;

**Un rapport de suivi** sera produit le sujet concerné dans un délai **de 6 mois** à l'issue de la date d'envoi du présent rapport.

Par ailleurs la HAS invite l'établissement à poursuivre sa démarche d'amélioration de la qualité sur les points suivants :

- Intégrer les résultats de l'EPP dans la politique d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques (6 b) ;
- Réinstitutionnaliser les formations des professionnels sur le thème de la douleur (32 c).

## INDEX

<b>AES :</b>	Accident d'exposition au sang	<b>CCPPRB :</b>	Comité consultatif pour la protection des personnes dans la recherche biomédicale
<b>AFS :</b>	Agence française du sang	<b>CDAM :</b>	Catalogue des actes médicaux
<b>AFSSA :</b>	Agence française de sécurité sanitaire des aliments	<b>CE :</b>	Comité d'entreprise
<b>AFSSAPS :</b>	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé	<b>CEDPA :</b>	Cellule d'évaluation de la dépendance chez la personne âgée
<b>ANDEM :</b>	Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale	<b>CEME :</b>	Commission d'évaluation médicale de l'établissement
<b>ANDRA :</b>	Agence nationale pour la gestion des déchets radioactifs	<b>CESF :</b>	Conseillère en économie sociale et familiale
<b>AP :</b>	Atelier protégé	<b>CGSH :</b>	Comité de gestion du service informatique d'hospitalisation
<b>ARECLIN :</b>	Association régionale des comités de lutte contre les infections nosocomiales	<b>CH :</b>	Centre hospitalier
<b>ARH :</b>	Agence régionale de l'hospitalisation	<b>CHR :</b>	Centre hospitalier régional
<b>ARTT :</b>	Aménagement de la réduction du temps de travail	<b>CHRS :</b>	Centre d'hébergement et de réadaptation spécialisé
<b>AS :</b>	Aide-soignante	<b>CHS :</b>	Centre hospitalier spécialisé
<b>ASH :</b>	Agent des services hospitaliers	<b>CHSCT :</b>	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
<b>ASHQ :</b>	Agent des services hospitaliers qualifié	<b>CHU :</b>	Centre hospitalier universitaire
<b>AVC :</b>	Accident vasculaire cérébral	<b>CIM :</b>	Classification internationale des maladies
<b>BDSF :</b>	Banque de données statistiques et financières	<b>CLAN :</b>	Comité de liaison alimentation et nutrition
<b>BMR :</b>	Bactéries multirésistantes	<b>CLCC :</b>	Centre de lutte contre le cancer
<b>BO :</b>	<i>Bulletin officiel</i>	<b>CLIC :</b>	Centre local d'information et de coordination
<b>CA :</b>	Conseil d'administration	<b>CLIN :</b>	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
<b>CAF :</b>	Caisse d'allocations familiales	<b>CLSSI :</b>	Commission locale du service de soins infirmiers
<b>CAMSP :</b>	Centre d'action médicosociale précoce	<b>CLUD :</b>	Comité de lutte contre la douleur
<b>CAMPS* :</b>	Centrale d'approvisionnement en matériel pharmaceutique stérile	<b>CMA :</b>	Comorbidité associée
<b>CAT :</b>	Centre d'aide par le travail	<b>CMAS :</b>	Comorbidité associée sévère
<b>CATTP :</b>	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel	<b>CMC :</b>	Catégorie majeure clinique
<b>CCLIN :</b>	Centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales	<b>CMD :</b>	Catégorie majeure de diagnostic
<b>CCM :</b>	Commission consultative médicale	<b>CME :</b>	Commission médicale d'établissement (publique)
<b>CCMU :</b>	Classification clinique des malades aux urgences	<b>CME :</b>	Conférence médicale d'établissement (privée)
		<b>CMP :</b>	Centre médicopsychologique
		<b>CMU :</b>	Couverture maladie universelle
		<b>CNAM :</b>	Caisse nationale d'assurance-maladie

<b>CNIL :</b>	Commission nationale informatique et libertés	<b>DDASS :</b>	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
<b>CNMBRDP :</b>	Commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction et du diagnostic prénatal	<b>DDE :</b>	Direction départementale des équipements
<b>COM :</b>	Contrat d'objectifs et de moyens	<b>DES :</b>	Direction des services économiques
<b>COMAIB :</b>	Commission médicoadministrative de l'informatique et de la bureautique	<b>DGCCRF :</b>	Direction générale de la consommation de la concurrence et de la répression des fraudes
<b>COQ :</b>	Comité d'organisation qualité	<b>DGS :</b>	Direction générale de la santé
<b>COTOREP :</b>	Comité technique d'orientation et de reclassement professionnel	<b>DHOS :</b>	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
<b>COTRIM :</b>	Comité technique régional de l'information médicale	<b>DIL :</b>	Direction de l'ingénierie et de la logistique
<b>CPAM :</b>	Caisse primaire d'assurance-maladie	<b>DIM :</b>	Département d'information médicale
<b>CPS :</b>	Carte de professionnel de santé	<b>DIVLD :</b>	Dispositif intravasculaire de longue durée
<b>CQAGR :</b>	Comité qualité, accréditation et gestion des risques	<b>DM :</b>	Dispositif médical
<b>CRAM :</b>	Caisse régionale d'assurance-maladie	<b>DMS :</b>	Durée moyenne de séjour
<b>CRIH :</b>	Centre régional d'informatique hospitalier	<b>DOMES :</b>	Données médicales, économiques et sociales
<b>CRLCC :</b>	Centre régional de lutte contre le cancer	<b>DOQ :</b>	Directeur organisation qualité
<b>CROSS :</b>	Comité régional d'organisation sanitaire et sociale	<b>DPA :</b>	Dialyse péritonéale automatisée
<b>CRPV :</b>	Centre régional de pharmacovigilance	<b>DPCA :</b>	Dialyse péritonéale continue ambulatoire
<b>CRUQ :</b>	Commission de relations avec les usagers et la qualité	<b>DPRSCT :</b>	Direction du personnel, des relations sociales et des conditions de travail
<b>CSP :</b>	Code de la santé publique	<b>DRASS :</b>	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
<b>CSSI :</b>	Commission du service de soins infirmiers	<b>DRH :</b>	Direction des ressources humaines
<b>CSTH :</b>	Comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance	<b>DRIRE :</b>	Délégation régionale à l'industrie, à la recherche et à l'environnement
<b>CTE :</b>	Comité technique d'établissement	<b>DSSI :</b>	Direction du service de soins infirmiers
<b>CTEL :</b>	Comité technique d'établissement	<b>DSIO :</b>	Direction du service informatique et de l'organisation
<b>CTS :</b>	Centre de transfusion sanguine	<b>DSV :</b>	Direction des services vétérinaires
<b>DACQ :</b>	Démarche d'amélioration continue de la qualité	<b>DU :</b>	Diplôme universitaire
<b>DAETB :</b>	Direction des affaires économiques, techniques et biomédicales	<b>DURQ :</b>	Direction des usagers, des risques et de la qualité
<b>DAF :</b>	Direction des affaires financières	<b>EBLSE :</b>	Entérobactérie bêta lactamase à spectre élargi
<b>DAFSI :</b>	Direction des affaires financières et du système d'information	<b>ECE :</b>	Équipe centrale d'entretien
<b>DAMR :</b>	Direction des affaires médicales et de la recherche	<b>ECG :</b>	Électrocardiogramme
<b>DAR :</b>	Département d'anesthésie réanimation	<b>ECHEL :</b>	Équipe centralisée d'hygiène et d'entretien des locaux
<b>DARH :</b>	Directeur d'agence régionale de l'hospitalisation	<b>ECT :</b>	Électroconvulsivothérapie (remplace sismothérapie, électrochoc)
<b>DASRI :</b>	Déchets d'activité de soins à risque infectieux	<b>EEG :</b>	Électroencéphalogramme
<b>DDAF :</b>	Direction départementale de l'agriculture et des forêts	<b>EFG :</b>	Établissement français des greffes

<b>EFR :</b>	Épreuves fonctionnelles respiratoires	<b>ICR :</b>	Indice de coût relatif
<b>EFS :</b>	Établissement français du sang	<b>IDE :</b>	Infirmière diplômée d'État
<b>EHPAD :</b>	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	<b>IFSI :</b>	Institut de formation en soins infirmiers
<b>EIDLIN :</b>	Équipe interdépartementale de lutte contre l'infection nosocomiale	<b>IGEQSI :</b>	Indicateurs globaux d'évaluation de la qualité des soins infirmiers
<b>EMG :</b>	Électromyogramme	<b>IGH :</b>	Immeuble de grande hauteur
<b>ENC :</b>	Échelle nationale de coûts	<b>IME :</b>	Institut médicoéducatif
<b>EOH :</b>	Équipe opérationnelle d'hygiène	<b>IMP :</b>	Institut médicopédagogique
<b>EOHH :</b>	Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière	<b>IMPRO :</b>	Institut médicoprofessionnel
<b>EPU :</b>	Enseignement postuniversitaire	<b>IRM :</b>	Imagerie par résonance magnétique
<b>ES :</b>	Établissement de santé	<b>ISA :</b>	Indice synthétique d'activité
<b>ESB :</b>	Encéphalopathie spongiforme bovine	<b>ISO :</b>	<i>International standard organization</i>
<b>ESH :</b>	Employé des services hospitaliers	<b>IVG :</b>	Interruption volontaire de grossesse
<b>ETP :</b>	Emploi temps partiel	<b>JO :</b>	<i>Journal officiel</i>
<b>ETS :</b>	Établissement de transfusion sanguine	<b>MAHOS :</b>	Mesure de l'activité hospitalière
<b>ETO :</b>	Échographie transœsophagienne	<b>MAPAD :</b>	Maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes
<b>ETS :</b>	Établissements de transfusion sanguine	<b>MAS :</b>	Maison d'accueil spécialisée
<b>GBEA :</b>	Guide de bonne exécution des analyses médicales	<b>MCJ :</b>	Maladie de Creutzfeldt-Jakob
<b>GEMSA :</b>	Groupe d'étude multicentrique des services d'accueil	<b>MCO :</b>	Médecine, chirurgie, obstétrique
<b>GHJ :</b>	Groupe homogène de journées	<b>MDS :</b>	Médicament dérivé du sang
<b>GHM :</b>	Groupes homogènes de malades	<b>MFQ :</b>	Mouvement français de la qualité
<b>GIE :</b>	Groupement d'intérêt économique	<b>MGEN :</b>	Mutuelle générale de l'Éducation nationale
<b>GIP :</b>	Groupement d'intérêt professionnel	<b>MISP :</b>	Médecin inspecteur de santé publique
<b>GMAO :</b>	Gestion de maintenance assistée par ordinateur	<b>MKDE :</b>	Masseur-kinésithérapeute diplômé d'État
<b>GPEC :</b>	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences	<b>MOF :</b>	Manuel d'organisation et de fonctionnement
<b>GCS :</b>	Groupement de coopération sanitaire	<b>MPR :</b>	Médecine physique et réadaptation
<b>HACCP :</b>	<i>Hazard analysis control critical point</i> (analyse des risques et maîtrise des points critiques)	<b>NGAP :</b>	Nomenclature générale des actes professionnels
<b>HAS :</b>	Haute Autorité de santé	<b>NIP :</b>	Numéro d'identification permanent
<b>HDT :</b>	Hospitalisation à la demande d'un tiers	<b>NPP :</b>	Numéro patient permanent
<b>HIV :</b>	<i>Human immunodeficiency virus</i>	<b>OMS :</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>HO :</b>	Hospitalisation d'office	<b>OPRI :</b>	Office de protection contre les radiations ionisantes
<b>IADE :</b>	Infirmière anesthésiste diplômée d'État	<b>OQN :</b>	Objectifs quantifiés nationaux
<b>IAO :</b>	Infirmière d'accueil et d'orientation	<b>PAC :</b>	Praticien associé contractuel
<b>IASS :</b>	Inspecteur des affaires sanitaires et sociales	<b>PAQ :</b>	Programme d'amélioration de la qualité
<b>IBODE :</b>	Infirmière de bloc opératoire diplômée d'État	<b>PASS :</b>	Permanence d'accès aux soins de santé
		<b>PCA :</b>	<i>Patient controled analgesia</i> (pompes analgésiques contrôlées)
		<b>PCEA :</b>	<i>Patient controled epidural analgesia</i>

---

<b>PCS :</b>	Poste central de sécurité	<b>SAU :</b>	Service d'accueil des urgences
<b>PFC :</b>	Produits frais congelés	<b>SEP :</b>	Sclérose en plaques
<b>PFT :</b>	Placement familial thérapeutique	<b>SFAR :</b>	Société française d'anesthésie et de réanimation
<b>PHISP :</b>	Pharmacien inspecteur de santé publique	<b>SIDA :</b>	Syndrome d'immunodéficience acquise
<b>PME :</b>	Projet médical d'établissement	<b>SIH :</b>	Système d'information hospitalier
<b>PMI :</b>	Protection materno-infantile	<b>SIIPS :</b>	Soins infirmiers individualisés à la personne soignée
<b>PMO :</b>	Prélèvement multiorgane	<b>SMUR :</b>	Service mobile d'urgence et de réanimation
<b>PMSI :</b>	Programme de médicalisation du système d'information	<b>SROS :</b>	Schéma régional d'organisation sanitaire
<b>POSU :</b>	Pôle spécialisé d'urgence	<b>SROSS :</b>	Schéma régional d'organisation sanitaire et social
<b>PRN :</b>	Projet de recherche en nursing	<b>SSIAD :</b>	Service de soins infirmiers à domicile
<b>PSL :</b>	Produit sanguin labile	<b>SSPI :</b>	Salle de surveillance postinterventionnelle
<b>PUI :</b>	Pharmacie à usage intérieur	<b>SSR :</b>	Soins de suite et réadaptation
<b>RAI :</b>	Réaction à usage immune	<b>STB :</b>	Service technique et biomédical
<b>RAQ :</b>	Responsable assurance qualité	<b>TGBT :</b>	Transformateur général de basse tension
<b>RHS :</b>	Résumé hebdomadaire standardisé	<b>TIAC :</b>	Toxi-infection alimentaire collective
<b>RRF :</b>	Rééducation et réadaptation fonctionnelles (remplacé par MPR)	<b>TIM :</b>	Technicienne de l'information médicale
<b>RSD :</b>	Règlement sanitaire départemental	<b>UCDM :</b>	Unité centrale d'archivage des dossiers médicaux
<b>RSIO :</b>	Responsable du système d'information et de l'organisation	<b>UCV :</b>	Unité cardio-vasculaire
<b>RSS :</b>	Résumé de sortie standardisé	<b>UMSP :</b>	Unité médicale de soins palliatifs
<b>RSS* :</b>	Réseau de santé social	<b>UPATOU :</b>	Unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences
<b>RUM :</b>	Résumé d'unité médicale	<b>UPC :</b>	Unité de production culinaire
<b>SAE :</b>	Statistiques appliquées aux établissements	<b>USP :</b>	Unité de soins palliatifs
<b>SAMU :</b>	Service d'aide médicale d'urgence	<b>USIC :</b>	Unité de soins intensifs cardiologiques
		<b>VIH :</b>	Virus d'immunodéficience humaine
		<b>VSL :</b>	Véhicule sanitaire léger