

**RAPPORT DE CERTIFICATION DE  
LA CLINIQUE SAINT-GEORGES**

**2, avenue de Rimiez  
06105 NICE**

**Mai 2006**



---

# S O M M A I R E

---

<b>PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT</b>	p.	5	<b>Chapitre IV – Évaluations et dynamiques d'amélioration</b>	p.	73
<b>PARTIE 1</b>			A Pratiques professionnelles	p.	74
<b>DÉMARCHE QUALITÉ ET ACCRÉDITATION</b>	p.	7	B Ressources humaines	p.	79
I Historique et organisation de la démarche qualité	p.	8	C Fonctions hôtelières et logistiques	p.	80
II Suivi des décisions de la première procédure d'accréditation	p.	9	D Système d'information	p.	81
III Association des usagers à la procédure d'accréditation	p.	10	E Qualité et gestion des risques	p.	82
IV Interface avec les tutelles en matière de sécurité	p.	10	F Orientations stratégiques	p.	85
<b>PARTIE 2</b>			<b>PARTIE 3</b>		
<b>CONSTATATIONS PAR CHAPITRE</b>	p.	11	<b>COMMENTAIRES SYNTHÉTIQUES</b>	p.	87
<b>Chapitre I - Politique et qualité du management</b>	p.	13	I Commentaires synthétiques par type de prise en charge	p.	88
<b>Chapitre II - Ressources transversales</b>	p.	23	II Appréciation globale sur la dynamique qualité	p.	90
A Ressources humaines	p.	24	III Liste des actions exemplaires	p.	91
B Fonctions hôtelières et logistiques	p.	26	<b>PARTIE 4</b>		
C Organisation de la qualité et de la gestion des risques	p.	29	<b>DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ</b>	p.	93
D Qualité et sécurité de l'environnement	p.	33			
E Système d'information	p.	39	<b>INDEX</b>	p.	95
<b>Chapitre III - Prise en charge du patient</b>	p.	45			
A Orientations stratégiques et management des secteurs d'activité	p.	46			
B Parcours du patient	p.	48			



## PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

<b>Nom de l'établissement</b>	Clinique Saint-Georges	
<b>Situation géographique</b>	<b>Ville :</b> Nice <b>Département :</b> 06105	<b>Région :</b> PACA
<b>Statut</b> ( <i>privé-public</i> )	Privé	
<b>Type de l'établissement</b> ( <i>CHU, CH, CHS, HL, PSPH, Ets privé à but lucratif</i> )	Ets privé à but lucratif	
<b>Nombre de lits et places</b> ( <i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i> )	327 MCO	
<b>Nombre de sites</b> ( <i>de l'ES et leur éloignement s'il y a lieu</i> )	1	
<b>Activités principales</b> ( <i>par exemple ; existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i> )		
<b>Activités spécifiques</b> ( <i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i> )	UPATOU, réanimation, PMA, chirurgie et oncologie ambulatoires	
<b>Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité</b>	Restauration : ISO 9001	
<b>Coopération avec d'autres établissements</b> ( <i>GCS, SIH, conventions...</i> )	Conventions de relais avec les cliniques du secteur ; convention de relais UPATOU ; conventions de filières et réseaux	
<b>Origine géographique des patients</b> ( <i>attractivité</i> )	65 % ville de Nice ; 15,1 % Alpes-Maritimes est ; 11,3 % du reste du département	
<b>Transformations récentes</b> ( <i>réalisées ou projetées, ou projets de restructuration</i> )	Construction en cours de finalisation d'un bâtiment dédié à l'IRM et à la création d'une clinique d'esthétique.	



**PARTIE 1**  
**LA DÉMARCHE QUALITÉ ET L'ACCRÉDITATION**

## I Historique et organisation de la démarche qualité

La clinique, membre d'un groupe de 5 établissements, est en démarche qualité depuis 1998. Elle s'est adjoint dans un premier temps l'aide d'un cabinet externe pour une assistance méthodologique et la mise en place de supports pédagogiques.

Suite à la première visite d'accréditation, le P-DG de la clinique a mis en place une direction de la gestion des risques et de la qualité, transversale sur l'ensemble des établissements du groupe, animée par un médecin formé à la gestion des risques et à la qualité. Une cellule qualité s'est progressivement structurée, avec l'embauche d'une pharmacienne qualicienne à mi-temps, d'une responsable assurance qualité en charge du développement du système documentaire, d'un référent environnement et, plus récemment, d'un référent accréditation.

Un comité de pilotage interétablissements et des groupes de travail sur la gestion de la qualité, les services médicotechniques, les pratiques de soins, l'hôtellerie et les achats ainsi que les vigilances sont les éléments structurants de la démarche.

La direction de la gestion des risques et de la qualité a formalisé un premier projet 2001-2004, prenant en compte les conclusions de la première visite d'accréditation. Ce projet déclinait différents objectifs :

- démontrer que l'établissement est en démarche d'amélioration continue de la qualité ;
- définir un programme structuré intégré dans le projet d'établissement ;
- optimiser la qualité et la sécurité de prise en charge des patients ;
- renforcer la confiance des clients et des correspondants ;
- gérer le nombre des plaintes et anticiper leur survenue ;
- identifier et prioriser les actions d'amélioration ;
- assurer la sécurité des biens, des locaux et des personnes ;
- fidéliser et motiver le personnel en structurant un cadre participatif.

Divers outils d'information sont en place : lettre qualité, notes de service, comptes rendus des instances.

Un bilan de ce projet 2001-2004 acte la mise en place d'une gestion de projet, la refonte du circuit du médicament, l'amélioration du dossier du patient et la planification de son informatisation, la coordination des vigilances, l'élaboration du document de prévention des risques professionnels et la mise en place d'une cellule qualité.

L'évaluation du projet 2001-2004 a permis l'élaboration du projet 2004-2007 qui propose le suivi des actions du programme 2001- 2004 et intègre également des actions complémentaires identifiées soit en réponse à des évolutions réglementaires ou non, soit à des améliorations identifiées en interne.

Plus spécifiquement, le développement en termes de qualité prévoit de : structurer et organiser la cellule qualité, accompagner la V2 ; suivre des projets formalisés ; informatiser la gestion documentaire ; réactualiser les procédures ; mener des enquêtes de satisfaction des patients ; évaluer la satisfaction des correspondants médicaux ; évaluer les performances/audits internes ; optimiser le retour d'information au personnel concerné ; améliorer le système d'information qualité et gestion des risques ; suivre la démarche qualité en pharmacie et stérilisation et enfin suivre la démarche qualité dans les autres plateaux médicotechniques.

Quant au développement de la gestion des risques, il concerne : le dossier du patient ; les fiches de signalements des événements indésirables ; le suivi des fiches de sécurité sanitaire ; la conformité du dépôt de sang ; les vigilances environnementales ; l'évaluation des risques professionnels ;

l'évaluation des pratiques ; la gestion des plaintes et les demandes de dossiers ; l'établissement d'une cartographie des risques *a priori* et *a posteriori*.

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

### 1.2.2 – Suivi des décisions du collègue

Description synthétique du suivi réalisé ou en cours des décisions du collège de la 1<sup>re</sup> procédure

Niveau de décision (Recommandation/Réserve)	Libellé de la décision	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires de l'ES	Appréciation des EV
Recommandation	Poursuivre les actions assurant la confidentialité des informations relatives aux patients	Oui + en cours	Groupe projet	Travail poursuivi par le groupe « confidentialité » depuis la V1 avec mise en œuvre d'actions d'amélioration.
Recommandation	S'assurer de la généralisation de la signature des prescriptions médicales et en fiabiliser le circuit	Oui + en cours	Groupe projet + missions du pharmacien qualicien	Projet en cours de finalisation.
Recommandation	Mettre en place une gestion par objectifs en cohérence avec le projet d'établissement	Oui		Rédaction d'un projet d'établissement à partir du projet médical et des pôles d'excellence identifiés par les médecins ; formations à la démarche de gestion par projets à certains membres de l'encadrement

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

L'établissement a sollicité un certain nombre d'usagers pour accompagner la procédure d'accréditation, mais certains ont été découragés par le nombre de réunions et la complexité des termes employés.

Une usagère participe de manière plus régulière au groupe 1 et siège à la CRUQPEC.

Une association des usagers de type loi 1901 est en place depuis juillet 2005, mais son existence récente ne permet pas d'apprécier l'impact de sa participation.

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

La MRIICE n'a pas formulé d'observations donnant lieu à une mise en demeure dans la fiche navette.

**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 SROSS 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.	La complémentarité est organisée sous forme de partenariat formalisé avec d'autres établissements et de participation aux réseaux de santé : établissements du groupe, CHU (périnatalité, équipe mobile de soins palliatifs, urgences), réseaux de soins (Oncazur...).	A
1 c	La direction, les instances délibératives et consultatives, et les responsables s'impliquent dans la définition des orientations stratégiques.	Les orientations stratégiques sont prioritairement définies par la direction ; les instances sont consultées, mais les responsables s'impliquent uniquement dans la déclinaison des orientations au travers du projet d'établissement. En outre, si la CME s'implique de son côté dans le rôle dynamique qui est attendu d'elle, les différents responsables soulignent durant la visite les particularités liées à l'activité libérale des praticiens et leurs difficultés à se rencontrer au plan institutionnel.	B
1 d	La direction et les responsables mettent en œuvre leur politique en conformité avec les orientations stratégiques.	Dans les différents domaines d'activité, la direction et les responsables précisent les choix stratégiques retenus et identifient les objectifs et les moyens nécessaires à leur réalisation. Ils en assurent l'information et le suivi.	A

Réf 2	L'établissement accorde une place primordiale au patient et à son entourage.		Cotations
2 a	Le respect des droits et l'information du patient sont inscrits dans les priorités de l'établissement.	L'établissement intègre le respect des droits et de l'information des patients dans la mise en œuvre de ses orientations stratégiques et dans son organisation. La sensibilisation des professionnels est assurée. Une CRUQPC a été mise en place avec un règlement intérieur entré en vigueur le 1 <sup>er</sup> septembre 2005. Une représentante des usagers y participe. Une association des usagers des établissements du groupe Saint-Georges a été créée en juillet 2005 ; ses représentants se fixent pour objectif de représenter les patients qui fréquentent la clinique au sein des différentes instances : CLIN, CRUQPC, groupes de travail et de défense des usagers.	A
2 b	L'expression du patient et de son entourage est favorisée.	Les entretiens et les échanges entre les professionnels, les patients et leur entourage sont réalisés dans des conditions propices à l'expression. Des locaux adaptés sont disponibles à cet effet. Le recueil des suggestions et des plaintes est organisé.	A
2 c	Une réflexion éthique autour de la prise en charge du patient est conduite.	Un comité d'éthique commun aux établissements du groupe Saint-Georges a été constitué et s'est réuni pour la première fois en septembre 2005. Parmi les objectifs, ses membres souhaitent développer des réflexions sur des sujets tels que la fécondation <i>in vitro</i> , les dons d'organe, la prise en charge spécifique de certains groupes confessionnels, la confidentialité, etc. Durant la visite, les membres du comité d'éthique évoquent l'idée de réaliser un livret d'information éclairé du patient, abordant les champs médicaux, soignants et administratifs.	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. Les efforts constants fournis par l'établissement sont à souligner, tant du point de vue de l'entretien des locaux que des mesures mises en œuvre par les équipes et leur suivi par la responsable hôtelière.	A

<b>Réf 2</b>	<b>L'établissement accorde une place primordiale au patient et à son entourage.</b>		<b>Cotations</b>
2 e	Les représentants des patients participent à l'évaluation et à l'amélioration des services rendus par l'établissement.	L'établissement a très récemment créé les conditions de désignation des représentants des patients sous forme d'une association d'usagers. Le caractère récent de cette association ne permet pas de mesurer leur participation à l'évaluation et à l'amélioration des services rendus.	B

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 prévisionnelle des besoins en personnel à court, moyen et long terme dans une dimension à la fois quantitative et qualitative. Elle est menée au sein de l'établissement et des secteurs d'activité sur la base d'outils partagés. En dépit de ce dispositif, l'établissement rencontre périodiquement des difficultés de recrutement.	B
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. Cet ensemble est complété par un second plan d'actions issu des enquêtes de satisfaction du personnel.	A
3 d	La motivation des personnels est recherchée en favorisant leur adhésion et leur implication.	La motivation des personnels est recherchée au travers des enquêtes de satisfaction et du plan de formation. L'intéressement financier fait également partie des mesures instaurées dans le cadre de négociations. Les différentes rencontres avec les professionnels ainsi que les enquêtes de satisfaction font apparaître une attente en termes de communication, d'information et d'écoute formalisées (dans le cadre de réunions de service par exemple). La disponibilité de l'encadrement est toutefois particulièrement appréciée.	B

Réf 4	<b>La politique du système d'information et du dossier du patient est définie en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.</b>		<b>Cotations</b>
4 a	Le schéma directeur du système d'information s'appuie sur les orientations stratégiques de l'établissement	Bien que clairement affiché dans le projet d'établissement, le schéma directeur de l'information, n'est pas totalement défini ; son élaboration s'effectue selon les orientations stratégiques de l'établissement. Il existe des modes dégradés permettant de passer des supports papier à un déploiement complet de l'informatisation. La planification de ce déploiement est actuellement en cours de redéfinition suite à des essais infructueux de produits. L'intégralité des données est sauvegardée, archivée et accessible. Le système est sécurisé dans son ensemble.	B
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.	Le dossier du patient est l'axe prioritaire du schéma d'ensemble du système d'information. L'adhésion des professionnels, acquise à ce projet, a été contrariée par l'application d'un produit informatisé qui s'est avéré inadéquat ; l'établissement est confronté à la difficulté de trouver des prestataires répondant au cahier des charges initialement prévu. Les projets du système d'information, telle la mise en réseau des cabinets médicaux sont en perspective.	B
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.	Les besoins des utilisateurs ont été pris en compte dans le cadre d'une enquête spécifique sur le système d'information réalisée en juillet 2005. L'analyse a permis d'apporter quelques premières réponses en termes d'équipements. La finalisation du projet de système d'information n'a pu respecter la programmation prévue. Le nouvel échéancier de déploiement n'est pas encore défini.	B
4 d	Les professionnels concernés reçoivent un accompagnement et une formation pour traiter et utiliser les données.	Les personnels utilisateurs bénéficient d'une formation adaptée et d'un accompagnement personnalisé permettant, en l'état du déploiement actuel de l'outil informatique, un traitement et une utilisation efficace des données. On peut noter le rôle facilitateur de deux infirmières transversales dédiées à l'accompagnement des soignants sur ces questions.	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 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 le projet d'établissement 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.	Une politique de communication interne est notamment menée sur la base de supports écrits comme la gazette interne, les notes d'information ou les supports d'affichage. Durant la visite, les responsables et les professionnels rencontrés confirment les conclusions de l'audit de communication réalisé durant l'été 2005 ; parmi celles-ci, on note l'insuffisance des modalités de diffusion documentaire et des échanges de proximité autour de réunions de service.	B
5 b	Les orientations stratégiques, leur mise en œuvre et leurs résultats sont connus de l'ensemble des professionnels de l'établissement.	Des supports et modalités de communication permettent de faire connaître les orientations stratégiques et leur mise en œuvre à l'ensemble des professionnels. L'établissement a prévu d'améliorer la transmission des résultats concernant les orientations stratégiques.	B
5 c	La direction et les responsables développent une politique de communication à destination du public et des correspondants externes.	Des relations avec les partenaires de la clinique et son environnement font l'objet d'une politique de communication non formelle, par des échanges suivis, des communications dans des conférences et congrès, articles dans la presse locale, etc. Une enquête de satisfaction en direction des correspondants externes a été réalisée en 2005 en interne ; le très faible nombre de répondants n'a pas permis à l'établissement d'en tirer des enseignements. Il est prévu de la renouveler avec l'assistance méthodologique d'un consultant externe.	B

Réf 6	<b>L'établissement définit une politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques intégrée aux orientations stratégiques.</b>		<b>Cotations</b>
6 a	La direction et les instances définissent les priorités et les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.	Les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la 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 fait partie intégrante de la démarche d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement. Dans ce cadre, une stratégie de développement, notamment des actions de communication et de formation, et le suivi d'actions d'évaluation des pratiques professionnelles sont mises en œuvre.	A
6 c	Les responsabilités concernant la gestion de la qualité et des risques sont identifiées.	Les responsabilités des professionnels concernant la qualité et la gestion des risques sont définies quel que soit leur niveau d'intervention (responsable hiérarchique, responsable de la fonction transversale, professionnel).	A

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 des résultats, des mesures d'ajustement sont mises en œuvre avec les responsables des services afin d'assurer la maîtrise des coûts.	A
7 b	La réalisation et le financement des investissements sont planifiés de façon pluriannuelle.	La prévision et l'organisation des investissements à réaliser et à financer permettent une planification pluriannuelle. Celle-ci est opérationnelle et son suivi assuré par des responsables identifiés de l'établissement.	A
7 c	Une politique d'optimisation des équipements est mise en œuvre.	Les modalités d'utilisation des équipements permettent leur optimisation. La mutualisation des équipements en interne et en externe est organisée.	A

**CHAPITRE II**  
**RESSOURCES TRANSVERSALES**

**A – RESSOURCES HUMAINES**

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

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.	L'accueil du nouveau salarié et son intégration sont organisés.	A
9 c	La formation continue, y compris médicale, contribue à l'actualisation et à l'amélioration des compétences des personnels.	Il existe un plan de formation continue pour les médecins salariés et les personnels non médicaux de la clinique. Ce plan répond aux objectifs stratégiques de l'établissement ; il prend en compte également les demandes des personnels, recueillies par bulletins individuels ou dans le cadre des entretiens annuels d'évaluation. Il n'existe pas de plan de formation continue pour les praticiens libéraux qui exercent au sein de l'établissement et qui constituent l'essentiel de la communauté médicale.	B
9 d	L'évaluation des personnels est mise en œuvre.	L'évaluation des personnels est mise en place et ses résultats sont utilisés dans le cadre de la politique de gestion des ressources humaines	A
9 e	La gestion administrative des personnels assure la qualité et la confidentialité des informations individuelles.	Des modalités de gestion sont définies, diffusées, appropriées et appliquées par l'ensemble des gestionnaires du personnel. Elles garantissent les principes de disponibilité, d'intégrité, de confidentialité et de sécurité des dossiers du personnel. Toutefois l'établissement n'a pas établi le contenu détaillé des pièces nécessaires à la constitution de son dossier ; cette mise en place permettra une vérification exhaustive des pièces à fournir. Cette nouvelle procédure vise également à l'amélioration des conditions d'intégration des nouveaux salariés.	B

**B – FONCTIONS HOTELIERES ET LOGISTIQUES**

Réf. 10	<b>Les fonctions hôtelières assurées par l'établissement ou externalisées sont adaptées aux besoins et aux attentes du patient et de son entourage</b>		<b>Cotations</b>
10 a	Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité du patient	Les locaux et l'organisation des soins permettent le respect de l'intimité et de la dignité du patient tout au long de sa prise en charge et dans tous les secteurs de l'établissement. Les professionnels sont formés et sensibilisés sur ce thème.	<b>A</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.	<b>A</b>
10 c	La prestation restauration répond aux besoins nutritionnels spécifiques, et prend en compte les préférences et les convictions du patient	Les besoins nutritionnels spécifiques, les préférences et les convictions sont identifiés et pris en compte. Les professionnels des différents secteurs y contribuent de façon coordonnée.	<b>A</b>
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.	<b>A</b>

Réf. 11	<b>Les fonctions logistiques, assurées par l'établissement ou externalisées, sont organisées pour assurer la maîtrise de la qualité et de la sécurité des prestations</b>		<b>Cotations</b>
11 a	La qualité et l'hygiène de la restauration sont assurées	Une évaluation externe permet de vérifier l'existence d'un système d'assurance qualité de la restauration. À défaut, le système d'assurance qualité comporte l'existence d'une démarche HACCP, de protocoles, d'audits. La distribution est organisée. L'établissement assure l'adaptation des prestations aux attentes des patients.	<b>A</b>
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.	<b>A</b>
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	Suite à un audit dont les résultats ont été jugés insuffisants, les brancardiers ont été formés à la confidentialité ainsi qu'à l'entretien des brancards et fauteuils. Un nouvel audit est envisagé par l'établissement afin de confirmer les changements des pratiques.	<b>B</b>

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.	<b>A</b>
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.	<b>A</b>
12 c	Les secteurs d'activité utilisateurs sont approvisionnés à périodicité définie, et des dispositions d'approvisionnement en urgence sont établies	Les procédures d'approvisionnements réguliers et en urgence sont opérationnelles.	<b>A</b>

**C – ORGANISATION DE LA QUALITE 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.	<b>A</b>
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 échéances et les modalités de suivi sont définies. La communication sur le programme est assurée.	<b>A</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.	<b>A</b>
13 d	La formation des professionnels à la qualité est assurée	Les formations à la qualité prennent différentes formes telles que des réunions d'information sur l'accréditation V2, des points à l'ordre du jour de la CME ou l'accompagnement à la démarche par la cellule qualité. L'établissement assure régulièrement la formation d'auditeurs qualité. Le personnel d'encadrement a bénéficié en 2003 d'une formation externe au management afin d'assurer le déploiement de la démarche au sein des secteurs d'activité. Cette formation sera suivie d'un coaching personnalisé pour 5 d'entre eux. Des formations aux risques ont également lieu dans le cadre des vigilances et de la gestion des risques. Cependant, le taux de personnes formées n'est pas suivi et ne permet pas un recensement par rapport à l'ensemble du personnel	<b>B</b>
13 e	Le déploiement de la démarche et des actions qualité dans les secteurs d'activité est organisé	Une direction de la gestion des risques et de la qualité existe depuis 2000. Elle coordonne les actions dans les secteurs d'activité avec l'aide d'une cellule qualité	<b>B</b>

Réf. 13	Un système de management de la qualité est en place		Cotations
		<p>mise en place en 2002.  Les responsables des différents risques sont identifiés et formés.  L'établissement prévoit la mise en place de référents qualité afin d'assurer le déploiement de la démarche au sein des secteurs d'activité.</p>	
13 f	La gestion documentaire est organisée	<p>Une procédure des procédures définit les règles d'élaboration des documents internes à l'établissement. La gestion documentaire initiée depuis 1999 est en cours de mise à jour par la cellule qualité. Il existe encore dans les services de soins des documents échappant aux normes documentaires (manuscrits, non datés, non signés). Parmi les documents mis à disposition des services de soins il existe encore des documents médicaux antérieurs validés par la direction.</p> <p>Au sein des services de soins, les procédures sont disponibles sous forme de classeurs.</p> <p>Les professionnels sont informés de l'existence de ces documents, mais la recherche des documents au sein des classeurs n'est pas aisée.</p> <p>La cellule qualité a acquis un logiciel de gestion documentaire qui assurera la maîtrise de la gestion de ces documents et facilitera l'accès aux documents par le réseau informatique de l'établissement.</p>	B
13 g	Le suivi du programme d'amélioration de la qualité est assuré	L'établissement a mis en place une procédure de gestion de projet accompagnée de fiches de suivi pour permettre à terme l'élaboration d'un tableau de bord d'avancement du PAQ.	B

Réf. 14	La gestion des risques est organisée et coordonnée		Cotations
14 a	Les informations relatives aux risques sont rassemblées et organisées	L'établissement dispose d'une visibilité sur l'ensemble de ses risques grâce à un regroupement des informations et une veille réglementaire en matière de sécurité. Il partage ces informations avec les différents professionnels.	A
14 b	Des dispositions sont en place pour identifier et analyser <i>a priori</i> les risques	L'établissement met en œuvre une démarche structurée d'identification et d'analyse des risques <i>a priori</i> pour laquelle des responsabilités sont définies par domaine de risques	A
14 c	Des dispositions sont en place pour identifier et analyser <i>a posteriori</i> les risques	Le projet « qualité gestion des risques 2001-2004 » prévoit l'établissement d'une cartographie des risques <i>a posteriori</i> avec identification des acteurs et actions en regard.	B
14 d	Les résultats issus des analyses de risque permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter	La coordination des vigilances est assurée. Un travail sur le risque professionnel est engagé au travers d'enquêtes et d'analyses. Il débouche sur un plan d'actions. La communication de ces actions aux professionnels n'est pas encore assurée	B
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
14 f	L'organisation des plans d'urgence pour faire face aux risques exceptionnels est en place	L'établissement dispose d'un plan canicule, et d'un plan blanc ; Ils n'apparaissent cependant pas connus de l'ensemble des professionnels concernés	B

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 responsables sont identifiés. Les procédures sont connues des professionnels.	A
15 b	La traçabilité des produits de santé est assurée	L'établissement a défini les modalités de traçabilité des produits de santé et les met en œuvre. Les responsabilités sont définies. Ces modalités sont connues des professionnels concernés. L'établissement s'assure de la fiabilité et de l'exhaustivité du système.	A
15 c	Une organisation permettant de répondre à une alerte sanitaire concernant les produits de santé est en place	L'établissement a mis en place une organisation permanente lui permettant de répondre à une alerte sanitaire concernant les produits de santé. Les responsabilités sont définies et les professionnels concernés, formés.	A
15 d	La coordination des vigilances entre elles et avec le programme global de gestion des risques est assurée	L'établissement a mis en place une organisation permanente permettant la coordination de vigilances entre elles et des vigilances avec la gestion des risques. L'établissement a le projet de mettre en place un comité de gestion des risques, organe de pilotage, qui permettra à terme le lien avec la coordination des vigilances.	A
15 e	Une coordination est assurée entre l'établissement et les structures régionales et nationales de vigilances	L'établissement a mis en place une organisation assurant la coordination des vigilances avec les structures régionales et nationales de vigilance.	A

**D – QUALITE ET SECURITE DE L'ENVIRONNEMENT**

Réf. 16	<b>Un programme de surveillance et de prévention du risque infectieux, adapté au patient et aux activités à risque, est en place</b>	<b>Cotations</b>	
16 a	Les patients et les activités à risque infectieux sont identifiés et un programme de surveillance adapté est en place	Une identification des patients et des activités à risque, dans ce type d établissement, a été réalisée et un programme de surveillance est mis en œuvre.	<b>A</b>
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 des formations à l'hygiène qualifiantes pour l'EOH qui regroupe les IDE référentes en hygiène. Des formations spécialisées sont assurées pour la stérilisation et la désinfection des endoscopes. L'établissement prévoit un renouvellement de ces formations.	<b>B</b>
16 c	Des protocoles ou des 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 régulièrement.	<b>A</b>
16 d	Le bon usage des antibiotiques, dont l'antibioprophylaxie, est organisé	Des règles de bonne pratique sont en place et diffusées, concernant l'usage des antibiotiques et l'antibioprophylaxie. Elles font l'objet d'une actualisation régulière.	<b>A</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 est évalué à périodicité définie, et un programme concerté de prévention et de prise en charge des infections est élaboré et mis en œuvre. Les médecins, non salariés de l'établissement, ne bénéficient pas des actions de prévention offertes par la médecine du travail.	<b>B</b>
16 f	Le signalement des infections nosocomiales est organisé et opérationnel	Le dispositif de signalement des infections nosocomiales est opérationnel. Les professionnels le connaissent. Il repose sur la formation et l'information de tous les établissements. Le CLIN prévoit d'optimiser le remplissage de la fiche CLIN par des actions de sensibilisation dans le cadre de l'informatisation du dossier du patient.	<b>B</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	Un dispositif, s'appuyant sur une collaboration efficiente avec le laboratoire, est en place et permet l'alerte et l'identification d'un phénomène épidémique. Ce dispositif est connu de l'ensemble des responsables concernés, mais ne décline pas précisément les modalités de gestion. La procédure relative aux toxi-infections alimentaires n'est pas rédigée.	<b>B</b>

Réf. 17	La gestion des risques liés aux dispositifs est assurée		Cotations
17 a	Le prétraitement et la désinfection des équipements et des dispositifs médicaux font l'objet de dispositions connues des professionnels concernés	Les professionnels chargés du prétraitement et de la désinfection des DM 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 fondé 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 et l'organisation de la maintenance préventive et curative des dispositifs médicaux sont en place. La mise en place d'une GMAO est en passe d'être finalisée. Les personnes responsables de la maintenance sont identifiées et connues des utilisateurs ainsi que la marche à suivre.	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 un système d'assurance qualité pour l'hygiène des locaux basé sur la formation et l'information des personnels concernés, l'adaptation des pratiques de nettoyage des locaux en fonction du risque, les contrôles et la mise en place des actions d'amélioration correspondantes.	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 un système d'assurance qualité de l'eau dans ses différentes utilisations, basé 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 un système d'assurance qualité de l'air adapté aux secteurs d'activité et aux pratiques réalisées, basé sur l'application des normes de sécurité, la formation des personnels, la mise en œuvre de contrôles périodiques et des actions d'amélioration.	A
18 d	L'élimination des déchets, notamment d'activité de soins, est organisée	Une organisation d'élimination des déchets est en place. Les professionnels sont formés, des mesures de protection sont en place. Les dysfonctionnements sont régulièrement analysés et suivis d'actions d'amélioration.	A
18 e	Le CLIN et l'équipe opérationnelle d'hygiène sont associés à tout projet pouvant avoir des conséquences en termes de risque infectieux	Tout nouveau projet d'aménagement des locaux, d'équipement matériel ou de réorganisation est soumis à la validation du CLIN, mais pas à sa consultation.	B

Réf. 19	<b>La sécurité et la maintenance des infrastructures et des équipements, hors dispositifs médicaux, sont assurées</b>		<b>Cotations</b>
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.	<b>A</b>
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 réalise le suivi des recommandations. La formation actualisée, la connaissance de consignes de sécurité et des protocoles d'alerte, les exercices de simulation et les dispositions vis-à-vis du tabagisme compètent le dispositif de prévention.	<b>A</b>
19 c	La maintenance préventive et curative est assurée	L'organisation de la maintenance préventive et curative des infrastructures et des équipements est opérationnelle.	<b>A</b>
19 d	Les protocoles d'alerte et d'intervention concernant la sécurité des infrastructures sont disponibles et connus des professionnels	Il existe des protocoles d'alerte et d'intervention, diffusés à l'ensemble des professionnels. Leur appropriation par les professionnels est effective.	<b>A</b>

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 d l'établissement, sont mises en œuvre pour assurer la conservation des biens et des personnes.	A
20 b	Des mesures préventives pour assurer la sécurité des personnes sont mises en œuvre	L'établissement de santé 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 des personnes sont mises en œuvre. Les rôles respectifs des professionnels et des patients (entourage) sont connus.	A

**E – SYSTEME D'INFORMATION**

Réf. 21	<b>Le recueil et la mise à disposition de l'information sont organisés dans l'établissement</b>		<b>Cotations</b>
21 a	Les bases de connaissances utiles à la réalisation des différentes activités sont à la disposition des professionnels	Les professionnels ont à leur disposition un ensemble d'informations utiles à leurs activités, notamment le dossier du patient et les procédures liées à la prise en charge du patient. Cependant, l'organisation des procédures au sein des classeurs ne permet pas une recherche aisée. La mise au point d'un logiciel de gestion documentaire est en cours. Il intégrera l'ensemble de ces documents. L'établissement prévoit par la suite un déploiement permettant une diffusion de type intranet.	<b>B</b>
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 en place dans l'établissement ne permet pas toujours la disponibilité des données nécessaires à sa prise en charge : transfert du dossier à la clinique confié au patient, données issues de la consultation préopératoire inconstamment transmises dans le dossier.	<b>B</b>
21 c	Le système de communication interne permet la coordination des acteurs de la prise en charge en temps voulu	Le système de communication repose sur un ensemble de documents papier, des réunions institutionnelles et des réunions informelles entre professionnels favorisant une réactivité au profit de l'amélioration de la prise en charge du patient. Cependant, cette coordination n'est pas formalisée et repose principalement sur l'implication des acteurs. L'établissement a identifié le besoin d'améliorer ce dispositif. Ainsi, le dossier du patient informatisé est en cours de mise en place. L'établissement envisage la mise en place d'un intranet mettant à la disposition des acteurs l'ensemble des procédures, une veille réglementaire ainsi qu'une messagerie.	<b>B</b>
21 d	Les données nécessaires au suivi des activités et au pilotage de l'établissement sont recueillies et transmises aux responsables	Les besoins d'information des responsables pour gérer leur secteur d'activité sont identifiés. Les échanges d'informations entre responsables sont organisés et favorisent le pilotage de l'établissement et de ses secteurs d'activité.	<b>A</b>

Réf. 21	<b>Le recueil et la mise à disposition de l'information sont organisés dans l'établissement</b>		<b>Cotations</b>
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.	<b>A</b>

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	Des procédures de contrôles de l'identification du patient sont mises en œuvre à l'admission et au cours du séjour du patient. Cependant, la base patient ne donne pas lieu à la recherche de doublons.	B
22 c	Lorsque l'établissement échange des données personnelles de santé avec une autre structure sanitaire, il veille à mettre en concordance les identités que les deux structures utilisent (rapprochement)	Il existe des modalités de mise en concordance des identités lors des échanges de données entre l'établissement et d'autres structures sanitaires. Leur mise en œuvre fait l'objet de suivi et d'une évaluation. L'appartenance de la clinique au groupe facilite l'homogénéisation des pratiques et donc la mise en concordance des identités.	A

Réf. 23	La sécurité du système d'information est assurée		Cotations
23 a	Une politique de sécurité est mise en œuvre pour assurer l'intégrité, la disponibilité, la confidentialité des données et l'auditabilité du système d'information	<p>Le projet de schéma directeur du système d'information du PE 2004-2007 décline une politique de sécurisation du système d'information, notamment du réseau informatique et des applications des données véhiculées.</p> <p>Un ensemble de moyens et de dispositions prises au niveau des locaux, du dossier du patient papier, du réseau informatique permet de sécuriser le système existant.</p> <p>Une procédure d'habilitation des professionnels permet l'accès au réseau informatique par profil utilisateur.</p> <p>L'auditabilité du système d'information n'est pas développée.</p>	<b>B</b>
23 b	La sécurité du système d'information est évaluée lors d'un diagnostic initial puis à périodicité définie	<p>Un bilan du système d'information a été réalisé en 2002 et a abouti au projet de schéma directeur du système d'information du projet d'établissement.</p> <p>La fiche d'événements indésirables comporte un domaine relatif au système d'information.</p> <p>Cependant, il n'existe pas d'évaluations régulières de la sécurité du système d'information.</p>	<b>C</b>
23 c	Les traitements de données à caractère personnel font l'objet des démarches et des 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. Les applications informatiques nominatives sont déclarées à la CNIL.	<b>A</b>

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.	<b>A</b>
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. Le respect de ces règles ne fait pas encore l'objet d'évaluations. L'accès au dossier sur papier est réglementé.	<b>B</b>
24 c	Les règles de conservation du dossier du patient sont connues des professionnels concernés	Les règles de conservation du dossier du patient sont établies et connues des professionnels, lesquels, quoique sensibilisés, ne bénéficient pas d'actions régulières de formation sur ce thème.	<b>B</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.	<b>A</b>
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.	<b>A</b>



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

**A – ORIENTATIONS STRATEGIQUES ET MANAGEMENT DES SECTEURS D'ACTIVITE**

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 grands axes du projet médical sont formalisés, et les orientations stratégiques abordées avec l'équipe médicale. Les praticiens ont participé aux réflexions sur les évolutions des activités médicales, et ce par grands secteurs : évolution des activités de cardiologie, de radiologie... Ces réflexions sont inégalement formalisées. On constate que de grands secteurs se sont organisés de fait, et fonctionnent complètement en « services » sans que ce fonctionnement fasse l'objet d'une formalisation. Il n'y a pas ou trop peu de projets de services formalisés, hormis pour quelques services telles la maternité, la médecine. Il n'y a pas de réunions de service planifiées, seules 2 réunions du conseil de bloc entre avril 2004 et septembre 2005.	B				
25 b	Les responsables organisent les activités de leur secteur et identifient les moyens nécessaires à leur réalisation	L'organisation des secteurs d'activité n'est pas institutionnelle et elle s'est organisée de fait par secteur d'activité. L'absence de formalisation de l'organisation des activités, pose des difficultés dans la détermination des moyens nécessaires à leur réalisation. La grande implication des acteurs permet de faire face aux différents besoins et projets internes.	B				
25 c	Les responsables organisent la complémentarité avec les autres structures et la participation à des réseaux de santé dans leur domaine	Tous les responsables d'activité définissent les champs de complémentarité et les partenariats potentiels. L'organisation mise en place est formalisée et les modes de fonctionnement permettent d'en assurer le suivi	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 processus décisionnels dans le fonctionnement des services sont non formalisés pour l'ensemble des secteurs. La mise en œuvre des projets et actions est soumise à la validation par la direction.	B				

			<b>Cotations</b>				
25 e	Les responsables motivent les personnels de leur secteur d'activité en favorisant leur adhésion et leur implication	Les responsables des secteurs s'impliquent dans le développement de la motivation de leur équipe, mais cette implication est volontaire, donc variable d'un secteur à l'autre. La motivation des salariés reflète la motivation des équipes médicales sur les projets (exemple : maternité, douleur...). Il y a des mécanismes d'intéressements financiers permettant la motivation du personnel, mais ne reposant pas sur un projet d'établissement.	B				
25 f	Les responsables veillent à la bonne utilisation des moyens alloués	Par grands services transversaux, la direction essaie d'impliquer les cadres soignants dans la bonne utilisation des moyens alloués, mais il n'y a pas de suivi de budget par service ou grand secteur d'activité. Les informations en ce sens ne sont pas reprises sur des tableaux de bord diffusés aux responsables des secteurs.	B				
25 g	Les responsables développent des démarches d'évaluation et d'amélioration	Les responsables ne sont pas institutionnellement impliqués dans l'évaluation et l'amélioration des performances de leur secteur d'activité. Cela repose sur leur bonne volonté, mais s'ils s'engagent, le soutien du service qualité, avec mise à disposition d'outils et de formation leur est acquis.	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.	A				
26 b	Le respect de la dignité et de l'intimité du patient (résidant – USLD) est préservé tout au long de sa prise en charge	Les pratiques professionnelles et les moyens mis en place, en particulier les actions de sensibilisation, permettent d'assurer le respect de la dignité et de l'intimité des patients. La CRU vient d'être instaurée et un représentant des usagers y participe. L'utilisation des rideaux et paravents est généralisée, ils ne sont pas systématiquement utilisés en SSPI et réanimation.	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. Les situations à risque sont identifiées et un système de signalement est en place.	A				
26 d	La volonté du patient (résidant – USLD) est respectée	Les volontés des patients sont respectées pour ce qui concerne l'acceptation des pratiques religieuses et culturelles, dans les limites du possible et de la déontologie médicale. Concernant les soins, le consentement du patient pour les actes à risque n'est pas toujours présent dans les dossiers.	B				
26 e	La formation des professionnels à l'écoute et au respect des droits du patient est organisée	Des actions de sensibilisation sur le thème du respect des droits et de la dignité du patient sont organisées. Une large diffusion d'information sur la loi du 4 mars 2002 s'est faite sous forme papier à l'attention des professionnels en mars 2005. Il n'y a pas encore eu de formation sur ce thème, mais le plan de formation 2005 comporte une action sur l'écoute active pour	B				

		<b>Cotations</b>					
		les professionnels.					

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 au moment de l'accueil et sont disponibles. Toutefois, les circuits que prend l'acheminement des divers documents vers l'établissement sont variables, et ne garantissent pas que ceux-ci sont à la disposition des professionnels lors de l'admission des patients.	B				
27 b	Le patient (résident – USLD) reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de son séjour	Les conditions d'accueil, la sensibilisation du personnel et les supports d'information sont mis en œuvre afin de transmettre aux patients des informations claires et adaptées sur les conditions de séjours. En juillet 2004, une enquête interne à l'attention des patients a mis en évidence que la majorité d'entre eux n'avaient pas reçu de livret d'accueil. Ce dysfonctionnement, bien qu'ayant été identifié, n'a pas encore fait l'objet d'actions d'amélioration.	B				
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 l'ensemble des secteurs d'activité concernant le patient accessible aux handicapés.	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				
27 e	Une procédure spécifique d'accueil des détenus est organisée dans les établissements concernés	NA					

Réf. 28	La prise en charge du patient se présentant pour une urgence est organisée		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
28 a	L'accueil de toute personne se présentant pour une urgence est organisé par des professionnels formés à cet effet	L'accueil des patients au service des urgences est organisé par un personnel dédié, formé et identifié.	A				
28 b	Selon le degré d'urgence, une prise en charge, une réorientation ou un transfert sont organisés 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. Toutefois, la conduite à tenir en cas d'afflux massifs de patients dans le cadre d'un plan blanc, bien que formalisé, n'est pas connue de tous.	B				
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. Cependant les supports d'information des tableaux de garde élaborés par spécialité, et transmis par celles-ci par fax au service pour le mois à venir, impose à l'équipe du service de reformater, sur un support fiche en T (et donc non sécurisé), une vision unique toutes spécialités confondues de l'équipe de garde ou d'astreinte deux fois par 24 h.	C				
28 d	La disponibilité des lits d'hospitalisation est régulièrement évaluée et analysée au sein de l'établissement	Une organisation adaptée de la gestion des lits permet d'évaluer et d'analyser régulièrement la disponibilité des lits afin de réduire les délais d'attente d'hospitalisation.	A				

Réf. 29	L'évaluation initiale de l'état de santé du patient (résident – USLD) donne lieu à un projet thérapeutique personnalisé, ajusté tout au long de sa prise en charge (son séjour – USLD)		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
29 a	Le patient (résident – USLD) et, s'il y a lieu, son entourage sont partie prenante dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique	Une organisation formalisée impliquant le patient et, le cas échéant son entourage, dans l'élaboration et le suivi de son projet thérapeutique est mise en œuvre. L'information transmise aux patients, parfois trop nombreuse, n'est pas toujours adaptée, n'est pas systématiquement explicitée aux patients, et n'est pas toujours tracée. Ce surcroît de documents supports transmis au patient dans certains circuits peut être plutôt source de confusion.	B				
29 b	Les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures sont accessibles 24 heures/24	L'organisation en place ne permet pas d'assurer 24 heures/24 l'accès à l'ensemble des données antérieures : les dossiers de consultations effectuées par les praticiens en ville avant admission ne sont pas toujours transmis à la clinique avant cette dernière. En anesthésie-réanimation et en obstétrique, les documents doivent être apportés par les patients ce qui augmente la fragilisation du mode de communication des données.	C				
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 du patient sont identifiés. Ils sont pris en compte de façon coordonnée par les professionnels des différents secteurs. La coordination de la prise en charge autour du projet thérapeutique est réalisée par les professionnels concernés. Il n'y a pas à ce jour de prise en charge psychologique par un personnel spécifiquement formé à cette prise en charge : absence de psycho-oncologue pour les patients en soins palliatifs.	B				
29 d	La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient (résident – USLD)	La réflexion bénéfice-risque est abordée et normalement tracée, mais l'évaluation fait apparaître que tous les dossiers n'en comportent pas la trace systématique.	B				

		<b>Cotations</b>				
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	L'identification des situations de restriction de liberté de circulation est assurée et fait l'objet d'une réflexion de l'équipe de soins notée au dossier du patient et d'une prescription écrite réévaluée à périodicité définie.	A			
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, et coordonne de façon régulière le projet thérapeutique. Cependant l'évaluation du dossier montre que certains des dossiers n'étaient pas complets lors du dernier audit.	B			

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	L'état nutritionnel du patient est systématiquement évalué pour les nouveau-nés en maternité, et si besoin dans les autres activités, en prenant en compte la situation clinique. Un plan nutritionnel est défini, si besoin. La réflexion est propre à chaque situation. Une réflexion plus globale n'est pas effectuée concernant la prise en charge des états de dénutrition, des patients en chimiothérapie, des soins palliatifs... Un projet de CLAN est un axe d'amélioration de l'établissement. L'établissement devra évaluer les besoins spécifiques concernant l'état nutritionnel des patients en chimiothérapie et soins palliatifs.	C				
	USLD – L'équilibre nutritionnel des résidents est assuré en fonction de leurs goûts et de leurs habitudes alimentaires						
30 b	Les conduites addictives sont identifiées et font l'objet d'une prise en charge adaptée	L'identification des différentes conduites addictives n'est pas réalisée. Il en ressort des prises en charge spécifiques non formalisées ce qui génère quelques difficultés pour les soignants non formés à ces prises en charge très spécifiques.	B				
30 c	La maladie thromboembolique fait l'objet d'une prévention dans les situations à risque	Les situations à risque de maladies thromboemboliques sont identifiées, les protocoles de préventions sont en cours d'harmonisation. Ce sujet a fait l'objet d'une évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'EPP.	A				
30 d	Les chutes des patients font l'objet d'une prévention	Les chutes des patients sont évaluées, leur prévention a fait l'objet d'une démarche au sein de l'établissement.	A				
30 e	Le risque suicidaire est pris en compte	L'identification du risque est réalisée et prise en compte dans les conditions d'hospitalisation, et la prise en charge est adaptée si besoin.	A				

			<b>Cotations</b>				
30 f	Les escarres font l'objet d'une prévention	La prise en charge des escarres fait partie du projet de soins infirmiers, et un travail sur le sujet a été réalisé permettant d'améliorer la prévention, la formation des soignants, la traçabilité des actions et l'harmonisation des pratiques d'évaluation.	A				
30 g	<i>USLD</i> – Un projet de vie est individualisé pour chaque résident en prenant en compte ses souhaits						

Réf. 31	Le patient (résidant – USLD) est informé de son état de santé et est partie prenante de sa prise en charge		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
31 a	Le patient reçoit une information coordonnée par les professionnels sur les soins et son état de santé tout au long de sa prise en charge	La coordination des professionnels permet au patient de recevoir une information sur ses soins et son état de santé, tout au long de sa prise en charge, mais l'information est pléthorique, et parfois non cohérente avec la prise en charge notamment information systématique concernant les examens de radiologie alors qu'ils ne seront pas réalisés	B				
	USLD – Le résidant et/ou les personnes habilitées reçoivent une information coordonnée par les professionnels sur les soins et son état de santé tout au long de son séjour						
31 b	Les professionnels délivrent une information adaptée à la compréhension du patient (résidant – USLD)	Les informations transmises aux patients sont multiples, trop nombreuses, pas toujours adaptées, et pas systématiquement explicitées aux patients. L'établissement devra veiller à donner une information adaptée à la compréhension du patient.	C				
31 c	Le patient (résidant – USLD) désigne les personnes qu'il souhaite voir informer	Les coordonnées des personnes que le patient souhaite voir informer sont recueillies et tracées dans le dossier.	A				
31 d	Le consentement éclairé du patient (résidant – USLD) ou de son représentant légal est requis pour toute pratique le concernant	De trop nombreux documents, formalisant l'information et traçant l'accord du patient, sont fournis au patient, de façon pas toujours appropriée.	B				
31 e	Un consentement éclairé (résidant – USLD) du patient est formalisé dans les situations particulières	Avant toute demande de consentement, le patient (le représentant légal, le cas échéant) est informé sur les actes de prévention, d'exploration et de soins qui le concernent en particulier sur leur bénéfice-risque. Le recueil écrit systématique du consentement éclairé est réalisé dans certaines situations connues des professionnels.	A				
31 f	Le patient (résidant – USLD) est informé de la survenue d'un événement indésirable lors de sa prise en charge	Les patients sont informés des éventuels événements indésirables survenus au cours de la prise en charge tels que les infections nosocomiales en cours d'hospitalisation.	B				

		<b>Cotations</b>					
		Cependant, il n'y a pas de procédure définissant les différents événements indésirables à transmettre ainsi que les modalités de transmission des informations.					

Réf. 32	La douleur est évaluée et prise en charge		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
32 a	Une concertation est organisée entre les professionnels pour améliorer la prise en charge de la douleur selon les recommandations de bonne pratique	Une organisation de la prévention et de la prise en charge systématique de la douleur connue des professionnels est mise en œuvre et tient compte des recommandations de bonnes pratiques.	A				
32 b	Le patient (résidant – USLD) est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement	Le patient et son entourage sont impliqués dans la prise en charge de sa douleur. L'évaluation périodique de sa satisfaction permet de faire évoluer la lutte contre la douleur.	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 et à la prise en charge de la douleur adaptée aux types de prise en charge est mise en œuvre concernant la douleur physique. Les professionnels expriment des besoins en termes de compétences dans la prise en charge des douleurs psychologiques	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 un approvisionnement et une dispensation en permanence des traitements antalgiques.	A				

Réf. 33	La continuité des soins est assurée		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
33 a	Des règles de responsabilité, de présence, et de concertation sont mises en œuvre pour assurer la continuité des soins	La continuité des soins dans les secteurs d'activité et entre secteurs d'activité est assurée grâce à une organisation concertée fixant les responsabilités et planifiant la présence de professionnels.	A				
33 b	La coordination entre les équipes médicales et paramédicales est organisée	La coordination entre équipes médicale et paramédicale répond aux besoins du patient. Le dossier de soins informatisé est un outil facilitant la coordination des équipes soignantes en donnant les mêmes informations à l'ensemble des acteurs lors des relèves. Il impose la traçabilité des actes de soins réalisés.	A				
33 c	La prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement est assurée	La prise en charge des urgences vitales n'est pas totalement sécurisée, notamment dans la maintenance régulière du chariot d'urgence, et l'absence de vérification quotidienne du matériel en salle d'opération avant ouverture du bloc.	B				

Réf. 34	La traçabilité des actes et la transmission, en temps opportun, des informations reposent sur une organisation adaptée du dossier du patient (résidant – USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
34 a	L'information contenue dans le dossier du patient (résidant – USLD) est actualisée tout au long de sa prise en charge et également après sa sortie	L'établissement a engagé un énorme travail afin d'améliorer le renseignement du dossier du patient durant l'hospitalisation et après la sortie du patient. Cet axe majeur du projet d'amélioration continue de la qualité est évalué trimestriellement et doit être poursuivi. Le dossier de soins informatisé impose la traçabilité des actes. Le dossier informatisé en oncologie assure également le lien avec le réseau Oncazur. L'audit fait apparaître quelques insuffisances concernant la formalisation du suivi médical en cours d'hospitalisation, la présence du compte rendu d'hospitalisation à la sortie, et du remplissage de la fiche CLIN.	B				
34 b	L'information contenue dans le dossier du patient (résidant – USLD) est accessible aux professionnels en charge du patient (résidant – USLD), en temps utile	Une organisation de la tenue du dossier du patient facilite la consultation des informations qu'il contient lorsque le professionnel de santé en a besoin. L'outil de dossier de soins informatisé favorise l'accès à l'information.	A				
34 c	Tout acte diagnostique et/ou thérapeutique fait l'objet d'une prescription écrite, datée et signée	Les prescriptions sont écrites, datées et signées pour tous les actes le nécessitant.	A				
34 d	L'information sur son état de santé et son traitement, donnée au patient (résidant – USLD) et/ou à son entourage, est enregistrée dans le dossier du patient (résidant – USLD)	Toute information donnée au patient est tracée dans son dossier.	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, et les demandes d'examens précisent les objectifs et les renseignements cliniques pertinents.	A				
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. L'accès au plateau d'examens de radiologie (scanner inclus) est organisé et permet d'absorber les urgences. Une réflexion sur l'accès à un agenda partagé pour améliorer la gestion des rendez-vous est en cours.	A				
35 c	Les règles relatives à la communication des résultats sont établies et répondent aux besoins des secteurs d'activité clinique en termes de qualité et de délais de transmission	Les règles de coordination entre secteurs d'activité clinique et médicotechnique relatives à la communication des examens sont systématiquement définies et mises en œuvre.	A				

Réf. 36	Les circuits du médicament et des dispositifs médicaux stériles sont organisés en concertation entre les professionnels de la pharmacie et ceux des autres secteurs (des USLD – USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
36 a	Les conditions de prescription, de validation, de dispensation et d'administration des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont maîtrisées afin de réduire le risque iatrogène évitable	Le circuit du médicament des dispositifs médicaux stériles est organisé, par étape, interfaces incluses. Sa sécurisation permet la prévention des événements indésirables évitables. Un important travail a été réalisé sur l'organisation du circuit du médicament ; celui-ci est organisé par étape, interfaces incluses. Sa sécurisation permet la prévention des événements indésirables évitables. La gestion des dispositifs médicaux stérile est effectuée par le service pharmacie pour les prothèses et le bloc opératoire pour certains produits (exemples sutures, champs).	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 bonnes pratiques de prescription des médicaments permettant d'assurer une bonne utilisation des médicaments. Les événements indésirables sont recueillis et analysés et non encore exploités.	A				
36 c	L'administration du médicament au patient (résidant – USLD) est conforme à la prescription et fait l'objet d'une traçabilité	La conformité de l'administration du médicament à la prescription est assurée par les professionnels habilités (contrôle systématique du pharmacien). Ce contrôle est tracé.	A				
36 d	Les informations sur les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont à la disposition des utilisateurs	Les responsables de la pharmacie délivrent aux professionnels des informations validées et actualisées sur les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux. Il n'y a pas de supports d'information spécifiques à l'attention des patients sur les thérapeutiques administrées (chimiothérapie).	B				
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 tous moments les demandes urgentes de médicaments.	A				

		<b>Cotation</b>				
	<i>USLD</i> – Les demandes urgentes de médicaments, formulées par les USLD, peuvent être satisfaites à tout moment					

Réf. 37	Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle fait l'objet d'une organisation formalisée, élaborée par les professionnels concernés, validée par les instances de l'établissement et connue de tous		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
37 a	Les activités interventionnelles, traditionnelles et ambulatoires, sont planifiées et organisées en concertation avec les professionnels des secteurs d'activité clinique et en intégrant la prise en charge des éventuelles activités d'urgence	<p>La planification type des activités interventionnelles est définie (affectation des salles par semaines). L'organisation de l'activité prend en compte les contraintes internes de l'établissement et celles liées aux situations de prise en charge du patient.</p> <p>Les plannings opératoires (ordres de passage) arrivent par fax des cabinets médicaux et sont retracés dans un cahier de planification. Il n'y a pas de formalisation d'un document unique reprenant l'ensemble d'un programme quotidien, qui permettrait le partage de l'information globale par les différents utilisateurs.</p> <p>Les modalités d'organisation du bloc sont reprises en grande partie dans la charte de bloc, mais nous n'avons pas trouvé trace de la diffusion de ce document aux professionnels exerçant dans les secteurs opératoires, ni de validation par la CME. La composition du conseil y est définie, mais les comptes rendus des conseils de bloc fournis ne mentionnent pas la présence des anesthésistes aux 2 conseils, ainsi que la non-représentativité chirurgicale (à part les ORL pour une réunion sur les deux). De plus ils ne permettent pas de valider le fonctionnement du conseil de bloc. Les SSPI ne sont pas considérées comme faisant partie du bloc et ne sont pas prises en charge par les chefs de bloc. Il n'y a donc pas de représentant soignant des SSPI au conseil de bloc.</p> <p>Les indicateurs permettant de faire progresser l'organisation du bloc ne sont pas identifiés.</p> <p>Un projet architectural d'une partie des secteurs interventionnel est en cours, mais les 2 derniers comptes rendus du conseil de bloc (2003, 2004) ne mentionnent pas la réflexion des professionnels sur ce thème. Les experts-</p>	B				

			Cotation				
		visiteurs ont constaté, le jour de la visite, l'absence d'exhaustivité dans la signature des cahiers de vérification d'ouverture de salle.					
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-, per- et en postopératoire. La liaison du dossier de soins informatisé n'est pas effective au bloc ce qui oblige les IDE à remplir une fiche de liaison service/bloc, voire de coller un sparadrap sur le dossier médical pour s'assurer que l'infirmière récupère bien l'information.	B				
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	Le recueil des événements indésirables dans les secteurs interventionnels est mis en œuvre, mais leur analyse n'est pas réalisée par le conseil de bloc. Les événements sentinelles à déclarer ne sont pas identifiés.	B				
37 d	Les compétences professionnelles au sein des secteurs d'activité interventionnelle sont régulièrement évaluées	Les qualifications requises pour l'exercice dans les secteurs interventionnels sont identifiées. Les compétences sont régulièrement évaluées au regard des activités interventionnelles réalisées. Il existe un plan de formation permettant leur maintien.	A				

Réf. 38	Le don d'organe ou de tissus à visée thérapeutique est organisé		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
38 a	La participation de l'établissement aux activités ou à un réseau de prélèvements d'organes et de tissus est définie	L'établissement 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. L'activité d'orthopédie fait que l'établissement participe à l'activité de résidu opératoire (prélèvement de tête fémorale). L'activité est définie et organisée. Cette activité s'effectue dans le cadre d'un partenariat avec une banque de tissus.	A				
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				
38 c	Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes ou de tissus	Les professionnels concernés par cette activité sont sensibilisés aux pratiques, mais il n'y a pas eu de formation, ni d'information générale aux enjeux concernant les dons d'organes sauf dans le cadre de la greffe de tissus osseux.	B				
38 d	Les prélèvements d'organes ou de tissus sont réalisés conformément aux règles de bonnes pratiques	Une organisation adaptée conformément aux règles de bonnes pratiques est en place. Les professionnels sont formés y compris en matière d'information des familles. Le respect de ce dispositif est évalué.	A				

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 soutien soit obtenue. Les patients sont impliqués dans les actions de rééducation qui les concernent, et qui sont mises en œuvre. Des informations leur sont données afin qu'ils participent au mieux à ces activités.	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				
	USLD – La prise en charge pluriprofessionnelle du résidant associe les professionnels des USLD et ceux de la rééducation et du soutien psychologique						
39 c	La prise en charge du patient (résidant – USLD) est évaluée régulièrement par l'équipe pluriprofessionnelle et rajustée si besoin	L'évaluation régulière des résultats des activités de rééducation conduit l'équipe pluridisciplinaire à adapter sa prise en charge. L'activité des kinésithérapeutes est organisée par secteur d'activité. Un travail sur l'harmonisation des pratiques par spécialité a été réalisé notamment en orthopédie, ainsi que sur les règles d'hygiène à appliquer dans ce type d'activité.	A				

Réf. 40	L'éducation du patient (résidant – 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 (résidant – USLD)	<p>Une organisation permet une éducation thérapeutique compréhensible des patients et adaptée à leur état de santé. Des actions importantes sont réalisées dans divers services. Maternité, chirurgie, médecine...</p> <p>Un poste de stomathérapeute vient d'être mis en place, et des actions sont effectuées en maternité : préparation à l'accouchement, réunion allaitement, information nutritionnelle à l'attention des patients diabétiques...</p>	A				
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'éducatives thérapeutiques du patient (ex. : présence des pères lors des réunions allaitements).	A				
	USLD – L'entourage et/ou sa famille sont associés aussi souvent que possible à ces actions d'éducation thérapeutique						
40 c	Une éducation aux questions de santé publique est délivrée au patient (résidant – USLD) selon le cas	Des sujets de santé publique sont traités avec certains groupes de patients de manière ponctuelle et dans certains services : maternité, cardiologie (tabac, stress, drogue...).	B				

Réf. 41	La continuité des soins après la sortie est planifiée et coordonnée avec le patient (résident – USLD) et son entourage ainsi qu’avec les professionnels intervenant en aval		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
41 a	Le patient, l’entourage et le médecin traitant sont associés à la planification de la sortie	La sortie est planifiée le plus tôt possible avec le patient, son entourage et le médecin traitant en tenant compte de ses besoins.	A				
	USLD – Le résident, l’entourage et le médecin traitant qu’il désigne, le cas échéant, sont associés à la planification de la sortie						
41 b	Le patient est adressé aux professionnels et aux structures appropriés	La connaissance des ressources disponibles dans le territoire de santé permet d’adresser le patient aux professionnels et structures appropriées. La structure est organisée pour la sortie des patients, L’assistante sociale de l’établissement s’assure des possibilités de prise en charge par les différents professionnels (hospitalisation, HAD...). L’établissement travaille en étroite partenariat avec des institutions de soins de suite appartenant au même groupe.	A				
	USLD – Le résident est adressé aux professionnels et aux structures appropriés en fonction de ses besoins de santé et de ses choix						
41 c	Les professionnels assurant l’aval sont informés et associés à la planification de la sortie du patient (résident – USLD) dans des délais compatibles avec la continuité de la prise en charge	Les secteurs d’activité informent et associent en temps utiles les professionnels d’aval afin de permettre la continuité de la prise en charge. L’assistante sociale de l’établissement organise la coordination de la prise en charge par les différents secteurs (hospitalisation, HAD...), afin que la continuité des soins soit assurée.	A				
41 d	La continuité de la prise en charge est assurée lors du transfert entre établissements	Les conditions de transfert du patient sont adaptées à sa situation. Les professionnels organisent le retour d’informations nécessaires pour s’assurer de la continuité des soins, des documents supports d’information permettent de	A				

		<b>Cotation</b>					
		donner les informations nécessaires pour les différentes prises en charge d'aval.					

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. La décision d'arrêter ou limiter les soins est discutée par l'équipe médicale avec le patient. La décision prise est tracée dans le dossier. Une convention avec l'équipe mobile des soins palliatifs est en cours de réactivation.	A				
42 b	La prise en charge des besoins spécifiques du patient (résidant – USLD) en fin de vie et de son entourage est assurée	Les besoins spécifiques des patients en fin de vie sont identifiés et pris en charge, mais l'absence de psycho-oncologue rend la prise en charge de certains besoins plus difficile.	B				
42 c	La formation des professionnels est organisée	La formation des professionnels prodiguant des soins palliatifs est insuffisante pour offrir les compétences spécifiques dans ce secteur. Le plan de formation de 2004 rend compte de la formation d'un DU en soins palliatifs, mais il n'y a pas eu d'autres actions et rien n'a été effectué à l'attention des ASQ et ASH. Une psycho-oncologue est en cours d'embauche.	B				
42 d	Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte	Les besoins d'accompagnement psychologique des soignants du service sont assurés par les cadres soignants de proximité et par l'infirmière générale, mais ces actions sont ponctuelles et les retours d'information font apparaître un besoin de compétences spécifiques sur le soutien du personnel responsable de ce type de prise en charge.	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				
43 b	Les volontés et les convictions du défunt sont respectées	Le recueil des volontés et des convictions du patient en cas de décès est tracé dans son dossier. Celles-ci sont respectées en cas de décès.	A				
43 c	Un accompagnement psychologique de l'entourage est assuré	Lors du décès du patient, les besoins d'accompagnement psychologique de l'entourage sont identifiés et pris en compte, mais le personnel n'est pas formé à ce type d'accompagnement.	B				
43 d	Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte	Les besoins d'accompagnement psychologique des soignants du service sont assurés par les cadres soignants de proximité et par l'infirmière générale, mais ces actions sont ponctuelles et les retours d'information font apparaître un besoin de compétences spécifiques sur le soutien du personnel responsable de ce type de prise en charge.	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>L'équipe des urgences s'est intéressée à la « pertinence de l'orientation dans la prise en charge d'un traumatisme du poignet aux urgences », du fait de la fréquence de cette affection dans l'établissement.</p> <p>L'objectif d'amélioration était de réduire le risque d'erreur diagnostique et d'orientation.</p> <p>Le projet a été mené par l'équipe des médecins urgentistes.</p> <p>Il n'a pas été retrouvé de données sur les bonnes pratiques dans ce domaine.</p> <p>Une grille d'évaluation de l'état du poignet a été élaborée sur le mode du chemin clinique.</p> <p>L'évaluation initiale a permis d'aboutir à une modification de la fiche, dont la pertinence devra être validée à l'occasion d'une nouvelle évaluation planifiée fin 2005 avec mise en évidence d'une amélioration de l'adéquation de l'orientation.</p> <p>Les modalités de communication sont organisés notamment par des comptes-rendus présentés en CME.</p>	A
44 b	La pertinence des actes à risque est évaluée.	<p>« Accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel ».</p> <p>Ce choix repose sur l'augmentation progressive du taux de césarienne.</p> <p>Les recommandations du collège national des gynécologues obstétriciens ont été prises en compte.</p> <p>Ce travail a été mené par un groupe d'obstétriciens et sages-femmes.</p> <p>L'outil décisionnel est une fiche d'argumentation de la décision et d'évaluation remplie par le praticien pour tout utérus cicatriciel.</p> <p>La première évaluation montre la nécessité d'améliorer le recours à l'utilisation de cette fiche dans la prise de décision. La démarche est en cours.</p>	B
44 c	La pertinence des prescriptions médicamenteuses est évaluée.	<p>« Antibio prophylaxie en chirurgie de première intention de la prothèse totale de hanche ».</p> <p>Le choix du sujet repose sur la fréquence de cette pathologie dans l'établissement.</p> <p>L'objectif est de vérifier l'adéquation des protocoles en place depuis 1999 et leur application par l'ensemble des professionnels, à partir du référentiel de l'ANAES sur</p>	B

Réf 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
		<p>ce thème. Ce travail est mis en place par l'équipe d'anesthésie réanimation avec l'aide du médecin infectiologue référent. Il a recours à l'audit clinique ciblé. Un premier audit a été réalisé sur 30 dossiers et a donné lieu à des actions d'amélioration : standardisation des prescriptions et révision des protocoles. Il sera poursuivi dans les mois à venir.</p>	
44 d	<p>La pertinence des examens de laboratoire et des examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle est évaluée.</p>	<p>« Pertinence des examens de biologie et d'imagerie dans la prise en charge des réinterventions sur matériel prothétique en orthopédie ». Ce sujet correspond à une prise en charge en constante augmentation dans l'établissement, avec risque de plaintes de patients. L'objectif est de dépister toute infection sur prothèse avant l'acte opératoire, permettant de décider du mode de prise en charge le plus adapté. L'équipe d'orthopédiste, aidée du médecin infectiologue, s'est appuyée sur les conclusions de groupes de travail régionaux. Une grille de validation de la prise en charge a été élaborée, et 37 dossiers ont été évalués en mars 2005. Les premières conclusions conduisent à l'abandon de la scintigraphie, et une nouvelle évaluation de la conformité des dossiers est planifiée. Les médecins nucléaires ont été également sollicités.</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>L'établissement a défini le sondage urinaire comme acte à risque du fait de sa fréquence et a évalué cette pratique par la réalisation d'un audit clinique ciblé basé sur celui de l'ANAES. L'objectif affiché est l'appropriation de bonnes pratiques à travers une méthode d'évaluation et l'entraînement des équipes de soins à une méthode d'évaluation. Trois grilles d'audit clinique ciblé ont été élaborées : organisation, pose et surveillance, et 30 dossiers ont été évalués. Ce travail a été mené par la cellule d'hygiène. Des actions d'amélioration ont été identifiées : mise en place de crochets spécifiques, création de champs sur le logiciel du bloc...</p> <p>La 2<sup>e</sup> évaluation montre une nette amélioration des pratiques. Les résultats ont été présentés lors de la séance de restitution nationale à la HAS et ont fait l'objet d'une diffusion en interne.</p>	A				
45 b	L'analyse des événements indésirables et la mise en œuvre des actions de prévention et d'amélioration correspondantes sont assurées.	<p>Le système de signalement des événements indésirables n'ayant pas encore abouti à l'identification d'événements sentinelles, l'établissement a choisi de mettre en place un comité de morbidité et mortalité afin d'y analyser les événements graves liés aux soins. Les règles de fonctionnement de ce comité ont été rédigées et validées. Une première réunion a permis l'analyse d'une complication postopératoire et a abouti à des recommandations de bonne pratique.</p>	B				

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>Les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés. Il s'agit d'une pathologie fréquemment rencontrée aux urgences pour la médecine (prise en charge d'un syndrome coronarien aigu), d'actes fréquemment réalisés en chirurgie (évaluation du dossier d'anesthésie en ambulatoire) et d'une activité numériquement importante en obstétrique (évaluation de la qualité de la tenue du partogramme dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des parturientes). Les processus de prise en charge ont donné lieu à l'élaboration de grilles par les urgentistes, les cardiologues et les cardiologues interventionnels, sur le mode du chemin clinique.</p> <p>La grille d'analyse a été élaborée en tenant compte des recommandations de l'ANAES sur la tenue du dossier d'anesthésie et sur la chirurgie ambulatoire.</p> <p>La méthode utilisée est celle de l'audit clinique ciblé, basée sur les recommandations de l'ANAES pour le partogramme.</p> <p>Les recommandations des sociétés savantes ont été systématiquement prises en compte.</p> <p>Les objectifs attendus sont une standardisation des pratiques et une optimisation de la coordination des actions entre les différents acteurs en cardiologie ; une optimisation de la réhabilitation précoce du patient, en particulier par la prise en charge de l'hypertension artérielle, du diabète et de la prescription d'antiagrégants ; une harmonisation des pratiques des sages-femmes, une amélioration de la tenue du partogramme, une meilleure communication entre les équipes,</p>	B				
46 b	Les processus et les pratiques liés à la prise en charge sont analysés.						
46 c	Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte.						
46 d	Les objectifs d'amélioration sont définis et les actions mises en œuvre.						
46 e	Les données et 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.						
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.						

			<b>Cotation</b>				
46 d	Les objectifs d'amélioration sont définis et les actions mises en œuvre.	<p>et une aide argumentée à la prise de décision au cours du travail.</p> <p>Les indicateurs définis (mortalité, dysfonctionnement dans la prise médicamenteuse, suivi des complications) devraient permettre à terme le suivi des actions d'amélioration, mais le dispositif de suivi n'est pas encore élaboré et les premières évaluations non encore menées en cardiologie.</p> <p>Des actions d'améliorations ont été identifiées : standardisation des protocoles d'anesthésie par type de pathologie, élaboration d'un suivi systématique avec appel du patient par l'anesthésiste le soir de l'intervention.</p> <p>La 2<sup>e</sup> évaluation de dossiers n'a pas encore été mise en œuvre.</p> <p>Les premières évaluations menées sur 30 dossiers ont abouti à l'élaboration d'un nouveau partogramme dont les modalités de tenue ont été précisées.</p> <p>Les actions d'amélioration ont été présentées à l'ensemble de l'équipe.</p> <p>Les évaluations menées suite aux actions d'amélioration ont permis d'objectiver leur efficacité.</p>					
46 e	Les données et 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.						
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 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**

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

**C- FONCTIONS HOTELIERES ET LOGISTIQUES**

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

**D – SYSTEME 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.	Les dysfonctionnements relatifs à l'informatisation du dossier du patient en cours de déploiement sont relevés régulièrement par l'infirmière référente et donnent lieu à des actions correctives et à un suivi. Les dysfonctionnements liés au réseau, aux matériels tels que ordinateurs et imprimantes sont traités en direct. Ils ne sont ni recensés, ni analysés.	B
49 b	La satisfaction des utilisateurs est évaluée et prise en compte.	Il existe un recueil régulier et adapté de la satisfaction des différents utilisateurs du système d'information. Cette évaluation est analysée, communiquée et permet de réajuster le système d'information.	A
49 c	La gestion du dossier du patient est évaluée.	Une évaluation de la gestion du dossier est réalisée régulièrement dans tous les secteurs d'activité en relation avec les instances. L'analyse et l'exploitation de ces résultats permettent de faire progresser la gestion du dossier au niveau de l'institution.	A

**E – QUALITE 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.	Le PAQ fait l'objet d'un suivi en termes de : réalisé, en-cours ou à faire. L'atteinte des objectifs n'est pas réellement évaluée. L'établissement n'a pas élaboré un tableau de bord de la démarche qualité et des risques. L'efficacité de l'ensemble des risques n'est pas encore évaluée.	B
50 b	L'efficacité de la gestion des risques et des vigilances est évaluée.	L'établissement a défini les critères lui permettant d'évaluer l'efficacité de son dispositif de gestion des risques. Il procède régulièrement à cette évaluation et prend les mesures correctives appropriées	A
50 c	La maîtrise de la documentation est évaluée.	L'établissement s'assure régulièrement que les modalités de gestion documentaire définies dans l'établissement sont appliquées et qu'elles donnent satisfaction aux utilisateurs	A

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	Existence d'un dispositif de recueil et d'analyse de la satisfaction des patients et de leur entourage et prise en compte des résultats dans un plan d'amélioration de la qualité (questionnaires et enquêtes).	A
51 b	Les délais d'attente sont analysés et des actions d'amélioration sont entreprises	Existence d'un dispositif de recueil et d'analyse des délais d'attente et prise en compte des résultats dans un plan d'amélioration de la qualité. Les délais d'attente sont analysés dans certains services ou processus, par exemple dans la gestion de la sortie ou le délai d'attente aux urgences. L'analyse des résultats permet d'adapter la prise en charge ; gestion de rendez-vous pour la sortie, augmentation de l'équipe au service d'urgence certains jours.	A
51 c	Les réclamations et les plaintes des patients sont suivies d'actions d'amélioration	Un dispositif de gestion des plaintes et réclamations est en place et permet une analyse et une réponse individuelles et systématiques. Le dispositif est exploité dans le cadre de la gestion des risques uniquement et non dans le cadre de l'élaboration du programme de la qualité (par exemple absence de présentation de l'évolution du nombre de plaintes à la CRUQPC nouvellement créée, et antérieurement pas de réunion de commission de conciliation pour analyse du bilan annuel des plaintes).	B
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 des 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, soucieux d'impliquer ses correspondants, organise des journées médicales autour des différentes prises en charge. Il participe à plusieurs réseaux de soins : Oncazur, réseau de périnatalité. Les centres de convalescence du groupe qui assurent l'hospitalisation d'aval sont également impliqués, par la participation à des instances communes tel le comité des vigilances ainsi que par l'identification d'acteurs transversaux : direction, contrôleur de gestion, assistante sociale, infirmière référente en informatisation. Ces actions ne font pas encore l'objet d'une évaluation.	B
52 b	La satisfaction des correspondants est évaluée et prise en compte.	Une première tentative d'évaluation de la satisfaction des correspondants médicaux menée en interne à partir d'un listing transmis par les praticiens de la clinique n'a pas permis le recueil d'informations significatives. Il est prévu de la renouveler avec l'assistance d'un prestataire externe.	B

**F – ORIENTATIONS STRATEGIQUES**

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. Toutefois, l'établissement prévoit de compléter les modalités de suivi du projet d'établissement pour ses différents contenus (ex. : projet du système d'information et mise en réseau) dans le cadre des évolutions en cours.	B
53 b	La direction et les instances disposent d'éléments permettant les comparaisons avec des établissements similaires.	La direction utilise différentes bases d'information disponibles pour rechercher des indicateurs de comparaison (ARH, BAQHIMEP...). L'implication de l'établissement dans des modes de coopération tels que les réseaux constitue une possibilité d'échanges sur ce sujet ; la comparaison souhaitée avec des établissements similaires n'est pas facilitée par l'absence de transparence du marché.	B
53 c	Les résultats font l'objet d'une communication interne.	Les résultats de la mise en œuvre des orientations stratégiques sont présentés dans le cadre des instances ; toutefois, cette orientation devra être poursuivie et renforcée au titre de la communication interne en direction des secteurs d'activité.	B



**PARTIE 3**  
**COMMENTAIRES SYNTHÉTIQUES**

## I. Commentaires synthétiques par type de prise en charge

### Soins de courte durée

Les grands axes du projet médical sont formalisés et les orientations stratégiques sont abordées avec l'équipe médicale. Certains secteurs se sont organisés de fait et fonctionnent en service. Cette organisation est informelle et repose sur l'implication individuelle des responsables. L'établissement s'est engagé dans une démarche garantissant au patient le respect de ses droits. 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. La confidentialité et l'information préalable du patient ont fait l'objet d'une attention particulière. Les règles concernant l'accueil sont définies et assurent une réponse permanente et adaptée aux différents types de prise en charge.

L'acheminement des informations recueillies préalablement à l'hospitalisation devrait être sécurisé.

L'accueil des patients au service des urgences est organisé par un personnel dédié, formé et identifié, cependant la formation du personnel en remplacement devra être planifiée et le tableau général des médecins de garde sécurisé.

L'information écrite transmise aux patients est parfois trop nombreuse, pas toujours adaptée ni systématiquement explicitée. Ce surcroît de documents supports peut, dans certains circuits, être plutôt source de confusion.

La coordination de la prise en charge autour du projet thérapeutique est réalisée par les différents professionnels.

La prise en charge des escarres fait partie du projet de soins infirmier, et un travail sur le sujet a été réalisé au sein de l'établissement. La prise en charge de la douleur est organisée et tient compte des recommandations de bonnes pratiques.

La continuité des soins dans les secteurs d'activité et entre secteurs d'activité est assurée grâce à une organisation planifiant la présence des professionnels, *via* de très nombreux tableaux de garde non standardisés. Le dossier de soins informatisé facilite la coordination des équipes soignantes en donnant les mêmes informations à l'ensemble des acteurs lors des relèves. La prise en charge des urgences vitales doit être sécurisée.

Afin d'améliorer le renseignement du dossier du patient au cours de l'hospitalisation et après la sortie, son contenu fait l'objet d'une évaluation trimestrielle. Les prescriptions sont écrites, datées et signées pour tous les actes le nécessitant. Le circuit du médicament a été sécurisé à toutes les étapes y compris les interfaces.

L'organisation du bloc opératoire doit faire l'objet d'une réflexion. Celles-ci doivent porter sur les plannings opératoires et leur formalisation dans un document, ainsi que sur les responsabilités d'organisation du bloc. La charte de bloc n'est pas diffusée aux professionnels exerçant dans les secteurs opératoires ni à la CME. La participation des équipes médicales aux réflexions engendrées par le fonctionnement du bloc (anesthésiste et chirurgicale) doit être améliorée. Actuellement les salles de réveils sont exclues du secteur interventionnel, il n'y a donc pas de représentant soignant des SSPI au conseil de bloc.

Les activités de prélèvements de tissus osseux sont organisées conformément aux règles de bonnes pratiques. Cette activité s'effectue dans le cadre d'un partenariat avec une banque de tissus.

Les patients sont impliqués dans les actions de rééducations qui les concernent. Une éducation thérapeutique compréhensible pour les patients et adaptée à leur état de santé est assurée. Un poste de stomathérapeute vient d'être créé.

La sortie est planifiée le plus tôt possible avec le patient, son entourage et le médecin traitant en tenant compte de ses besoins. L'assistante sociale de l'établissement s'assure des possibilités de prise en charge d'aval par les différents professionnels. L'établissement est en partenariat étroit avec des institutions de soins de suite appartenant au même groupe.

Les besoins spécifiques des patients en fin de vie sont identifiés et assurés, mais l'absence de psycho-oncologue rend la prise en charge de certaines situations plus difficile, et la formation des professionnels prodiguant des soins palliatifs est insuffisante pour offrir les compétences spécifiques dans ce secteur.

Le recueil des volontés et des convictions du patient en cas de décès est tracé dans son dossier. Celles-ci sont respectées en cas de décès.

## II. Appréciation globale sur la dynamique qualité

Les orientations stratégiques de l'établissement sont clairement définies par la direction. L'organisation pyramidale du management en impose le partage par l'ensemble des personnels.

L'organisation de la démarche qualité est facilitée par la création d'une direction de la qualité et de la gestion des risques dès 2000.

Le budget alloué aux multiples formations dans ce domaine : gestion des risques, démarche projet, management ; l'accompagnement par plusieurs prestataires externes sur les questions d'image, de communication... témoignent de la prise en compte par la direction de l'importance de cette dimension pour l'amélioration de la qualité des soins. Le relais sur le terrain de la démarche qualité est assuré principalement dans les domaines de l'hygiène, des escarres et du dossier du patient par l'identification d'infirmières référentes.

L'établissement a plus investi les outils de la gestion des risques que ceux de la démarche qualité. En particulier, le comité des vigilances et l'organisation du signalement des événements indésirables sont des outils clés du management de la gestion des risques pour l'établissement, et sont largement opérationnels.

La gestion documentaire s'appuie sur une norme documentaire interne à l'établissement. Cette norme se met en place progressivement.

L'établissement devra définir les priorités dans ce domaine afin de mettre à disposition des professionnels les documents utiles et indispensables notamment à la prise en charge du patient. Le groupe s'est par ailleurs doté d'un logiciel de gestion documentaire et prévoit la mise à disposition des documents ainsi maîtrisés sur le réseau informatique selon des règles d'accès définies préalablement.

Une réflexion est à mener afin d'améliorer son organisation et sa lisibilité.

Les actions d'évaluation, nombreuses, mais parfois non abouties, gagneraient à être ciblées et hiérarchisées.

La dynamique de la démarche, nettement perçue par les EV, repose sur les acteurs clés du système, mais n'a pas encore fait la preuve de son appropriation par l'ensemble des professionnels, à l'exception des médecins pour lesquels l'évaluation des pratiques professionnelles s'est révélée être un véritable levier pour travailler collégalement. Les évaluations de pratiques gagneraient, dans certains cas, à être élargies à l'ensemble des professionnels.

**Liste des actions exemplaires**

Aucune action exemplaire n'a été retenue.



**PARTIE 4**  
**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**.

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

- Évaluer périodiquement le dispositif de sécurité du système d'information (23 b) ;
- Fiabiliser le tableau de garde et d'astreintes (28 c) ;
- Assurer le regroupement et l'accessibilité permanente des informations concernant le patient lors de sa prise en charge (29 b).

---

## INDEX

---

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

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

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

<b>JO :</b>	<i>Journal officiel</i>	<b>PMSI :</b>	Programme de médicalisation du système d'information
<b>MAHOS :</b>	Mesure de l'activité hospitalière	<b>POSU :</b>	Pôle spécialisé d'urgence
<b>MAPAD :</b>	Maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes	<b>PRN :</b>	Projet de recherche en nursing
<b>MAS :</b>	Maison d'accueil spécialisée	<b>PSL :</b>	Produit sanguin labile
<b>MCJ :</b>	Maladie de Creutzfeldt-Jakob	<b>PUI :</b>	Pharmacie à usage intérieur
<b>MCO :</b>	Médecine, chirurgie, obstétrique	<b>RAI :</b>	Réaction à usage immune
<b>MDS :</b>	Médicament dérivé du sang	<b>RAQ :</b>	Responsable assurance qualité
<b>MFQ :</b>	Mouvement français de la qualité	<b>RHS :</b>	Résumé hebdomadaire standardisé
<b>MGEN :</b>	Mutuelle générale de l'Éducation nationale	<b>RRF :</b>	Rééducation et réadaptation fonctionnelles (remplacé par MPR)
<b>MISP :</b>	Médecin inspecteur de santé publique	<b>RSD :</b>	Règlement sanitaire départemental
<b>MKDE :</b>	Masseur-kinésithérapeute diplômé d'État	<b>RSIO :</b>	Responsable du système d'information et de l'organisation
<b>MOF :</b>	Manuel d'organisation et de fonctionnement	<b>RSS :</b>	Résumé de sortie standardisé
<b>MPR :</b>	Médecine physique et réadaptation	<b>RSS* :</b>	Réseau de santé social
<b>NGAP :</b>	Nomenclature générale des actes professionnels	<b>RUM :</b>	Résumé d'unité médicale
<b>NIP :</b>	Numéro d'identification permanent	<b>SAE :</b>	Statistiques appliquées aux établissements
<b>NPP :</b>	Numéro patient permanent	<b>SAMU :</b>	Service d'aide médicale d'urgence
<b>OMS :</b>	Organisation mondiale de la santé	<b>SAU :</b>	Service d'accueil des urgences
<b>OPRI :</b>	Office de protection contre les radiations ionisantes	<b>SEP :</b>	Sclérose en plaques
<b>OQN :</b>	Objectifs quantifiés nationaux	<b>SFAR :</b>	Société française d'anesthésie et de réanimation
<b>PAC :</b>	Praticien associé contractuel	<b>SIDA :</b>	Syndrome d'immunodéficience acquise
<b>PAQ :</b>	Programme d'amélioration de la qualité	<b>SIH :</b>	Système d'information hospitalier
<b>PASS :</b>	Permanence d'accès aux soins de santé	<b>SIIPS :</b>	Soins infirmiers individualisés à la personne soignée
<b>PCA :</b>	<i>Patient controled analgesia</i> (pompes analgésiques contrôlées)	<b>SMUR :</b>	Service mobile d'urgence et de réanimation
<b>PCEA :</b>	<i>Patient controled epidural analgesia</i>	<b>SROS :</b>	Schéma régional d'organisation sanitaire
<b>PCS :</b>	Poste central de sécurité	<b>SROSS :</b>	Schéma régional d'organisation sanitaire et social
<b>PFC :</b>	Produits frais congelés	<b>SSIAD :</b>	Service de soins infirmiers à domicile
<b>PFT :</b>	Placement familial thérapeutique	<b>SSPI :</b>	Salle de surveillance postinterventionnelle
<b>PHISP :</b>	Pharmacien inspecteur de santé publique	<b>SSR :</b>	Soins de suite et réadaptation
<b>PME :</b>	Projet médical d'établissement	<b>STB :</b>	Service technique et biomédical
<b>PMI :</b>	Protection materno-infantile	<b>TGBT :</b>	Transformateur général de basse tension
<b>PMO :</b>	Prélèvement multiorgane	<b>TIAC :</b>	Toxi-infection alimentaire collective

**TIM :** Technicienne de l'information médicale  
**UCDM :** Unité centrale d'archivage des dossiers médicaux  
**UCV :** Unité cardio-vasculaire  
**UMSP :** Unité médicale de soins palliatifs  
**UPATOU :** Unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences

**UPC :** Unité de production culinaire  
**USP :** Unité de soins palliatifs  
**USIC :** Unité de soins intensifs cardiologiques  
**VIH :** Virus d'immunodéficience humaine  
**VSL :** Véhicule sanitaire léger