

**RAPPORT DE CERTIFICATION
DU CENTRE HOSPITALIER
DE LOURDES**

**2, avenue Alexandre-Marqui
65107 LOURDES**

Juillet 2007

S O M M A I R E

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	p.	5	Chapitre IV – Évaluations et dynamiques d'amélioration	p.	71
PARTIE 1			A Pratiques professionnelles	p.	73
DÉMARCHE QUALITÉ ET ACCRÉDITATION	p.	7	B Ressources humaines	p.	86
I Historique et organisation de la démarche qualité	p.	9	C Fonctions hôtelières et logistiques	p.	87
II Suivi des décisions de la première procédure d'accréditation	p.	10	D Système d'information	p.	88
III Association des usagers à la procédure d'accréditation	p.	12	E Qualité et gestion des risques	p.	89
IV Interface avec les tutelles en matière de sécurité	p.	12	F Orientations stratégiques	p.	92
			Liste des actions exemplaires	p.	93
PARTIE 2					
CONSTATATIONS PAR CHAPITRE	p.	13			
Chapitre I – Politique et qualité du management	p.	15			
Chapitre II – Ressources transversales	p.	24	PARTIE 3		
A Ressources humaines	p.	25	DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	p.	95
B Fonctions hôtelières et logistiques	p.	27			
C Organisation de la qualité et de la gestion des risques	p.	29			
D Qualité et sécurité de l'environnement	p.	34	INDEX	p.	97
E Système d'information	p.	40			
Chapitre III – Prise en charge du patient	p.	45			
A Orientations stratégiques et management des secteurs d'activité	p.	46			
B Parcours du patient	p.	48			

Date de la visite : du 26 au 30 mars 2007

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Nom de l'établissement	Centre hospitalier de Lourdes	
Situation géographique	Ville : Lourdes Département : 65	Région : Midi-Pyrénées
Statut (<i>privé-public</i>)	Public	
Type de l'établissement (<i>CHU, CH, CHS, HL, PSPH, Ets privé à but lucratif</i>)	CH	
Nombre de lits et places (<i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i>)	263 lits et places	
Nombre de sites (<i>de l'ES et leur éloignement s'il y a lieu</i>)	Deux sites distants d'1,5 kilomètre	
Activités principales (<i>par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i>)	MCO/UPATOU/SSR/ULSD	
Activités spécifiques (<i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i>)	Chirurgie ambulatoire, hôpital de semaine, consultations externes spécialisées (neurologie, ORL, dermatologie, tabacologie, ...)	
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité		
Coopération avec d'autres établissements (<i>GCS, SIH, conventions...</i>)	Réseaux ONCOMIP ; DIAMIP ; ARCADE (soins palliatifs) ; MATERMIP ; ORUMIP ; IRM de Tarbes ; Fédération en imagerie médicale avec le CH de Bagnères de Bigorre; convention de dermatologie avec l'hôpital de Toulouse	
Origine géographique des patients (<i>attractivité</i>)	Régionale et étrangère du fait des pèlerins	
Transformations récentes (<i>réalisées ou projetées, ou projets de restructuration</i>)		

PARTIE 1
LA DÉMARCHE QUALITÉ ET L'ACCRÉDITATION

I Historique et organisation de la démarche qualité

L'établissement s'est engagé dans une démarche qualité dans certains secteurs depuis 1994 avec l'implantation du GBEA dans le laboratoire, l'HACCP en restauration en 1997 et par le biais de différentes démarches concernant la stérilisation et le bloc opératoire.

La création de la délégation pour la qualité et l'accréditation (DEQA) en 1998 a doté l'établissement d'une instance originale et pluriprofessionnelle, chargée de mettre en œuvre les axes qualité définis par le comité d'orientation stratégique. Cette instance se réunit tous les mois, et tous les quinze jours depuis un an.

Une première auto-évaluation réalisée en 2000 avec l'aide d'un cabinet externe a permis d'élaborer un plan d'amélioration de la qualité centré sur les droits et l'information du patient, les vigilances, la prise en charge du patient, la gestion des ressources humaines, la communication et la gestion documentaire.

La visite d'accréditation de 2001 a débouché sur une réserve et six recommandations.

Le travail de la délégation à la qualité a permis à l'établissement de se doter de structures telles que le groupe d'auditeurs internes ou la cellule écoute client chargée de construire et de mener des enquêtes de satisfaction auprès des patients et des correspondants externes.

Différents travaux centrés sur la qualité et la gestion des risques ont été pilotés par la DEQA entre les deux itérations de la procédure : création d'une cellule de gestion des fiches d'incidents (2001), rédaction d'un document unique concernant les risques professionnels, désignation d'un gestionnaire des risques, élaboration d'un programme d'amélioration de la qualité.

Un travail a été mené en pharmacie : la DEQA a mis en place un groupe de réflexion pluriprofessionnel (cadres de santé, médecins, pharmaciens, direction), dont les conclusions ont permis la transformation de la réserve sur la prescription médicamenteuse en recommandation.

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
Réserve	Généraliser les prescriptions écrites, datées et signées et supprimer les recopiations et transcriptions.	Transformée en recommandation		En cours	Support commun de prescription mis en place en 2004 et prescription informatisée en cours de généralisation
Recommandation	Formaliser et évaluer le recueil du consentement et de la discussion du rapport bénéfice-risque	Appel à candidature en CME		Non	Réflexion à réactiver
Recommandation	Définir les règles communes de classement et de stockage des dossiers du patient	Dossier du patient unique en place		Oui	
Recommandation	Organiser le fonctionnement des services d'exploration fonctionnelle et leurs relations avec les services cliniques	Mise en place d'une procédure de « demande de consultation intrahospitalière »		Oui	
Recommandation	Mettre en place un système de gestion documentaire renforçant l'efficacité	Élaboration et diffusion de la procédure de gestion		Oui	

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
	des actions entreprise	documentaire			
Recommandation	Systematiser le suivi des patients transfusés	Recommandation invalidée par la nouvelle léislation		NA	
Recommandation	Assurer plus largement la prévention du risque infectieux par la participation de toux et la consultation systématique du CLIN	Sensibilisation régulière à la déclaration des infections nosocomiales et consultation du CLIN pour tous travaux.		Oui	

III. Association des usagers à la procédure d'accréditation

Un représentant des usagers a été associé au traitement des références 2, 26, 31 et 51. Les représentants des usagers au CA ont participé aux travaux en MCO, et un représentant des familles a été intégré au groupe de travail en USLD.

IV. Interface avec les tutelles en matière de sécurité

Les fiches de synthèse et de sécurité n'ont appelé aucun commentaire de la part de la MRIICE.

PARTIE 2
LES 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. Leur implication est effective.	A
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 ne sont pas toujours disponibles à cet effet. Le recueil des suggestions et des plaintes est organisé.	B
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. Ils siègent aux instances et participent à la vie de l'établissement et aux démarches qualité et de certification. Leur avis est pris en compte pour améliorer le service rendu au patient.	A

Réf. 3	La politique des ressources humaines est en conformité avec les missions et les orientations stratégiques de l'établissement		Cotations
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 et un plan d'amélioration des conditions de travail est élaboré. Des actions de suivi et d'évaluation sont planifiées sauf pour le projet social.	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	La politique du système d'information et du dossier du patient est définie en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement		Cotations
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.	A
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	L'établissement définit une politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques intégrée aux orientations stratégiques		Cotations
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.	L'EPP n'est pas complètement intégrée dans la démarche d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement. Une stratégie de développement, notamment des actions de communication et de formation, et le suivi d'actions d'évaluation des pratiques professionnelles restent à développer.	B
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 mais non formalisées, quel que soit leur niveau d'intervention (responsable hiérarchique, responsable de fonction transversale, professionnel).	B

Réf. 7	L'établissement met en œuvre une politique d'optimisation de ses ressources et de ses moyens en adéquation avec les orientations stratégiques		Cotations
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 de certains résultats, des mesures d'ajustement sont mises en œuvre avec les responsables des services afin d'assurer la maîtrise des coûts. Les modalités de contractualisation et d'intéressement restent à mettre en place.	B
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

Réf. 8	Le dialogue social est organisé au sein de l'établissement		Cotations
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. Toutefois, en ce qui concerne le CHSCT, la fréquence des réunions n'est pas toujours respectée (2 fois en 2005). Un suivi est assuré sur les thèmes ayant fait l'objet de leurs avis et suggestions.	B
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 n'est pas régulièrement évalué et son programme n'est pas régulièrement réajusté.	B
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 pour le personnel non médical 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.	B
9 d	L'évaluation des personnels est mise en œuvre.	Seule l'évaluation des personnels non médicaux est mise en place et ses résultats sont utilisés dans le cadre de la politique de gestion des ressources humaines.	B
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	Les fonctions hôtelières, assurées par l'établissement ou externalisées, sont adaptées aux besoins et aux attentes du patient et de son entourage		Cotations
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 permettent le respect de l'intimité et de la dignité du patient tout au long de sa prise en charge et dans la majeure partie des secteurs de l'établissement. Les professionnels sont formés et 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 sont adaptés aux besoins des patients handicapés ou dépendants. Les professionnels sont formés et sensibilisés à la spécificité de cette prise en charge.	A
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	Les fonctions logistiques, assurées par l'établissement ou externalisées, sont organisées pour assurer la maîtrise de la qualité et de la sécurité des prestations		Cotations
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 sont opérationnelles mais les procédures d'approvisionnement en urgence ne sont pas élaborées.	B

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.	L'établissement dispose d'un programme d'amélioration de la qualité comportant des objectifs précis. Les modalités de suivi sont définies mais les échéances ne sont pas établies. La communication sur le programme est assurée.	B
13 c	Le programme d'amélioration continue de la qualité prend en compte les résultats issus de différentes formes d'évaluation internes et externes.	L'établissement dispose d'une visibilité sur les différentes évaluations internes et externes réalisées et utilise leurs résultats pour élaborer le programme d'amélioration de la qualité.	A
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 aux besoins du programme qualité.	A
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 dans certains secteurs. Ils sont, de fait, représentés par les cadres de santé dans les unités de soins, sans que cela ne soit formalisé. Des actions sont conduites dans les différents secteurs.	B
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.	L'établissement a mis en place des dispositions permettant d'assurer le suivi du programme d'amélioration de la qualité dont les échéances ne sont pas définies.	B

Réf. 14	La gestion des risques est organisée et coordonnée		Cotations
14 a	Les informations relatives aux risques sont rassemblées et organisées.	<p>Une nouvelle organisation pour la coordination des risques est définie, sans être formalisée.</p> <p>L'établissement ne dispose pas d'une visibilité sur l'ensemble de ses risques ; le dispositif est en cours de construction ; un gestionnaire des risques a été nommé récemment.</p> <p>Certains risques génériques des activités de soins tels que vigilances réglementées ou liés à la vie hospitalière tels que risques professionnels alimentent partiellement le dispositif. Le regroupement des informations à terme est prévu.</p> <p>Les informations déjà détenues sont communiquées aux différents professionnels.</p>	C
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. Elle concerne aujourd'hui les vigilances réglementées et risques professionnels. Les risques spécifiques concernant le patient et d'autres liés à la vie hospitalière sont en cours de recueil, afin d'avoir une vision globale des risques.	C
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.	Les modalités de hiérarchisation des risques en termes de fréquence, gravité, criticité ne sont pas définies et ne permettent pas d'avoir des actions de réduction des risques hiérarchisées et mises en œuvre. Les professionnels sont impliqués dans les différentes instances, notamment dans la coordination des vigilances.	C
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, scénarios de crise, exercices de crises, modalités de communication. Elle est connue des professionnels.	A

Réf. 14	La gestion des risques est organisée et coordonnée		Cotations
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. 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 récemment une organisation permettant la coordination des vigilances entre elles et des vigilances avec la gestion des risques. Le programme global de gestion des risques n'est pas défini. Les modalités de partage de l'information et de partage de méthodes sont en cours de réflexion.	C
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	Un programme de surveillance et de prévention du risque infectieux, adapté au patient et aux activités à risque, est en place		Cotations
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, sans évaluation régulière.	B
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'antibioprophylaxie. Elles font l'objet d'une actualisation régulière. Concernant l'usage des antibiotiques, des règles de bonnes pratiques existent dans certaines unités de soins, mais n'ont pas une diffusion à l'échelle de l'établissement. Cependant, un référent en antibiothérapie est identifié.	B
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. Cependant la procédure de prise en charge des AES n'est pas formalisée. Par ailleurs, les précautions standard sont appliquées de façon variable.	B
16 f	Le signalement des infections nosocomiales est organisé et opérationnel.	Le dispositif de signalement des infections nosocomiales est connu des professionnels. Il repose sur la formation et l'information de tous les professionnels de l'établissement. Il n'est pas opérationnel.	B

Réf. 16	Un programme de surveillance et de prévention du risque infectieux, adapté au patient et aux activités à risque, est en place		Cotations
16 g	Un dispositif permettant l'alerte, l'identification, la gestion d'un phénomène épidémique est en place.	Une information des professionnels leur permet de connaître les personnes-ressources face à un phénomène épidémique. Des mesures préventives permettent d'éviter la survenue ou la récurrence d'un tel phénomène.	B

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, ou de réorganisation est soumis à la consultation du CLIN pour en apprécier les risques infectieux, ce qui n'est pas toujours le cas des projets d'équipement matériel. Une coordination des acteurs, intégrant l'EOHH est mise en place.	B

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. La formation ne répond cependant pas au rythme exigé par la réglementation et certaines catégories professionnelles ne sont pas intégrées aux actions de formation. Un plan de formation a été élaboré pour ces dernières.	B
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'efficacité du dispositif est évaluée.	A
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. La procédure de conservation des biens n'est pas formalisée. L'inventaire des biens des patients n'est pas toujours réalisé.	B
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).	Les modalités de mise en concordance des identités lors des échanges de données entre l'établissement et d'autres structures sanitaires sont en cours de réflexion au sein d'une cellule départementale d'identitovigilance. Leur mise en œuvre ne fait pas encore l'objet d'un suivi et d'une évaluation.	B

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'auditabilité du système d'information. Les locaux actuels ne permettent pas d'assurer l'intégrité des données sous certains aspects (intrusion, isolation thermique). Cependant, il existe un projet de construction qui permettra d'abriter le service informatique dans des locaux complètement sécurisés.	B
23 b	La sécurité du système d'information est évaluée lors d'un diagnostic initial puis à périodicité définie.	Des évaluations 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. La procédure de conservation vient d'être rédigée et non encore évaluée.	B
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.	Les responsables de chaque secteur d'activité élaborent un projet qui s'inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement.	A		A	A	
25 b	Les responsables organisent les activités de leur secteur et identifient les moyens nécessaires à leur réalisation.	L'implication des responsables participe à une organisation compétente de leur secteur d'activité : fiches de poste inconstantes, tableaux de bord trimestriels d'utilisation inégale, conseils de service irréguliers. L'USLD dispose d'un règlement intérieur définissant les rôles et missions des responsables.	B		B	B	
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 potentiel. L'organisation mise en place est formalisée et les modes de fonctionnement permettent d'en assurer le suivi.	A		A	A	
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		A	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 en SLD et dans la majorité des secteurs de MCO et SSR. Des moyens et mécanismes d'intéressement sont mis en œuvre pour favoriser la motivation tant individuelle que collective.	B		B	A	

			Cotations				
25 f	Les responsables veillent à la bonne utilisation des moyens alloués.	Les responsables s'impliquent dans l'efficience de leur secteur d'activité mais la mise en œuvre de l'organisation en pôles est trop récente pour leur permettre de disposer d'outils et de moyens permettant de s'assurer de la bonne utilisation des ressources.	B		B	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 ne disposent que partiellement d'outils et de formation pour le faire.	B		B	B	

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. Certaines unités disposent de chambres à 2 lits sans moyens de séparation adaptés. L'USLD ne dispose pas de lieu dédié aux entretiens avec les familles.	B		B	B	
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 dans la plupart des secteurs. L'usage du tutoiement en USLD a fait l'objet d'une réunion en comité d'éthique suivie d'actions d'amélioration en cours de mise en œuvre.	B		B	B	
26 c	La prévention de la maltraitance du patient (résidant – USLD) au sein de l'établissement est organisée.	Les professionnels sont sensibilisés à la prévention de la maltraitance et appliquent les bonnes pratiques notamment en matière de contention. La réflexion n'est pas aboutie sur l'utilisation des barrières dans l'ensemble des secteurs. Certaines situations à risque sont identifiées et un système de signalement est en place.	B		B	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		A	A	

		Cotations					
26 e	La formation des professionnels à l'écoute et au respect des droits du patient est organisée.	Des formations et des actions de sensibilisation sur le thème du respect des droits et de la dignité du patient ont été organisées en 2004 mais non renouvelées.	B		B	B	

Réf. 27	L'accueil du patient (résident – USLD) et de son entourage est organisé		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
27 a	Les besoins et les attentes du patient (résident – 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		A	A	
27 b	Le patient (résident – 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		A	A	
27 c	L'accueil et les locaux sont adaptés aux handicaps du patient (résident – USLD) et/ou de son entourage.	L'établissement s'organise pour rendre la majorité des secteurs d'activité concernant le patient accessible aux handicapés, en particulier dans les secteurs rénovés. Il existe cependant des difficultés dans certaines unités : absence de toilettes pour handicapés aux urgences, absence d'alarmes antifugue sur les issues de secours... Par ailleurs il n'y a pas de signalisation adaptée à la lecture en braille ni d'informations orales destinées aux malvoyants. Les toilettes en SSR ne sont pas équipées de barres d'appui. USLD : l'établissement s'organise pour rendre l'ensemble des secteurs d'activité concernant le patient accessible aux handicapés.	B		B	A	
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		A	A	
27 e	Une procédure spécifique d'accueil des détenus est organisée dans les établissements concernés.		NA		NA	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		NA	NA	
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		A	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		A	A	
28 d	La disponibilité des lits d'hospitalisation est régulièrement évaluée et analysée au sein de l'établissement.	L'établissement ne dispose pas de commission des admissions non programmées mais ne rencontre pas de problèmes dans ce domaine du fait de la non-saturation de sa capacité d'accueil, qu'un logiciel permet d'évaluer en temps réel.	B		NA	NA	

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 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 n'est pas systématiquement tracé dans le dossier du patient en MCO et SSR. USLD : une organisation 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 systématiquement tracé dans le dossier du patient.	B		B	A	
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		A	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, mais l'établissement souffre d'un manque d'ergothérapeute et d'orthophoniste.	B		B	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).	Les professionnels s'organisent dans la majorité des secteurs pour assurer dans le dossier la trace de la réflexion bénéfice-risque pour chaque patient. Cette traçabilité est difficile à obtenir dans l'ensemble des dossiers chirurgicaux malgré une sensibilisation réalisée en CME. SSR-USLD : les professionnels s'organisent pour assurer la trace de la réflexion bénéfice-risque pour chaque patient au sein du dossier.	B		A	A	

		Cotations					
29 e	Lorsqu'une restriction de liberté de circulation est envisagée dans l'intérêt du patient (résidant – <i>USLD</i>), 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 (résidant – <i>USLD</i>) 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. La prescription est variable selon les secteurs en MCO. La levée de la restriction ne fait pas systématiquement l'objet de prescription en particulier en SSR, et la situation ne fait pas toujours l'objet d'une réévaluation à périodicité définie. L' <i>USLD</i> souhaite poursuivre la réflexion initiée sur ce thème.	B		B	B	
29 f	Le projet thérapeutique fait l'objet d'ajustements en fonction d'évaluations régulières de l'état de santé du patient (résidant – <i>USLD</i>).	L'ensemble des professionnels trace ses observations dans le dossier du patient et se coordonne pour ajuster de façon régulière le projet thérapeutique.	A		A	A	

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 mais ne font pas systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique. Un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.	B		B		
	<i>USLD</i> – L'équilibre nutritionnel des résidents est assuré en fonction de leurs goûts et habitudes alimentaires.	Les patients concernés sont identifiés mais ne font pas systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique. Un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.				B	
30 b	Les conduites addictives sont identifiées et font l'objet d'une prise en charge adaptée.	Les patients concernés sont identifiés mais ne font pas systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique. Un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.	B		B	B	
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		A	A	
30 d	Les chutes des patients font l'objet d'une prévention.	Les patients concernés sont identifiés et font parfois l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique. Un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.	B		B	B	
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		A	A	

			Cotations				
30 f	Les escarres font l'objet d'une prévention.	Les patients concernés ne sont pas toujours identifiés et ne font pas systématiquement l'objet d'une évaluation. Un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant. USLD : 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.	B		B	A	
30 g	USLD – Un projet de vie est individualisé pour chaque résidant en prenant en compte ses souhaits.	Le projet de vie global est élaboré pour les résidants mais le projet individualisé est en cours de réflexion.				B	

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		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.	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	
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.	A		A	A	
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 la plupart du temps recueillies et tracées dans le dossier en ce qui concerne la personne à prévenir, mais le recueil de l'information n'est pas organisé pour la personne de confiance.	B		B	B	
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 toujours tracé dans le dossier dans le secteur MCO. Ce consentement n'est pas systématiquement recueilli en SSR, et doit être généralisé concernant la contention en USLD.	B		B	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	B		B	A	

		Cotations				
		particulier sur leur bénéfice-risque. Le recueil écrit du consentement éclairé réalisé dans certaines situations n'est pas systématiquement tracé dans le dossier en particulier pour la recherche du VIH. USLD : 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.				
31 f	Le patient (résidant – USLD) 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 mais, aux dires des professionnels rencontrés, font l'objet d'un consensus. L'information, lorsqu'elle est délivrée, n'est pas toujours tracée dans le dossier.	B		B	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		A	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. L'évaluation périodique de sa satisfaction permet de faire évoluer la lutte contre la douleur.	A		A	A	
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 est mise en œuvre. L'efficacité de cette formation ne fait pas l'objet d'une évaluation.	B		B	B	
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		A	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. Cependant, les difficultés de recrutement en pédiatres rendent la continuité des soins difficile à assurer à la maternité. Un projet de transformation de cette dernière en centre de périnatalité est en cours d'élaboration. SSR-USLD : 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.	B		A	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. Cependant, et malgré la pratique généralisée des transmissions ciblées, l'usage de supports intermédiaires de transmission et de planification perdure.	B		B	B	
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 un personnel formé et à une maintenance contrôlée du matériel d'urgence. Le dispositif en place est évalué.	A		A	A	

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.	Tous les éléments diagnostiques et thérapeutiques sont tracés dans le dossier du patient et notamment toutes les informations retraçant son état de santé. Le dossier est complété après la sortie du patient, le cas échéant.	A		A	A	
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		A	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 la majorité des actes le nécessitant en MCO, en dehors de certaines prescriptions d'examens en chirurgie. SSR-USLD : les prescriptions sont écrites, datées et signées pour tous les actes le nécessitant.	B		A	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).	Toute information donnée au patient et/ou à son entourage est tracée de manière inégale dans le dossier du patient en MCO et SSR. USLD : toute information donnée au patient et/ou à son entourage est tracée dans le dossier du patient.	B		B	A	

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. Les demandes d'examens ne précisent pas toujours les objectifs et les renseignements cliniques pertinents.	B		B	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		A	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 médico-technique relatives à la communication des examens sont systématiquement définies et mises en œuvre.	A		A	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 permet la prévention des événements indésirables évitables.	A		A	A	
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		A	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, mais dans certains secteurs le personnel soignant recopie la prescription pour en valider l'administration. La généralisation en cours de la prescription informatisée en MCO et USLD résoudra cette question. La traçabilité de l'administration est réalisée. SSR : la conformité de l'administration du médicament à la prescription est assurée par les professionnels habilités. Sa traçabilité est réalisée.	B		A	B	
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		A	A	

			Cotation				
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		A		
	<i>USLD</i> – Les demandes urgentes de médicaments, formulées par les USLD, 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	

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. L'établissement n'a pas défini d'indicateurs permettant de faire progresser cette organisation.	B		NA	NA	
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		NA	NA	
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 sont identifiés selon la procédure générale mais ne sont pas spécifiquement traités dans le cadre du secteur interventionnel. Un dispositif de signalement connu des professionnels est en place. Leur analyse conduit à des actions correctives et préventives.	B		NA	NA	
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		NA	NA	

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 a défini dans ses orientations stratégiques sa participation aux activités ou à un réseau de prélèvements d'organes ou de tissus. Une organisation interne et une coordination avec d'autres établissements sont en place.	A		NA	NA	
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 est organisée.	A		A	A	
38 c	Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes ou de tissus.	Les professionnels sont informés et formés aux enjeux concernant les dons d'organes ou de tissus.	A		A	A	
38 d	Les prélèvements d'organes ou de tissus sont réalisés conformément aux règles de bonnes pratiques.		NA		NA	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.	Tous les moyens 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.	A		A	A	
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		A		
	USLD – La prise en charge pluriprofessionnelle du résidant associe les professionnels des USLD et ceux de la rééducation et du soutien psychologique.	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	
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. L'établissement dispose de quelques outils d'évaluation en cours de réactualisation en MCO. SSR-USLD : 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.	B		A	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 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. En SSR et USLD des actions d'éducation personnalisées et ciblées sont menées sans pour autant qu'elles ne soient organisées en un programme d'éducation thérapeutique.	A		B	B	
40 b	L'entourage du patient est associé aux actions d'éducation, le cas échéant.	Une organisation permet d'associer, de façon adaptée, l'entourage aux actions d'éducation thérapeutique du patient.	A		A		
	USLD – L'entourage et/ou sa famille sont associés aussi souvent que possible à ces actions d'éducation thérapeutique.	Une organisation permet d'associer, de façon adaptée, l'entourage aux actions d'éducation thérapeutique du patient.				A	
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		A	A	

Réf. 41	La continuité des soins après la sortie est planifiée et coordonnée avec le patient (résidant – 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		A		
	USLD – Le résidant, l’entourage et le médecin traitant qu’il désigne, le cas échéant, sont associés à la planification de la sortie.	Dans les rares cas où elle a lieu, la sortie du patient est planifiée avec son entourage et son médecin traitant en tenant compte de ses besoins.				A	
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		A		
	USLD – Le résidant est adressé aux professionnels et structures appropriés en fonction de ses besoins de santé et de ses choix.	La connaissance des ressources disponibles dans le territoire de santé permet d’adresser le patient aux professionnels et structures appropriés.				A	
41 c	Les professionnels assurant l’aval sont informés et associés à la planification de la sortie du patient (résidant – 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		A	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 professionnels organisent les retours d’information nécessaires pour s’assurer de la continuité de sa prise en charge.	A		A	A	

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		A	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.	A		A	A	
42 c	La formation des professionnels est organisée.	La formation des professionnels prodiguant des soins palliatifs est assurée.	A		A	A	
42 d	Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.	Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels prodiguant des soins palliatifs sont identifiés ; leur prise en compte est difficile à assurer du fait de l'absence de psychologue institutionnelle en dehors de la psychologue de l'équipe mobile de soins palliatifs.	B		B	B	

Réf. 43	Le décès du patient (résidant – 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 (résidant – 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		A	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		A	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		A	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. L'accompagnement psychologique de ces professionnels est partiellement réalisé du fait de l'absence de ressources en psychologues.	B		B	B	

CHAPITRE IV
ÉVALUATIONS 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>Thème choisi : la pertinence de l'hospitalisation du patient présentant des coliques néphrétiques en service de chirurgie</p> <p>Cette pathologie est fréquente et l'orientation à partir des urgences est à 3 niveaux : retour à domicile, hébergement en unité d'hospitalisation de très courte durée, hospitalisation en chirurgie. L'objectif est de vérifier la pertinence de l'hospitalisation des patients pris en charge pour des coliques néphrétiques dans le service de chirurgie.</p> <p>Le thème a été validé en CME.</p> <p>Un groupe projet constitué de 3 médecins a été mis en place.</p> <p>La méthode utilisée est une étude rétrospective sur 4 mois de 68 dossiers de patients s'étant présentés aux urgences pour coliques néphrétiques à partir des données de la 8^e conférence de consensus de la Société Française de médecine d'urgence.</p> <p>Les résultats ont montré que 2 hospitalisations n'étaient pas pertinentes. Chacune d'elles a fait l'objet d'une analyse de cause qui a montré une arrivée tardive des patients aux urgences avec impossibilité de retour à domicile.</p> <p>L'analyse n'a pas montré de dysfonctionnement lié à la pertinence de l'hospitalisation et la réflexion s'est orientée sur la résolution des problèmes d'organisation du retour à domicile.</p>	B
44 b	La pertinence des actes à risque est évaluée	<p>Thème choisi : la pertinence de la gastrostomie perendoscopique (GPE)</p> <p>La GPE, utilisée pour un apport calorique aux patients ne pouvant plus s'alimenter par voie orale est parfois responsable d'effets secondaires sur des terrains fragiles et pose la question de l'amélioration de la qualité de vie du patient.</p> <p>Ce thème a été validé en CME.</p> <p>L'objectif est d'uniformiser les indications dans le temps et d'un service à l'autre et de retenir celles permettant <i>a priori</i> une amélioration de la qualité de vie du patient.</p> <p>Un groupe projet pluriprofessionnel a été constitué. Il a effectué une étude rétrospective de toutes les GPE posées en 2004 et 2005, soit 34 dossiers. Les résultats ont montré le manque fréquent de données sur l'état clinique et/ou</p>	A

Réf. 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
		<p>nutritionnel du patient rendant parfois difficile l'évaluation exacte de la pertinence de la GPE.</p> <p>Un plan d'actions a été élaboré : la rédaction d'une fiche de demande de GPE avec les éléments d'état clinique et nutritionnel du patient, la mise à jour du protocole de préparation du patient, la rédaction d'une feuille de réalimentation, d'une feuille d'information pour le patient et sa famille et d'une feuille de suivi nutritionnel.</p> <p>Ultérieurement, une consultation systématique sera proposée au patient à 1 et 3 mois, voire plus de manière à réévaluer son état physique et nutritionnel et donc l'intérêt de la GPE. Ces informations permettront le cas échéant de réviser la fiche de demande et d'information.</p> <p>La présentation des résultats à l'ensemble de l'institution est à réaliser.</p>	
44 c	La pertinence des prescriptions médicamenteuses est évaluée	<p><u>Thème choisi</u> : la pertinence de la prescription d'ORGARAN</p> <p>Ce thème a été validé en CME et s'appuie sur des recommandations de conférences d'experts.</p> <p>L'ORGARAN est un anticoagulant coûteux dont la consommation a été fortement augmentée. L'objectif est d'optimiser l'utilisation de l'ORGARAN, indiqué dans le traitement et la prévention de la thrombopénie immune à l'héparine (TIH). De plus, une meilleure prise en charge des TIH permettrait un bon usage de l'ORGARAN, une sensibilisation des prescripteurs, une amélioration de la qualité des soins et une économie conséquente.</p> <p>Un groupe médical pluridisciplinaire a d'abord élaboré une fiche thérapeutique précisant la conduite à tenir en cas de suspicion de TIH. Suite à sa mise en service, la consommation de l'ORGARAN a baissé. Cependant, pour anticiper le risque d'étiquetage du patient comme immunoallergique, une aide supplémentaire à la prescription s'est avérée nécessaire. Pour cela, le groupe a élaboré une grille de pertinence et a effectué une analyse rétrospective sur 23 dossiers. Seuls 5 traitements se sont avérés justifiés. Ce travail a été présenté au COMEDIMS et aux médecins prescripteurs.</p> <p>Le suivi sera assuré par l'analyse des dossiers des patients traités par ORGARAN sur 6 mois de février à novembre 2007. Quatre indicateurs de pertinence de la prescription ont été définis (nombre de patients, consommation d'Orgaran, durée des traitements, score des 4 T).</p>	A

Réf. 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
44 d	La pertinence des examens de laboratoire et des examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle est évaluée	<p>Thème choisi : la pertinence de la prescription des marqueurs biologiques de l'ischémie cardiaque dans un but diagnostique</p> <p>Ce thème a été validé par la CME.</p> <p>Il s'appuie sur 2 enjeux : l'un diagnostique puisque malgré les recommandations des sociétés savantes ce marqueur est toujours utilisé dans l'établissement pour le diagnostic des syndromes coronariens aigus en plus de la troponine, l'autre économique du fait des coûts engendrés. Les objectifs sont de s'assurer du bon usage de la troponine, de maîtriser sa prescription et de supprimer la prescription des enzymes cardiaques.</p> <p>Un groupe de travail a été constitué piloté par le chef de service du laboratoire.</p> <p>La méthode utilisée est la revue de pertinence par l'étude rétrospective de 10 jours de prescriptions aux urgences. Une grille a été élaborée avec les prescripteurs des urgences et validée par un cardiologue. La pertinence de la prescription de la troponine a été validée dans 83 % des dossiers. Une sensibilisation des prescripteurs a été réalisée en novembre 2006.</p> <p>Les conclusions ont été présentées aux prescripteurs des urgences.</p> <p>Des objectifs quantifiés de prescriptions ont été définis. Ils serviront de base à une surveillance annuelle.</p>	A

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><u>Thème choisi en MCO</u> : la réduction du risque postopératoire de la fracture du col du fémur chez le sujet âgé</p> <p>Avec l'augmentation de l'espérance de vie, ce type de fracture compte tenu de sa fréquence devient une préoccupation de santé publique.</p> <p>L'objectif est d'analyser l'attitude et les habitudes postopératoires des professionnels concernés en s'appuyant sur les recommandations de la littérature.</p> <p>Des groupes de travail ont été mis en place et une fiche de révision des pratiques a été élaborée pour évaluer le protocole de prise en charge.</p> <p>Une enquête de pratique a été réalisée sur 25 patients, d'âge moyen de 79,5 ans.</p> <p>L'analyse n'a pas dégagé d'actions d'amélioration des pratiques pour réduire les risques postopératoires en dehors d'une difficulté d'accès à des structures d'aval.</p> <p><u>Thème choisi en SSR</u> : la réduction du risque d'aggravation par la recherche d'un syndrome de fragilité chez le sujet âgé</p> <p>Ce choix repose sur le fait qu'en SSR, un patient sur 2 est considéré comme très fragile.</p> <p>Des objectifs sont posés : réaliser un bilan de la pratique, définir un processus de meilleure prise en charge, associer les familles. Un outil d'identification du sujet âgé fragile a été imaginé dans le service : la règle des 2 F.</p> <p>Un groupe de travail pluridisciplinaire a été constitué.</p> <p>Dans un premier temps, une étude sur 157 dossiers s'est déroulée sur 6 mois d'expérimentation de l'outil créé pour repérer les sujets âgés fragiles.</p>	B					B

		Cotation				
		<p>Des résultats chiffrés ont montré que cette grille permettait d'identifier le sujet âgé fragile, mais la démarche n'a pas abouti à des actions concrètes d'amélioration de la prise en charge du sujet âgé fragile.</p> <p>Thème choisi en SLD : la réduction du risque de survenue d'une escarre lors de l'installation d'un patient</p> <p>Le choix de ce thème est motivé par le risque d'entrée dans la dépendance des personnes âgées porteuses d'une escarre avec l'aggravation de la perte de l'image de soi, des souffrances supplémentaires et l'augmentation du risque d'isolement social. C'est un enjeu de qualité pour l'établissement et de meilleur vécu du problème par les soignants.</p> <p>Un groupe de travail pluridisciplinaire a analysé les dysfonctionnements de la prise en charge des 3 patients porteurs d'escarres survenues les 6 derniers mois avec le diagramme d'Ishikawa.</p> <p>Des actions d'amélioration ont été définies et planifiées : évaluation systématique du risque d'escarre mise en place en septembre 2006, protocoles individualisés de mobilisation et d'installation tracés dans chaque dossier, formation des personnels infirmiers et aides-soignants réalisée en 2006 et début 2007, planification institutionnelle des achats.</p> <p>Trois indicateurs ont été définis mais pas encore suivis : taux d'apparition des escarres sur 6 mois, taux d'évaluation de l'utilisation de l'échelle du risque, taux de mise en place de protocoles individualisés.</p>				A

		Cotation					
45 b	L'analyse des événements indésirables et la mise en œuvre des actions de prévention et d'amélioration correspondantes sont assurées	<p><u>Thème choisi en MCO</u> : la réduction du risque hémorragique lié à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) médicamenteuses</p> <p>Le choix du thème est motivé par la survenue de complications sur un petit nombre d'IVG médicamenteuses. L'objectif est de rechercher les causes de cette complication hémorragique et de la prévenir.</p> <p>Les experts-visiteurs n'ont pu disposer de grilles d'analyse des dossiers. L'action d'amélioration proposée est le respect du protocole.</p> <p><u>Thème choisi en SSR</u> : la réduction du risque de syndromes aderses : l'iatrogénie</p> <p>Le choix du thème est motivé par l'observation de la survenue d'un cas dans le service, sur un patient hospitalisé à deux reprises. L'iatrogénie est fréquente en gériatrie. Elle est importante au plan médicosocial et constitue une conséquence indésirable et négative sur l'état de santé des patients. Son retentissement économique est important.</p> <p>Un groupe de travail multidisciplinaire a analysé les causes de l'iatrogénie sur le patient accueilli dans le service lors de ses 2 hospitalisations.</p> <p>La recherche des causes a été effectuée avec le diagramme d'Ishikawa. Le résultat a mis en évidence un manque de communication entre les professionnels.</p> <p>Des actions d'amélioration s'appuyant sur les objectifs institutionnels ont été mises en œuvre : transmissions ciblées, informatisation de la prescription, mise en place du dossier commun.</p> <p>Deux évaluations sont prévues à 6 mois : circulation de l'information dans le dossier commun, utilisation de la fiche navette ville-hôpital.</p> <p><u>Thème choisi en SLD</u> : la réduction du risque iatrogène</p>	C			A	

		Cotation					
		<p>dans le cadre de la prescription des psychotropes</p> <p>Le choix du thème est motivé par l'existence d'études montrant une consommation croissante de psychotropes par les personnes âgées et une tendance à la banalisation de leur prescription. Or, ils sont parfois responsables d'effets indésirables aux conséquences graves. L'étude se base sur l'analyse d'un cas survenu dans le service.</p> <p>Un groupe de travail multidisciplinaire a effectué cette étude en utilisant le diagramme d'Ishikawa.</p> <p>Des actions d'amélioration ont été identifiées et mises en œuvre : mise en place de réunions hebdomadaires multidisciplinaires, informatisation de la prescription au plan institutionnel, mise en place d'une fiche de déclarations de chutes, mise en place d'un projet de vie et de soins individualisés en cours.</p> <p>Un protocole de surveillance des effets secondaires est à élaborer.</p> <p>L'évaluation de la mise en œuvre est à réaliser. Seuls 3 indicateurs de suivi ont été définis portant sur le nombre de traitements modifiés, la quantité de psychotropes prescrits et la quantité d'outils de surveillance utilisés.</p>				A	

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><u>Thème choisi en médecine</u> : l'amélioration de la prise en charge des personnes présentant des conduites d'alcoolisation</p> <p>La prise en charge des personnes alcooliques est un enjeu en termes de santé publique. 5 millions de personnes sont concernées et 10 % des décès sont directement liés à ce problème. Le dépistage est primordial et l'objectif est de l'optimiser.</p> <p>Un service de médecine est référent dans la prise en charge des problèmes d'alcool.</p> <p>Le thème a été validé en CME.</p> <p>Un groupe pluriprofessionnel a été constitué. Il a réalisé un questionnaire à destination de l'ensemble des services afin d'évaluer leur pratique de repérage des conduites d'alcoolisation.</p> <p>Ce questionnaire s'est appuyé sur la conférence de consensus de 2001.</p> <p>L'analyse des questionnaires a été réalisée et les résultats seront prochainement communiqués aux équipes.</p> <p>Des objectifs d'amélioration ont été définis : information aux agents en 2007, réflexion sur la mise en place d'une équipe de liaison d'addictologie prévue en CME, mise en place d'un outil d'aide au dépistage créé en 2007 et déployé progressivement dans les services de médecine et de chirurgie, suivi du nombre de consultations avec un indicateur de 50 par an dans 4 ans.</p> <p>Ce processus de prise en charge n'a pas fait l'objet de comparaisons.</p>	A				
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						

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>Thème choisi en chirurgie : l'amélioration de la prise en charge de la phase postopératoire de l'arthroscopie du genou</p> <p>Le choix de ce thème est motivé par la fréquence des arthroscopies du genou réalisées en ambulatoire : 121 en 2004 et 114 en 2005. Ce thème a été validé en CME.</p> <p>L'objectif est triple : garantir l'harmonisation des pratiques et la cohérence des prescriptions, sécuriser la sortie du patient en lui donnant des soins conformes aux règles de bonnes pratiques, étendre la réflexion à l'ensemble des actes chirurgicaux réalisés en ambulatoire. Un groupe de travail pluriprofessionnel piloté par le médecin anesthésiste a été constitué. Une analyse des pratiques a mis en évidence une discordance entre les prescriptions des anesthésistes et l'ordonnance de sortie des chirurgiens et une difficulté de</p>	A				
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						

		Cotation				
46 f	Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons	prise en charge optimale postopératoire du fait de la disparité des protocoles analgésiques et d'anticoagulation. La réflexion s'est appuyée sur les recommandations de la société française d'anesthésie et de réanimation. Un plan d'actions a consisté à définir un processus pour sécuriser l'ordonnance de sortie, discutée et validée par les chirurgiens et les anesthésistes. Deux enquêtes de satisfaction ont été réalisées auprès des professionnels (score obtenu 8/10) et des patients. L'analyse de ces dernières sera réalisée dans les semaines à venir. Un suivi de la conformité du processus est réalisé et les dysfonctionnements corrigés. Des indicateurs de suivi ultérieur restent à définir. La généralisation de l'ordonnance de sortie personnalisée aux autres actes de chirurgie ambulatoire est prévue. Aucune comparaison n'a été effectuée.				

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>Thème choisi en obstétrique : l'amélioration de la prise en charge en urgence des césariennes</p> <p>Le choix de ce thème est motivé par le constat de l'allongement du délai entre la décision de césarienne et l'extraction de l'enfant sans pour autant nuire à la situation obstétricale. Le protocole existant est insuffisamment respecté. Les recommandations de la littérature ont été consultées.</p> <p>Il n'y a pas eu d'analyse formalisée de la pratique permettant d'objectiver les causes d'allongement du délai. Une revue de dossiers a cependant mis en évidence que l'allongement du délai ne nuisait pas à la situation obstétricale.</p> <p>La seule action mise en œuvre est le rappel du protocole initial.</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						

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>Thème choisi en SSR : la prise en charge des personnes âgées atteintes de malnutrition protéinoénergétique (MPE)</p> <p>Le choix du thème a été guidé par le constat de la fréquence de la MPE due au vieillissement de la population et de la valeur pronostique péjorative de la MPE. Ce thème a été validé en CME.</p> <p>Un groupe de travail pluriprofessionnel piloté par le médecin chef de projet a été constitué. Le processus existant de prise en charge a été décliné et analysé. Un logigramme a été créé.</p> <p>Quatre points de dysfonctionnement ont été mis en évidence. Les recommandations et les données de la littérature ont été prises en compte. Un plan d'amélioration en 7 points a été élaboré et mis en œuvre selon l'échéancier prévu. Il porte notamment sur la formation, le remplissage de la fiche alimentaire, la communication avec le médecin traitant. Le suivi sera assuré par une enquête annuelle sur les dossiers, par une réévaluation de la prise en charge et le suivi de la quantité de compléments alimentaires.</p> <p>Il n'y a pas eu de comparaison avec d'autres services ou établissements. L'harmonisation de la pratique avec les autres services concernés sera réalisée avec l'aide du CLAN.</p>			A		
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						

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><u>Thème choisi en SLD</u> : l'amélioration de la prise en charge de la douleur provoquée en unité de soins de longue durée</p> <p>Le choix du thème est motivé par la fréquence du risque de douleur lors des soins aux personnes âgées. Le thème a été validé en CME. L'objectif est de prévenir la douleur liée aux soins et d'améliorer sa prise en charge. Un groupe de travail pluriprofessionnel a été mis en place. Une enquête réalisée sur 60 dossiers de résidents a mis en évidence la quantité et le niveau d'antalgiques dispensés et la fréquence d'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur. Les résultats ont été communiqués aux équipes. Les recommandations de la littérature ont été prises en compte. Un plan d'amélioration comprenant 4 actions a été mis en œuvre : mise en place de formations internes et participation aux formations institutionnelles, discussion en staff hebdomadaire et en commission éthique. Trois indicateurs de suivi ont été définis : nombre annuel de comptes rendus de réunions d'équipe, nombre de grilles d'évaluation, nombre de protocoles de prise en charge mis en place. Le processus de prise en charge a fait l'objet d'un début de comparaison avec le service longue durée d'un autre établissement.</p>				A	
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	Une évaluation de la politique des ressources humaines est mise en œuvre		Cotation
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 de ressources humaines, une évaluation des résultats de la politique mise en œuvre. Une régulation des dysfonctionnements reste à réaliser.	B
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 doivent être pris en compte en relation avec les instances et les partenaires sociaux.	B

C – FONCTIONS HÔTELIÈRES ET LOGISTIQUES

Réf. 48	Une évaluation des prestations logistiques est réalisée auprès des secteurs d'activité utilisateurs		Cotation
48 a	La satisfaction des utilisateurs est évaluée et prise en compte.	Une analyse de la satisfaction des responsables des secteurs d'activité a été organisée par l'établissement pour l'ensemble des prestations logistiques en 2005. Des actions ponctuelles non formalisées sont mises en place deux fois par trimestre en restauration, et régulièrement par la responsable de la blanchisserie. Les remarques issues de ces rencontres permettent l'identification d'actions d'amélioration et des bilans d'évaluation avec les prestataires externes.	B
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 n'existe pas de recueil régulier et adapté de la satisfaction des différents utilisateurs du système d'information. Les évaluations restent ponctuelles. La dernière évaluation réalisée n'est pas analysée et ne permet pas à ce jour de réajuster le système d'information. Cependant, son analyse est prévue pour l'année en cours.	C
49 c	La gestion du dossier du patient est évaluée.	Une évaluation de la gestion du dossier n'est pas réalisée régulièrement dans tous les secteurs d'activité en relation avec les instances. Il est prévu de constituer en 2007 un groupe spécifique issu de la CME et de la CSIRMT pour réaliser des audits itératifs sur la gestion du dossier médical et du dossier de soins. L'analyse et l'exploitation de ces résultats ne sont pas encore réalisées.	C

E – QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

Réf. 50	La mise en œuvre du programme d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques est évaluée		Cotation
50 a	L'atteinte des objectifs du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est régulièrement évaluée.	L'établissement a mis en place un système comprenant la définition et le suivi d'objectifs qualité et de gestion des risques. Il mesure l'atteinte des objectifs qualité de façon ponctuelle, notamment au sein de la délégation à la Qualité et prend les mesures correctives appropriées en cas d'écart entre la prévision et la réalisation. Il n'existe pas de rapport d'activité de la structure qualité, ni de tableaux de bord de suivi du projet qualité.	C
50 b	L'efficacité de la gestion des risques et des vigilances est évaluée.	L'établissement a défini certains critères lui permettant d'évaluer l'efficacité de son dispositif de gestion des risques uniquement dans le cadre des vigilances réglementées. Dans ce domaine, il procède régulièrement à des évaluations et prend les mesures correctives appropriées. Cependant, les critères et indicateurs de suivi ne sont pas définis pour l'ensemble des risques.	B
50 c	La maîtrise de la documentation est évaluée.	L'établissement n'évalue pas encore la gestion documentaire. La réactualisation de la gestion documentaire a été réalisée suite à l'expression non formalisée de l'insatisfaction des professionnels. Il est prévu de réaliser un audit sur l'ensemble du dispositif en 2007.	C

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 régulier et d'analyse des délais d'attente. Cependant la satisfaction des patients quant aux délais d'attente est mesurée dans le questionnaire de sortie.	B
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.	Il existe une concertation régulière entre l'établissement et les représentants d'usagers autour des résultats des évaluations concernant la satisfaction des usagers pour définir des priorités d'amélioration.	A

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. Ces actions n'ont pas fait l'objet d'une évaluation.	B
52 b	La satisfaction des correspondants est évaluée et prise en compte.	Seule la mesure de la satisfaction des correspondants médicaux externes a été organisée pour préparer le projet d'établissement. Elle n'a pas été réalisée auprès des autres professionnels en relation avec l'établissement. Les résultats sont exploités et utilisés pour la mise en place d'actions d'amélioration qui font l'objet d'un retour d'information aux professionnels concernés.	B

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 existe sans que ces comparaisons ne soient retranscrites sur des tableaux de bord. Le cas échéant, les responsables peuvent procéder aux réajustements des orientations stratégiques.	B
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 REMARQUEES

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 :

- La Cellule Écoute Client qui mène des enquêtes centrées sur la satisfaction de ces derniers et contribue à l'amélioration de la qualité de la prise en charge.
- Le cabinet dentaire en Unité de soins de longue durée (USLD) qui permet à l'ensemble des résidents de bénéficier des soins dentaires primaires indispensables à la garantie d'un bon équilibre nutritionnel et qui seraient difficiles à obtenir par ailleurs.

PARTIE 3
DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Certification

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 la **certification**.

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

- Poursuivre la mise en œuvre du programme global de gestion des risques (14a, 14b, 14d)
- Finaliser la coordination des vigilances et le programme global de gestion des risques (15d)

INDEX

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

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

DURQ :	Direction des usagers, des risques et de la qualité	GPEC :	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
EBLSE :	Entérobactérie bêta lactamase à spectre élargi	GCS :	Groupement de coopération sanitaire
ECE :	Équipe centrale d'entretien	HACCP :	<i>Hazard analysis control critical point</i> (analyse des risques et maîtrise des points critiques)
ECG :	Électrocardiogramme	HAS :	Haute Autorité de santé
ECHEL :	Équipe centralisée d'hygiène et d'entretien des locaux	HDT :	Hospitalisation à la demande d'un tiers
ECT :	Électroconvulsivothérapie (remplace sismothérapie, électrochoc)	HIV :	<i>Human immunodeficiency virus</i>
EEG :	Électroencéphalogramme	HO :	Hospitalisation d'office
EFG :	Établissement français des greffes	IADE :	Infirmière anesthésiste diplômée d'État
EFR :	Épreuves fonctionnelles respiratoires	IAO :	Infirmière d'accueil et d'orientation
EFS :	Établissement français du sang	IASS :	Inspecteur des affaires sanitaires et sociales
EHPAD :	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	IBODE :	Infirmière de bloc opératoire diplômée d'État
EIDLIN :	Équipe interdépartementale de lutte contre l'infection nosocomiale	ICR :	Indice de coût relatif
EMG :	Électromyogramme	IDE :	Infirmière diplômée d'État
ENC :	Échelle nationale de coûts	IFSI :	Institut de formation en soins infirmiers
EOH :	Équipe opérationnelle d'hygiène	IGEQSI :	Indicateurs globaux d'évaluation de la qualité des soins infirmiers
EOHH :	Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière	IGH :	Immeuble de grande hauteur
EPU :	Enseignement postuniversitaire	IME :	Institut médicoéducatif
ES :	Établissement de santé	IMP :	Institut médicopédagogique
ESB :	Encéphalopathie spongiforme bovine	IMPRO :	Institut médicoprofessionnel
ESH :	Employé des services hospitaliers	IRM :	Imagerie par résonance magnétique
ETP :	Emploi temps partiel	ISA :	Indice synthétique d'activité
ETS :	Établissement de transfusion sanguine	ISO :	<i>International standard organization</i>
ETO :	Échographie transœsophagienne	IVG :	Interruption volontaire de grossesse
ETS :	Établissements de transfusion sanguine	JO :	<i>Journal officiel</i>
GBEA :	Guide de bonne exécution des analyses médicales	MAHOS :	Mesure de l'activité hospitalière
GEMSA :	Groupe d'étude multicentrique des services d'accueil	MAPAD :	Maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes
GHJ :	Groupe homogène de journées	MAS :	Maison d'accueil spécialisée
GHM :	Groupes homogènes de malades	MCJ :	Maladie de Creutzfeldt-Jakob
GIE :	Groupement d'intérêt économique	MCO :	Médecine, chirurgie, obstétrique
GIP :	Groupement d'intérêt professionnel	MDS :	Médicament dérivé du sang
GMAO :	Gestion de maintenance assistée par ordinateur	MFQ :	Mouvement français de la qualité
		MGEN :	Mutuelle générale de l'Éducation nationale

MISP :	Médecin inspecteur de santé publique	RSD :	Règlement sanitaire départemental
MKDE :	Masseur-kinésithérapeute diplômé d'État	RSIO :	Responsable du système d'information et de l'organisation
MOF :	Manuel d'organisation et de fonctionnement	RSS :	Résumé de sortie standardisé
MPR :	Médecine physique et réadaptation	RSS* :	Réseau de santé social
NGAP :	Nomenclature générale des actes professionnels	RUM :	Résumé d'unité médicale
NIP :	Numéro d'identification permanent	SAE :	Statistiques appliquées aux établissements
NPP :	Numéro patient permanent	SAMU :	Service d'aide médicale d'urgence
OMS :	Organisation mondiale de la santé	SAU :	Service d'accueil des urgences
OPRI :	Office de protection contre les radiations ionisantes	SEP :	Sclérose en plaques
OQN :	Objectifs quantifiés nationaux	SFAR :	Société française d'anesthésie et de réanimation
PAC :	Praticien associé contractuel	SIDA :	Syndrome d'immunodéficience acquise
PAQ :	Programme d'amélioration de la qualité	SIH :	Système d'information hospitalier
PASS :	Permanence d'accès aux soins de santé	SIIPS :	Soins infirmiers individualisés à la personne soignée
PCA :	<i>Patient controled analgesia</i> (pompes analgésiques contrôlées)	SMUR :	Service mobile d'urgence et de réanimation
PCEA :	<i>Patient controled epidural analgesia</i>	SROS :	Schéma régional d'organisation sanitaire
PCS :	Poste central de sécurité	SROSS :	Schéma régional d'organisation sanitaire et social
PFC :	Produits frais congelés	SSIAD :	Service de soins infirmiers à domicile
PFT :	Placement familial thérapeutique	SSPI :	Salle de surveillance postinterventionnelle
PHISP :	Pharmacien inspecteur de santé publique	SSR :	Soins de suite et réadaptation
PME :	Projet médical d'établissement	STB :	Service technique et biomédical
PMI :	Protection materno-infantile	TGBT :	Transformateur général de basse tension
PMO :	Prélèvement multiorgane	TIAC :	Toxi-infection alimentaire collective
PMSI :	Programme de médicalisation du système d'information	TIM :	Technicienne de l'information médicale
POSU :	Pôle spécialisé d'urgence	UCDM :	Unité centrale d'archivage des dossiers médicaux
PRN :	Projet de recherche en nursing	UCV :	Unité cardio-vasculaire
PSL :	Produit sanguin labile	UMSP :	Unité médicale de soins palliatifs
PUI :	Pharmacie à usage intérieur	UPATOU :	Unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences
RAI :	Réaction à usage immune	UPC :	Unité de production culinaire
RAQ :	Responsable assurance qualité	USP :	Unité de soins palliatifs
RHS :	Résumé hebdomadaire standardisé	USIC :	Unité de soins intensifs cardiologiques
RRF :	Rééducation et réadaptation fonctionnelles (remplacé par MPR)	VIH :	Virus d'immunodéficience humaine
		VSL :	Véhicule sanitaire léger