

**RAPPORT DE CERTIFICATION DE LA
CLINIQUE HONORÉ-CAVE**

**406, boulevard Montauriol
82017 MONTAUBAN**

Avril 2007

S O M M A I R E

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	p.	5	Chapitre IV – Évaluations et dynamiques d'amélioration	p.	67
PARTIE 1			A Pratiques professionnelles	p.	68
DÉMARCHE QUALITÉ ET ACCRÉDITATION	p.	7	B Ressources humaines	p.	72
I Historique et organisation de la démarche qualité	p.	9	C Fonctions hôtelières et logistiques	p.	73
II Suivi des décisions de la première procédure d'accréditation	p.	10	D Système d'information	p.	74
III Association des usagers à la procédure d'accréditation	p.	11	E Qualité et gestion des risques	p.	75
IV Interface avec les tutelles en matière de sécurité	p.	11	F Orientations stratégiques	p.	78
PARTIE 2			PARTIE 3		
CONSTATATIONS PAR CHAPITRE	p.	13	COMMENTAIRES SYNTHÉTIQUES	p.	79
Chapitre I – Politique et qualité du management	p.	15	I Commentaires synthétiques par type de prise en charge	p.	81
Chapitre II – Ressources transversales	p.	23	II Appréciation globale sur la dynamique qualité	p.	82
A Ressources humaines	p.	24	III Liste des actions exemplaires	p.	83
B Fonctions hôtelières et logistiques	p.	26	PARTIE 4		
C Organisation de la qualité et de la gestion des risques	p.	29	DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	p.	85
D Qualité et sécurité de l'environnement	p.	33			
E Système d'information	p.	39	INDEX	p.	89
Chapitre III – Prise en charge du patient	p.	43			
A Orientations stratégiques et management des secteurs d'activité	p.	44			
B Parcours du patient	p.	46			

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Date de la visite de certification : du 12 au 15 décembre 2006

Nom de l'établissement	Clinique Honoré-Cave	
Situation géographique	Ville : Montauban Département : Tarn-et-Garonne	Région : Midi-Pyrénées
Statut (<i>privé-public</i>)	Privé	
Type de l'établissement (<i>CHU, CH, CHS, HL, PSPH, Ets privé à but lucratif</i>)	Privé à caractère commercial	
Nombre de lits et places (<i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i>)	33 lits et 3 places en MCO	
Nombre de sites (<i>de l'ES et leur éloignement s'il y a lieu</i>)	1	
Activités principales (<i>par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i>)	Monoactivité chirurgicale	
Activités spécifiques (<i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i>)	Chirurgie ORL et OPH	
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité		
Coopération avec d'autres établissements (<i>GCS, SIH, conventions...</i>)	Dans le domaine de la prise en charge des urgences ORL et OPH : convention avec le CH de Montauban, le CH de Cahors, la clinique du Pont-de-Chaume, le CH de Moissac, le CH de Castel-Sarrazin. Des consultations avancées sur certaines communes de la région. Des conventions dans le domaine de la cancérologie ORL avec le réseau Oncomip, la clinique du Pont-de-Chaume	

Origine géographique des patients <i>(attractivité)</i>	En majeure partie originaire du département (61 %), de la ville même de Montauban et des départements limitrophes
Transformations récentes <i>(réalisées ou projetées, ou projets de restructuration)</i>	Des travaux d'agrandissement ont été réalisés en 2002 et 2005 (augmentation des chambres individuelles, un service ambulatoire plus spacieux, augmentation de la capacité des blocs opératoires). La pharmacie a été déplacée et agrandie.

PARTIE 1
LA DÉMARCHE QUALITÉ ET L'ACCRÉDITATION

I Historique et organisation de la démarche qualité

Suite à la première visite d'accréditation et aux recommandations énoncées, sous l'impulsion du comité de pilotage, une commission du dossier du patient a été constituée. Cette commission multiprofessionnelle a travaillé sur la mise en place d'un dossier de soins infirmier papier et a engagé une réflexion sur l'amélioration du dossier du patient et son informatisation.

La clinique a été accompagnée par un ingénieur qualité externe à l'établissement qui est intervenu jusqu'à la visite de certification. Une responsable qualité-directrice des soins recrutée à temps plein sur des missions clairement définies, a facilité la synergie des acteurs. Elle a structuré la gestion documentaire et participé avec les professionnels à l'actualisation des protocoles de prise en charge sous forme papier puis sous forme informatique permettant un accès facilité à chacun.

L'auto-évaluation V2 a été accompagnée par des sessions d'informations facilitées par une participation très active des professionnels en raison de la petitesse de la clinique.

Cinq axes de travail ont été définis suite aux propositions d'améliorations de l'auto-évaluation :

- l'informatisation du dossier du patient ;
- le projet médical autour de l'axe cancérologie dans le cadre du nouveau projet d'établissement ;
- le circuit du médicament ;
- l'évaluation des pratiques professionnelles ;
- la définition des risques.

Le comité de pilotage de la certification intègre la gestion des risques. Un comité des vigilances et un COMEDIMS sont actifs. L'association du CLIN CLUD, CLAN aux réflexions a permis d'optimiser la prise en charge de la douleur, la sécurisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux, d'améliorer les conditions de travail des soignants, de prévenir les risques.

Face à la petitesse de la clinique, on retrouve la presque totalité des professionnels dans les groupes de travail et les instances ce qui démontre l'engagement de chacun dans la démarche qualité.

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

Niveau de décision (Recommandation/ Réserve)	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des experts-visiteurs	
		Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires	Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires
Reco	Structurer un dossier de soins IDE support de la démarche de soin retenue	Oui	Mise en place d'une commission du dossier du patient mixte (médecin et IDE). Création du dossier de soins IDE Évolution du dossier avec un lien avec le bloc opératoire (fiche check-list). Évolution des différents éléments constitutifs du dossier et réflexion vers le dossier informatisé Audit annuel sur la tenue du dossier	Oui	Dossier de soins bien approprié par les professionnels Continuité des soins assurée entre les équipes et servant de base aux transmissions ciblées
Reco	Assurer le rapprochement entre les dossiers médicaux des praticiens libéraux et le dossier d'hospitalisation du patient	Oui	Création d'une fiche de liaison synthétique qui permet de lier le dossier de consultation au dossier d'hospitalisation Évolution du dossier en incluant les acteurs externes intervenant dans la prise en charge (kinésithérapeute, orthoptiste).	Oui	Réflexion structurée pour valider le dossier sous forme informatique début 2007 Continuité de l'information permettant la prise en charge effective

III. Association des usagers à la procédure d'accréditation

Un représentant des usagers fait partie prenante des réflexions dans la démarche de certification (chapitre 3). Sa présence est sollicitée dans le CLIN, malheureusement sa disponibilité (représentent les usagers dans d'autres structures) ne lui permet pas d'honorer cette demande. L'association des mutilés de la voix intervient sur demande dans la clinique.

IV. Interface avec les tutelles en matière de sécurité

Les fiches de sécurité ont été étudiées – les contrôles réglementaires ont été faits, les remarques et recommandations ont été prises en compte par l'établissement. Il n'y a pas eu de retour de la MRIICE au jour de la visite.

PARTIE 2
LES CONSTATATIONS PAR CHAPITRE

CHAPITRE I
POLITIQUE ET QUALITÉ DU MANAGEMENT

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

Réf. 2	L'établissement accorde une place primordiale au patient et à son entourage		Cotations
2 a	Le respect des droits et l'information du patient sont inscrits dans les priorités de l'établissement.	L'établissement intègre le respect des droits et de l'information du patient dans la mise en œuvre de ses orientations stratégiques et dans son organisation. La sensibilisation des professionnels est assurée.	A
2 b	L'expression du patient et de son entourage est favorisée.	Les entretiens et les échanges entre les professionnels, les patients et leur entourage sont réalisés dans des conditions propices à l'expression. Des locaux adaptés sont disponibles à cet effet. Le recueil des suggestions et des plaintes est organisé.	A
2 c	Une réflexion éthique autour de la prise en charge du patient est conduite.	L'organisation de la réflexion éthique n'est pas formalisée malgré la prise en charge de pathologies cancéreuses dans l'établissement. L'avis auprès des experts n'est pas recherché. Face à des problèmes éthiques, des échanges sont faits <i>a posteriori</i> entre membres du corps médical. Un groupe de réflexion se met en place dans la clinique dont un des objectifs est de travailler sur la réflexion éthique. L'établissement devra mettre en place une réflexion éthique formalisée.	C
2 d	La politique hôtelière prend en compte les attentes des patients.	Les attentes des patients sur le plan hôtelier sont recueillies et prises en compte. Elles permettent de définir et de mettre en œuvre une politique hôtelière.	A
2 e	Les représentants des patients participent à l'évaluation et à l'amélioration des services rendus par l'établissement.	Les représentants d'usagers sont désignés. Ils siègent aux instances et participent à la vie de l'établissement et aux démarches qualité et de certification. Leur avis est pris en compte pour améliorer le service rendu au patient.	A

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

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

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

Réf. 6	L'établissement définit une politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques intégrée aux orientations stratégiques		Cotations
6 a	La direction et les instances définissent les priorités et les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.	Les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de gestion des risques sont définis et hiérarchisés de manière concertée entre la direction et les instances. Ils sont communiqués aux professionnels.	A
6 b	La politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques intègre l'évaluation des pratiques professionnelles.	L'EPP 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 mis 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 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 est organisée, elle est impossible en externe du fait de la spécialisation de la clinique.	A

CHAPITRE II
RESSOURCES TRANSVERSALES

A – RESSOURCES HUMAINES

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

Réf. 9	Les processus de gestion des ressources humaines sont maîtrisés		Cotations
9 a	Le recrutement de l'ensemble des personnels est organisé.	Une politique de recrutement est définie. Les différents acteurs sont identifiés. Les modalités de recrutement sont formalisées intégrant l'adéquation des compétences aux conditions d'exercice.	A
9 b	L'accueil et l'intégration des personnels sont assurés.	Une politique d'accueil et d'intégration est organisée à l'échelle institutionnelle. Son impact est régulièrement évalué et son programme réajusté.	A
9 c	La formation continue, y compris médicale, contribue à l'actualisation et à l'amélioration des compétences des personnels.	Seuls les grands thèmes de formation sont formalisés. Le recueil des besoins de formation est réalisé lors des entretiens annuels d'évaluation. La priorisation de ces formations se situe autour des axes stratégiques de la clinique sans inclure la promotion professionnelle (validation des acquis...). La qualité et l'impact des formations suivies ne sont pas réalisés de façon formelle. La formation médicale est appréhendée individuellement. Un plan de formation détaillé et répondant aux besoins institutionnels et individuels est en cours de rédaction. L'établissement devra poursuivre la mise en œuvre d'un plan de formation incluant les besoins individuels et la promotion professionnelle y compris médicale.	C
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.	Le stockage des dossiers des personnels ne présente pas toutes les garanties de confidentialité et de qualité requise. Le contenu, de ceux-ci répond toutefois aux besoins des informations personnelles, à l'exhaustivité nécessaires aux conditions de travail. Assurer la sécurité et la confidentialité du dossier administratif des personnels.	C

B – FONCTIONS HÔTELIÈRES ET LOGISTIQUES

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

Réf. 11	Les fonctions logistiques, assurées par l'établissement ou externalisées, sont organisées pour assurer la maîtrise de la qualité et de la sécurité des prestations		Cotations
11 a	La qualité et l'hygiène de la restauration sont assurées.	Le système d'assurance qualité comporte l'existence d'une démarche HACCP en cuisine, de protocoles, mais il n'y a pas d'audits internes de réaliser. La distribution est organisée. L'établissement assure l'adaptation des prestations aux attentes des patients.	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 qui est sous-traitée. L'établissement assure la formation des personnels, la diffusion des protocoles. L'évaluation à périodicité définie reste à mettre en place.	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.	La fonction transport (interne et externe) est organisée et le personnel est formé dans le but d'assurer l'hygiène, la continuité des soins et le respect des droits du patient.	A

Réf. 12	Les approvisionnements sont assurés		Cotations
12 a	Les besoins des secteurs d'activité sont évalués sur le plan quantitatif et sur le plan qualitatif.	Les besoins des secteurs d'activité sont régulièrement évalués et pris en compte. Les procédures tiennent compte des évolutions de l'activité et du contexte. Les professionnels sont satisfaits de la réponse donnée à leurs besoins.	A
12 b	Les personnels utilisateurs sont associés aux procédures d'achat.	L'association des utilisateurs est effective dans les procédures d'achats. Toutefois, il reste à formaliser cette association.	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.	A

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

Réf. 13	Un système de management de la qualité est en place		Cotations
13 a	L'écoute des patients est organisée.	L'établissement dispose d'une organisation permettant le recueil et l'analyse des besoins, des attentes, de la satisfaction et des plaintes des patients. Ce système permet la mise en place d'actions d'amélioration.	A
13 b	Le programme d'amélioration continue de la qualité comporte des objectifs précis, mesurables dans le temps.	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.	A
13 c	Le programme d'amélioration continue de la qualité prend en compte les résultats issus de différentes formes d'évaluation internes et externes.	L'établissement dispose d'une visibilité sur les différentes évaluations internes et externes réalisées et utilise leurs résultats pour élaborer le programme d'amélioration de la qualité.	A
13 d	La formation des professionnels à la qualité est assurée.	Le recueil des besoins en formation est réalisé annuellement. Il n'a pas été trouvé de cahier des charges de formation relative à la qualité. La responsable qualité assurant elle-même les informations et l'accompagnement nécessaires au suivi de la démarche qualité. Des informations sur la qualité en général sont réalisées, mais pas d'évaluation à ce jour prévue. La qualité sera un axe du plan de formation en cours de rédaction. L'établissement devra renforcer la formation des professionnels à la qualité.	C
13 e	Le déploiement de la démarche et des actions qualité dans les secteurs d'activité est organisé.	L'établissement met en œuvre les actions permettant le déploiement de la démarche qualité dans les secteurs d'activité. Des référents par secteurs sont identifiés et leurs responsabilités clarifiées. Des actions sont conduites dans les différents secteurs.	A
13 f	La gestion documentaire est organisée.	L'établissement a organisé son système de gestion documentaire sous forme papier et informatique. Si l'ensemble des professionnels est formé à l'utilisation du système papier, la gestion documentaire sous forme informatique n'est accessible qu'aux personnes accréditées.	B

Réf. 13	Un système de management de la qualité est en place		Cotations
13 g	Le suivi du programme d'amélioration de la qualité est assuré.	L'établissement a mis en place des dispositions permettant d'assurer le suivi du programme d'amélioration de la qualité. Ces dispositions sont appliquées.	A

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.	L'établissement met en œuvre une démarche structurée d'identification et d'analyse des incidents et accidents survenus. Les responsabilités sont définies pour l'identification, le signalement et l'analyse.	A
14 d	Les résultats issus des analyses de risque permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter.	Des actions de réduction des risques sont mises en œuvre, mais leur hiérarchisation n'est pas effective. Les instances et les professionnels sont impliqués.	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, modalités de communication. Elle est connue des professionnels, toutefois, au regard de la petitesse de l'établissement aucun exercice de crise n'a été effectué.	B
14 f	L'organisation des plans d'urgence pour faire face aux risques exceptionnels est en place.	L'établissement est organisé pour faire face aux risques exceptionnels. Les plans d'urgence sont formalisés et actualisés ; les professionnels connaissent les modalités de mise en œuvre et leur rôle dans le dispositif. Cependant aucun exercice de simulation n'a été effectué à ce jour. Des actions de communication complètent cette organisation.	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 responsabilités sont identifiées. Les procédures sont connues des professionnels. Néanmoins, l'appropriation de ces procédures n'a pas fait l'objet d'évaluation.	B
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 toutefois, l'évaluation de l'exhaustivité et de la fiabilité de la traçabilité n'a pas été réalisée.	B
15 c	Une organisation permettant de répondre à une alerte sanitaire concernant les produits de santé est en place.	L'établissement a mis en place une organisation permanente lui permettant de répondre à une alerte sanitaire concernant les produits de santé. Les responsabilités sont définies et les professionnels concernés, formés.	A
15 d	La coordination des vigilances entre elles et avec le programme global de gestion des risques est assurée.	L'établissement a mis en place une organisation permettant la coordination des vigilances entre elles au sein du comité des vigilances. Il reste à mettre en œuvre la coordination de ce comité avec celui de la gestion des risques au sein d'une même structure.	B
15 e	Une coordination est assurée entre l'établissement et les structures régionales et nationales de vigilances.	La coordination des vigilances avec les structures régionales et nationales est assurée. L'organisation de cette coordination n'est pas définie et formalisée.	B

D – QUALITÉ ET SÉCURITÉ DE L'ENVIRONNEMENT

Réf. 16	Un programme de surveillance et de prévention du risque infectieux, adapté au patient et aux activités à risque, est en place		Cotations
16 a	Les patients et les activités à risque infectieux sont identifiés et un programme de surveillance adapté est en place.	Une identification des patients et des activités à risque, dans ce type d'établissement, a été réalisée et un programme de surveillance est mis en œuvre. Son suivi est assuré.	A
16 b	Une formation de l'ensemble des professionnels à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux spécifique à la prise en charge est assurée.	L'établissement a organisé pour l'ensemble du personnel une formation régulière adaptée aux besoins spécifiques de la prise en charge, actualisée sous la direction du CLIN. Son évaluation n'est pas réalisée régulièrement.	B
16 c	Des protocoles ou procédures de maîtrise du risque infectieux, validés, sont utilisés.	Il existe des protocoles et procédures de maîtrise du risque infectieux, validés par le CLIN, adaptés aux activités de l'établissement. Leur utilisation est évaluée.	A
16 d	Le bon usage des antibiotiques, dont l'antibioprophylaxie, est organisé.	Les règles de bonnes pratiques et de prescription des antibiotiques ne sont pas formalisées. Seul un suivi sommaire de la consommation est réalisé. La surveillance aux antibiotiques n'est pas régulière et sa corrélation avec la résistance bactérienne pas opérationnelle. L'information est toutefois réalisée par la pharmacienne. Un contrat de bon usage a été signé avec l'ARH. L'informatisation du circuit du médicament inclut dans son cahier des charges cette réflexion. L'usage des antibiotiques fait l'objet d'une sensibilisation de la part de la pharmacienne, la réflexion est en cours sur des règles de bonne utilisation dans le cadre du contrat de bon usage.	C
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	Le risque infectieux des professionnels (y compris étudiants, stagiaires et intérimaires) n'est pas évalué à périodicité définie. Toutefois, un programme concerté de prévention et de prise en charge des infections est élaboré et mis en œuvre.	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
	avec la médecine du travail.		
16 f	Le signalement des infections nosocomiales est organisé et opérationnel.	Le dispositif de signalement des infections nosocomiales est opérationnel. Les professionnels de l'établissement le connaissent. Il repose sur la formation et l'information de tous les professionnels de l'établissement.	A
16 g	Un dispositif permettant l'alerte, l'identification, la gestion d'un phénomène épidémique est en place.	L'information et la formation sur le dispositif face à un phénomène épidémique à l'ensemble des professionnels ne sont pas mises en place, toutefois des mesures préventives permettent d'éviter la survenue ou la récurrence d'un tel phénomène.	B

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

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

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

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

E – SYSTÈME D'INFORMATION

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

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

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

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

CHAPITRE III
PRISE EN CHARGE DU PATIENT

A – ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET MANAGEMENT DES SECTEURS D'ACTIVITÉ

Réf. 25	Les responsables des secteurs d'activité exercent pleinement leur rôle		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
25 a	Les responsables prévoient les évolutions de leur secteur d'activité en cohérence avec les choix stratégiques de l'établissement.	Les responsables de chaque secteur d'activité élaborent un projet qui s'inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement.	A				
25 b	Les responsables organisent les activités de leur secteur et identifient les moyens nécessaires à leur réalisation.	L'implication des responsables permet d'assurer une organisation compétente et efficiente de leur secteur d'activité.	A				
25 c	Les responsables organisent la complémentarité avec les autres structures et la participation à des réseaux de santé dans leur domaine.	Les responsables des secteurs d'activité définissent ou participent à la définition des champs de complémentarité et de partenariat potentiel. 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 responsables des secteurs d'activité définissent leur processus décisionnel dans le cadre de leurs attributions. Au regard du volume de la clinique, les décisions ne sont pas décentralisées sur les secteurs d'activité.	B				
25 e	Les responsables motivent les personnels de leur secteur d'activité en favorisant leur adhésion et leur implication.	Les responsables s'impliquent dans le développement de la motivation de leur équipe. Des moyens et mécanismes d'intéressement sont mis en œuvre pour favoriser la motivation tant individuelle que collective.	A				
25 f	Les responsables veillent à la bonne utilisation des moyens alloués.	Les responsables s'impliquent dans l'efficacité de leur secteur d'activité et disposent d'outils et de moyens permettant de s'assurer de la bonne utilisation des ressources.	A				

			Cotations					
25 g	Les responsables développent des démarches d'évaluation et d'amélioration.	Les responsables sont institutionnellement impliqués dans l'évaluation et l'amélioration des performances de leur secteur d'activité. Il reste à développer les outils et la formation pour le faire.	B					

B – PARCOURS DU PATIENT

Réf. 26	Les droits et la dignité du patient (résidant – <i>USLD</i>) sont respectés		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
26 a	La confidentialité des informations relatives au patient (résidant – <i>USLD</i>) 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 – <i>USLD</i>) 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.	A				
26 c	La prévention de la maltraitance du patient (résidant – <i>USLD</i>) 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 – <i>USLD</i>) est respectée.	La volonté du patient est respectée pour ce qui concerne l'acceptation des soins, les pratiques religieuses et culturelles, dans les limites du possible et de la déontologie médicale.	A				
26 e	La formation des professionnels à l'écoute et au respect des droits du patient est organisée.	Des actions de sensibilisation sur le thème du respect des droits et de la dignité du patient sont réalisées mais pas de formations.	B				

Réf. 27	L'accueil du patient (résident – USLD) et de son entourage est organisé		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
27 a	Les besoins et les attentes du patient (résident – USLD) sont identifiés, y compris les besoins sociaux.	Les informations concernant les besoins et les attentes du patient sont recherchées, rassemblées aux moments d'accueil et sont disponibles.	A				
27 b	Le patient (résident – USLD) reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de son séjour.	Les conditions de l'accueil, la sensibilisation du personnel et les supports d'information font que les patients reçoivent une information claire et adaptée sur les conditions de son séjour.	A				
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 est organisé dans un délai compatible avec les impératifs de sécurité.	L'organisation en place permet aux professionnels de santé la mise en œuvre de la décision de prise en charge, de réorientation ou de transfert des patients dans des délais compatibles avec leur état de santé.	A				
28 c	Le recours à un avis spécialisé est organisé selon les besoins.	L'organisation du recours aux spécialistes assure leur intervention dans des délais compatibles avec la sécurité des patients.	A				
28 d	La disponibilité des lits d'hospitalisation est régulièrement évaluée et analysée au sein de l'établissement.	Une organisation adaptée de la gestion des lits d'hospitalisation permet d'évaluer et d'analyser régulièrement la disponibilité des lits afin de réduire les délais d'attente d'hospitalisation.	A				

Réf. 29	L'évaluation initiale de l'état de santé du patient (résidant – 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 (résidant – USLD) et, s'il y a lieu, son entourage sont partie prenante dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique.	<p>L'implication du patient ne repose pas sur une organisation structurée formalisée.</p> <p>Le point de vue du patient n'est pas systématiquement tracé dans le dossier du patient.</p> <p>Des actions de rééducation spécifique, d'information ou des interventions d'association contribuent à l'amélioration de l'implication pour certains patients.</p> <p>L'établissement devra s'organiser pour impliquer le patient dans son projet thérapeutique.</p>	C				
29 b	Les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures sont accessibles 24 heures/24.	Une organisation assure l'accès 24 heures/24 à l'ensemble des données antérieures mais seulement datant de moins de 2 ans.	B				
29 c	Le projet thérapeutique prend en compte l'ensemble des besoins du patient (résidant – USLD) et organise la coordination entre les professionnels des différents secteurs d'activité.	Les besoins des patients sont identifiés. Ils sont pris en compte de façon coordonnée par les professionnels des différents secteurs d'activité.	A				
29 d	La réflexion bénéfico-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient (résidant – USLD).	<p>Les professionnels identifiés s'organisent pour assurer la traçabilité de la réflexion bénéfico-risque.</p> <p>Cette traçabilité n'a pas été retrouvée de façon systématique dans les dossiers des patients bien que celle-ci soit faite oralement.</p> <p>Il n'a pas été retrouvé de traçabilité de la discussion multidisciplinaire sauf en ORL dans les comptes rendus d'hospitalisation.</p> <p>La réflexion bénéfico-risque est réalisée oralement pour chaque patient, ainsi qu'à son entourage le cas échéant.</p> <p>L'établissement devra assurer la traçabilité de la réflexion</p>	C				

			Cotations				
		bénéfice-risque de façon systématique.					
29 e	Lorsqu'une restriction de liberté de circulation est envisagée dans l'intérêt du patient (résidant – <i>USLD</i>), celle-ci fait l'objet d'une réflexion en équipe et d'une prescription écrite réévaluée à périodicité définie, et d'une information au patient (résidant – <i>USLD</i>) et à son entourage.	Les situations de restriction de liberté de circulation sont identifiées et font l'objet d'une réflexion de l'équipe de soins, tracée dans le dossier du patient 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 tracent leurs observations dans le dossier du patient et se coordonnent pour ajuster de façon régulière le projet thérapeutique.	A				

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

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

Réf. 31	Le patient (résidant – USLD) est informé de son état de santé et est partie prenante de sa prise en charge		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
31 a	Le patient reçoit une information coordonnée par les professionnels sur les soins et son état de santé tout au long de sa prise en charge.	La coordination des professionnels permet au patient de recevoir une information cohérente sur ses soins et son état de santé, tout au long de sa prise en charge, mais elle n'est pas évaluée.	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.		NA				
31 b	Les professionnels délivrent une information adaptée à la compréhension du patient (résidant – USLD).	Les informations données au patient sont adaptées à sa compréhension et aux particularités de son état de santé, de sa situation ou de sa prise en charge.	A				
31 c	Le patient (résidant – USLD) désigne les personnes qu'il souhaite voir informer.	Les coordonnées des personnes que le patient souhaite voir informer sont recueillies et tracées dans le dossier.	A				
31 d	Le consentement éclairé du patient (résidant – USLD) ou de son représentant légal est requis pour toute pratique le concernant.	Avant toute demande de consentement, le patient ou son représentant légal est informé sur les actes de prévention, d'exploration et de soins qui le concernent en particulier sur leurs risques et leurs bénéfices. Le consentement du patient ou de son représentant légal est systématiquement recueilli et tracé dans le dossier.	A				
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				

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

Réf. 32	La douleur est évaluée et prise en charge		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
32 a	Une concertation est organisée entre les professionnels pour améliorer la prise en charge de la douleur selon les recommandations de bonne pratique.	Une organisation de la prévention et de la prise en charge systématique de la douleur connue des professionnels est mise en œuvre et tient compte des recommandations de bonnes pratiques.	A				
32 b	Le patient (résidant – USLD) est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement.	Le patient et/ou son entourage est impliqué dans la prise en charge de sa douleur. 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, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur adaptée aux types de prise en charge est mise en œuvre. Son efficacité est régulièrement évaluée.	A				
32 d	La disponibilité des traitements prescrits est assurée en permanence.	La coordination entre la pharmacie et les secteurs d'activité et les règles internes aux secteurs d'activité permettent une dispensation et un approvisionnement en permanence des traitements antalgiques.	A				

Réf. 33	La continuité des soins est assurée		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
33 a	Des règles de responsabilité, de présence, et de concertation sont mises en œuvre pour assurer la continuité des soins.	La continuité des soins dans le secteur d'activité et entre secteurs d'activité est assurée grâce à une organisation concertée fixant les responsabilités et planifiant la présence de professionnels.	A				
33 b	La coordination entre les équipes médicales et paramédicales est organisée.	L'organisation des transmissions d'information entre les équipes médicales et paramédicales permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre elles.	A				
33 c	La prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement est assurée.	La formation des personnels aux gestes d'urgence vitale immédiate n'est pas évaluée ni régulièrement réitérée. Le système d'alerte est connu ; la maintenance régulière du chariot d'urgence est réalisée ; la nuit ou les week-ends et jours fériés il n'y a pas de présence médicale sur place mais des médecins (anesthésistes ou spécialistes) d'astreinte dont la disponibilité n'est pas immédiate ; le nombre de cas d'urgences vitales étant très faible dans l'établissement, ils n'ont pas fait l'objet d'analyse ou de mesures correctives. Une réflexion institutionnelle est engagée sur le remplacement des défibrillateurs actuels dont l'utilisation est réservée au personnel médical par des défibrillateurs semi-automatiques utilisables par tous les personnels.	C				

Réf. 34	La traçabilité des actes et la transmission, en temps opportun, des informations reposent sur une organisation adaptée du dossier du patient (résident – USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
34 a	L'information contenue dans le dossier du patient (résident – USLD) est actualisée tout au long de sa prise en charge et également après sa sortie.	Tous les éléments diagnostiques et thérapeutiques sont tracés dans le dossier du patient et notamment toutes les informations retraçant son état de santé. Le dossier est complété après la sortie du patient, le cas échéant.	A				
34 b	L'information contenue dans le dossier du patient (résident – USLD) est accessible aux professionnels en charge du patient (résident – USLD), en temps utile.	Une organisation de la tenue et de l'accessibilité du dossier du patient facilite la consultation des informations qu'il contient lorsque le professionnel de santé en a besoin.	A				
34 c	Tout acte diagnostique et/ou thérapeutique fait l'objet d'une prescription écrite, datée et signée.	Les prescriptions sont écrites, datées et signées pour tous les actes le nécessitant.	A				
34 d	L'information sur son état de santé et son traitement donnée au patient (résident – USLD) et/ou à son entourage est enregistrée dans le dossier du patient (résident – USLD).	La traçabilité de l'information donnée au patient sur son état de santé dans le dossier de soin n'est pas systématique. Le dossier n'a pas de support de traçabilité du refus de soin. L'existence de réunions de concertation pluridisciplinaire pour la cancérologie ORL favorise un recueil de cette information sur les comptes rendus pour ces pathologies. Les patients sont informés oralement et régulièrement sur l'évolution de leur état de santé. L'établissement devra assurer la traçabilité de l'information sur son état de santé donnée au patient.	C				

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.	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.	A				
36 b	L'utilisation des médicaments suit les recommandations de bonne pratique en termes de pertinence de l'indication, de respect des contre-indications, et de connaissance des interactions et effets secondaires.	Les professionnels suivent les recommandations de bonne pratique de prescription des médicaments permettant d'assurer une bonne utilisation des médicaments. Les événements indésirables sont recueillis, analysés et exploités.	A				
36 c	L'administration du médicament au patient (résident – USLD) est conforme à la prescription et fait l'objet d'une traçabilité.	La conformité de l'administration du médicament à la prescription est assurée par les professionnels habilités. Sa traçabilité est réalisée.	A				
36 d	Les informations sur les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont à la disposition des utilisateurs.	Les responsables de la pharmacie délivrent aux professionnels des informations validées et actualisées sur les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux et mettent à disposition des patients des informations adaptées à leur état de santé.	A				
36 e	Les demandes urgentes de médicaments peuvent être satisfaites à tout moment.	Il existe une organisation concertée et connue de tous les professionnels pour satisfaire à tout moment les demandes urgentes de médicaments.	A				
	USLD – Les demandes urgentes de médicaments, formulées par les USLD, peuvent être satisfaites à tout moment.		NA				

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

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.		NA				
38 b	Une information sur le don d'organes ou de tissus est disponible pour le public.	L'information du public sur les dons d'organes ou de tissus est organisée.	A				
38 c	Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes ou de tissus.	Les professionnels sont informés et formés aux enjeux concernant les dons d'organes ou de tissus.	A				
38 d	Les prélèvements d'organes ou de tissus sont réalisés conformément aux règles de bonnes pratiques.		NA				

Réf. 39	Les activités de rééducation et/ou de soutien sont coordonnées par les professionnels concernés, en lien avec ceux des secteurs d'activité clinique (au sein des USLD – USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
39 a	Le patient (résidant – USLD) et son entourage sont partie prenante des activités de rééducation et/ou de soutien.	Tous les moyens sont mis en œuvre pour que l'implication du patient et de son entourage dans ses activités de rééducation et/ou de soutien soit obtenue.	A				
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.		NA				
39 c	La prise en charge du patient (résidant – USLD) est évaluée régulièrement par l'équipe pluriprofessionnelle et rajustée si besoin.	L'évaluation régulière des résultats des activités de rééducation et/ou de soutien conduit l'équipe pluridisciplinaire à réajuster la prise en charge si besoin.	A				

Réf. 40	L'éducation du patient (résident – USLD) sur son état de santé, son traitement et les questions de santé publique susceptibles de le concerner est assurée		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
40 a	Un programme d'éducation thérapeutique adapté à son état est mis en place en veillant à la compréhension du patient (résident – USLD).	Une organisation permet de faire bénéficier le patient d'une éducation adaptée à son état de santé. Cette éducation vise l'appropriation des pratiques et l'acquisition des compétences utiles pour améliorer son autonomie dans la gestion de sa maladie et de son traitement.	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'éducation thérapeutique du patient.	A				
	USLD – L'entourage et/ou sa famille sont associés aussi souvent que possible à ces actions d'éducation thérapeutique.		NA				
40 c	Une éducation aux questions de santé publique est délivrée au patient (résident – USLD) selon le cas.	Ces thèmes ne sont pas identifiés par les instances ou les professionnels comme des cibles. L'établissement ne s'est pas organisé pour délivrer une information (par exemple par affiche ou dépliants), ou une éducation sur ces thématiques. La prise en charge des patients pour ces problèmes n'est pas structurée : absence de consultation antitabac (mais les patients peuvent être éventuellement adressés à une consultation du centre hospitalier), absence de correspondants identifiés pour l'alcool. L'éducation pour la santé sur des thèmes de santé publique n'est pas priorisée au niveau des instances.	C				

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

Réf. 42	Les soins palliatifs font l'objet d'une réflexion pluriprofessionnelle en relation avec le médecin traitant et l'entourage – (USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
42 a	La volonté du patient (résidant – USLD) est prise en compte.	La volonté du patient est recueillie et prise en compte, mais son recueil n'est pas formalisé.	B				
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 des patients en fin de vie sont identifiés et pris en charge, mais non spécifiquement.	B				
42 c	La formation des professionnels est organisée.	La formation des professionnels est assurée sur les soins de support n'ayant pas de soins palliatifs.	B				
42 d	Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.	L'établissement, bien que traitant des patients atteints de cancers ORL et ayant inscrit ces pathologies dans ses axes de développement, est rarement confronté aux soins palliatifs mais le personnel est amené à prendre en charge des situations postopératoires de chirurgie délabrante qui pourraient nécessiter un accompagnement psychologique (patients laryngectomisés, patient trachéotomisés, etc.). Ces besoins d'accompagnement psychologiques éventuels ne sont ni identifiés ni recueillis de façon formalisée. L'établissement ne dispose pas de temps de psychologue ni d'autre structure d'accompagnement. Ce point ne figure pas dans les plans d'actions actuels de l'établissement.	C				

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.	Les volontés du patient en cas de décès éventuel, notamment ses convictions religieuses ou quant au mode funéraire (incinération éventuelle) ne sont pas recueillies dans le dossier. Il n'existe pas de procédure pour leur prise en compte le cas échéant. Vu le très petit nombre de décès dans l'établissement cette problématique n'est pas prioritaire ; toutefois l'établissement sur son nouveau dossier de soin s'est préoccupé du recueil de certains aspects des convictions religieuses (régime particulier). L'établissement devra organiser le recueil des convictions, notamment religieuses, et des volontés du patient en cas de décès.	C				
43 c	Un accompagnement psychologique de l'entourage est assuré.	Lors du décès du patient, les besoins d'accompagnement psychologique de l'entourage sont identifiés et pris en compte.	A				
43 d	Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.	Le nombre de décès dans l'établissement est inférieur à 1 par an.	NA				

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'établissement a choisi d'étudier la pertinence des prolongations du séjour au-delà de la durée moyenne de séjour (DMS) nationale pour les amygdalectomies. Les objectifs de l'étude sont d'identifier et maîtriser les causes pour réduire la DMS. Des références bibliographiques ont été recherchées.</p> <p>La méthode a été une revue prospective de pertinence de la totalité des dossiers d'amygdalectomie réalisés entre le premier avril et le 15 septembre 2006. Les résultats ont montré que la cause de la plupart des journées d'hospitalisation au-delà de 2 jours était la douleur.</p> <p>Le travail a été réalisé par un groupe de médecins ORL, l'un d'entre eux étant coordonnateur et a reçu un soutien institutionnel.</p> <p>Un plan d'action a été élaboré consistant à saisir le CLUD pour réadapter les protocoles de prise en charge de la douleur postopératoire.</p> <p>La mise en œuvre de ces protocoles a été réalisée.</p> <p>L'évaluation est en cours.</p> <p>Il n'a pas donné lieu à communication.</p>	A
44 b	La pertinence des actes à risque est évaluée.	<p>L'établissement a choisi d'étudier la pertinence du mode d'anesthésie dans la chirurgie de la cataracte en raison de la fréquence de cette intervention dans l'établissement.</p> <p>L'objectif défini était la comparaison des pratiques aux recommandations pour optimiser le mode d'anesthésie.</p> <p>Les références bibliographiques ont été recherchées.</p> <p>La méthode utilisée a été un audit clinique sur 74 dossiers ; parallèlement une enquête de pratique a été réalisée.</p> <p>Les résultats ont montré des écarts par rapport au référentiel sur le type et le mode d'anesthésie.</p> <p>Les acteurs ont été impliqués et ont compris des médecins anesthésistes et ophtalmologistes ; le travail a reçu un soutien institutionnel.</p> <p>Des pistes d'amélioration consistant en une modification des pratiques d'anesthésie ont été identifiées, déclinées en plan d'action et mises en œuvre.</p> <p>Une évaluation a été réalisée ; un suivi est prévu.</p>	A

Réf. 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
44 c	La pertinence des prescriptions médicamenteuses est évaluée.	<p>L'établissement a choisi d'étudier la pertinence de la prescription d'antibioprophylaxie dans la chirurgie de la cataracte du fait de l'hétérogénéité des pratiques et de la gravité des infections de l'œil.</p> <p>Les objectifs ont été d'optimiser et de standardiser l'antibioprophylaxie. Les acteurs du groupe de travail impliqués ont été nombreux et multiprofessionnels ; ils ont reçu un soutien institutionnel.</p> <p>La méthode a été une enquête de pratique sur les chirurgiens ophtalmologistes. Des références bibliographiques ont été recherchées.</p> <p>Les résultats ont montré des écarts par rapport au référentiel.</p> <p>Des propositions d'amélioration sous forme d'un protocole ont été diffusées et mises en place.</p> <p>Une évaluation de l'application a été réalisée. Le suivi est en cours.</p>	A
44 d	La pertinence des examens de laboratoire et des examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle est évaluée.	<p>L'établissement a choisi d'étudier la pertinence du bilan sanguin systématique dans les épistaxis.</p> <p>L'objectif a été de diminuer le nombre d'examens injustifiés.</p> <p>Le groupe de travail a été principalement médical et a reçu un soutien institutionnel.</p> <p>La méthode a été un audit clinique rétrospectif sur un an.</p> <p>Des références bibliographiques ont été recherchées.</p> <p>Les résultats ont montré l'absence d'utilité du bilan systématique dans certains cas.</p> <p>Des actions d'amélioration ont été diffusées et mises en œuvre consistant à cibler la réalisation du bilan.</p> <p>Une évaluation prospective sur 6 mois a été réalisée.</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 choisi d'évaluer la pose de cathéter veineux court, du fait de sa fréquence dans l'établissement et du risque de veinite.</p> <p>La méthode retenue a été un audit clinique réalisé en juillet 2006 à partir d'un référentiel existant sur 2 secteurs de soins. Une recherche bibliographique a été réalisée.</p> <p>Le groupe de travail impliqué était constitué d'IDE et de la directrice des soins.</p> <p>Les résultats ont montré des écarts de pratique dans l'un des secteurs.</p> <p>Les moyens mis en œuvre pour prévenir les risques évitables ont été la formalisation d'un protocole de pose et une action de sensibilisation.</p> <p>Un audit clinique ciblé a été réalisé sur le secteur où des écarts avaient été trouvés montrant une amélioration des pratiques ; un nouvel audit sur les 2 secteurs est prévu.</p>	A				
45 b	L'analyse des événements indésirables et la mise en œuvre des actions de prévention et d'amélioration correspondantes sont assurées.	<p>L'établissement a choisi d'évaluer les causes de survenue de veinites, qui font partie des événements indésirables signalés. La méthode utilisée a été une revue de mortalité morbidité par la méthode des 5 M.</p> <p>Le groupe de travail impliqué était constitué d'IDE et de la directrice des soins.</p> <p>Une recherche bibliographique n'a pas été réalisée.</p> <p>Des causes racines ont été mises en évidence et un programme d'action défini.</p> <p>Sa mise en œuvre a été initiée, il n'a pas été évalué.</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>L'établissement a choisi l'étude de la prise en charge des cancers des voies aérodigestives supérieures. L'enjeu est important tant en matière de santé publique que dans la définition de la prise en charge de la cancérologie dans le cadre du CPOM signé avec l'ARH en 2003.</p> <p>La méthode choisie est l'analyse de processus qui a permis de déterminer des axes de réflexion autour de la prise en charge thérapeutique, le traitement chirurgical, les préjudices fonctionnels (déglutition, respiratoire, phonation, esthétique, nutritionnels, douloureux et psychologiques).</p> <p>Les résultats de l'analyse ont été comparés avec les données de la littérature et les échanges dans le réseau d'oncologie.</p> <p>Un plan d'amélioration a été déterminé autour de deux grands axes avec travail en commun avec les instances (CLUD, CLAN), élaboration de protocoles et définition de calendrier d'actions.</p> <p>Des indicateurs ont été définis permettant le suivi.</p> <p>Une partie des actions a déjà fait l'objet d'évaluation, pour l'autre partie l'évaluation est en cours.</p> <p>Il n'a pas été envisagé à ce jour de comparaison avec d'autres établissements.</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 les indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration.						
46 f	Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons.						

B – RESSOURCES HUMAINES

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

C – FONCTIONS HÔTELIÈRES ET LOGISTIQUES

Réf. 48	Une évaluation des prestations logistiques est réalisée auprès des secteurs d'activité utilisateurs		Cotation
48 a	La satisfaction des utilisateurs est évaluée et prise en compte.	Une analyse à périodicité définie de la satisfaction des responsables des secteurs d'activité est organisée par l'établissement pour l'ensemble des prestations logistiques. L'identification d'actions d'amélioration n'est pas effective. Des bilans réguliers d'évaluation avec les prestataires externes ne sont pas mis en place.	B
48 b	L'analyse des prestations logistiques donne lieu à des actions d'amélioration.	L'analyse des prestations logistiques permet de mettre en œuvre des actions d'amélioration dans tous les domaines, celles-ci restent à formaliser.	B

D – SYSTÈME D'INFORMATION

Réf. 49	Une évaluation du système d'information est mise en œuvre		Cotation
49 a	Les dysfonctionnements du système d'information sont recensés, analysés et traités.	Il n'existe pas d'organisation permettant le recueil des dysfonctionnements du système d'information. Seul l'analyse des événements indésirables déclarés et mise en place. L'établissement devra développer le recueil et l'analyse des dysfonctionnements du système d'information.	C
49 b	La satisfaction des utilisateurs est évaluée et prise en compte.	Il n'existe pas de définition de méthodologie de recueil de la satisfaction des utilisateurs du système d'information. L'informatisation prévue tout début 2007 l'intègre dans son cahier des charges, mais il ne couvre pas la totalité du système d'information. L'évaluation de ces résultats n'est pas ébauchée.	C
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 – QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

Réf. 50	La mise en œuvre du programme d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques est évaluée		Cotation
50 a	L'atteinte des objectifs du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est régulièrement évaluée.	L'établissement a mis en place un système comprenant la définition et le suivi d'objectifs qualité. Il suit l'atteinte des objectifs et prend les mesures correctives appropriées en cas d'écart entre la prévision et la réalisation.	A
50 b	L'efficacité de la gestion des risques et des vigilances est évaluée.	L'efficacité du dispositif de gestion des risques et des vigilances est en cours de formalisation. Toutefois, l'établissement procède à des évaluations et prend les mesures correctives appropriées.	B
50 c	La maîtrise de la documentation est évaluée.	L'établissement s'assure que les modalités de gestion documentaire définies dans l'établissement sont appliquées et qu'elles donnent satisfaction aux utilisateurs. Cette évaluation n'est pas régulière.	B

Réf. 51	La satisfaction du patient et de son entourage est évaluée		Cotation
51 a	Le recueil de la satisfaction des patients est suivi d'actions d'amélioration.	Il existe un dispositif de recueil et d'analyse de la satisfaction des patients et de leur entourage dont les résultats sont pris en compte dans un plan d'amélioration de la qualité.	A
51 b	Les délais d'attente sont analysés et des actions d'amélioration sont entreprises.	Il existe un dispositif de recueil régulier et d'analyse des délais d'attente dont les résultats sont pris en compte dans un plan d'amélioration de la qualité.	A
51 c	Les réclamations et les plaintes des patients sont suivies d'actions d'amélioration.	Un dispositif opérationnel de gestion des plaintes et réclamations permet une analyse et une réponse individuelles et systématiques. Ce dispositif est exploité dans le cadre de l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité.	A
51 d	Les résultats de ces évaluations font l'objet d'échanges avec les représentants des usagers de l'établissement.	Il existe une concertation régulière entre l'établissement et les représentants d'usagers autour des résultats des évaluations concernant la satisfaction des usagers pour définir des priorités d'amélioration.	A

Réf. 52	Les relations avec les correspondants externes de l'établissement sont évaluées		Cotation
52 a	L'établissement évalue les actions mises en œuvre pour impliquer les correspondants.	L'établissement a recensé les actions mises en œuvre pour impliquer les correspondants. L'évaluation reste à mettre en œuvre, et le cas échéant, des actions d'amélioration.	B
52 b	La satisfaction des correspondants est évaluée et prise en compte.	La mesure de la satisfaction des correspondants est organisée et régulièrement effectuée. Les résultats sont exploités et utilisés pour la mise en place d'actions d'amélioration qui font l'objet d'un retour d'information aux professionnels concernés.	A

F – ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

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

PARTIE 3
COMMENTAIRES SYNTHÉTIQUES

I. Commentaires synthétiques par type de prise en charge

Soins de courte durée

Les choix architecturaux, l'organisation et les pratiques des professionnels facilitent l'accès, y compris pour les personnes souffrant de handicaps, et garantissent le respect de l'intimité, de la dignité, des droits du patient et de la confidentialité. Le dossier de soin est opérationnel et approprié par les différents professionnels. La coordination entre les différents professionnels et entre les secteurs, tant internes à l'établissement qu'externes, permet la continuité des soins délivrés au patient, notamment entre le bloc opératoire et les secteurs d'hospitalisation. L'évaluation de la douleur avec des outils adaptés aux types de patients et aux pathologies prises en charge dans l'établissement est généralisée ; la prise en charge de la douleur est effective et s'accompagne d'une démarche d'évaluation et d'amélioration continue, sous l'impulsion du CLUD. Il n'existe pas de permanence médicale sur le site en dehors des heures et jours ouvrables mais des astreintes : cela nécessite d'assurer une évaluation et une formation régulière du personnel pour les gestes d'urgence vitale qui ne sont pas en place. L'établissement ne développe pas de politique d'information ou d'éducation de santé publique dans les domaines concernés par ses spécialités (tabac, alcool, diabète), ni de formation aux soins palliatifs (qui sont rares). La sortie du patient est organisée et les informations nécessaires à la continuité des soins sont disponibles en temps utile.

II. Appréciation globale sur la dynamique qualité

Ébauchée de longue date, impulsée depuis la première visite d'accréditation, la dynamique qualité a toujours été présente dans la clinique. La petitesse de l'établissement, la connaissance de chacun du travail de l'autre et l'implication constatée par les experts-visiteurs tout au long de la visite démontrent une dynamique présente, active qui se manifeste à toutes les étapes de la prise en charge du patient. Un souci constant d'améliorer la prise en charge, les conditions de séjours et de travail des professionnels sont partagées par le corps médical libéral et par la direction de l'établissement.

La participation a été très active et implicative aussi bien dans l'élaboration des orientations stratégiques (base du projet d'établissement 2006-2010) que dans l'auto-évaluation pour la visite de certification. Des référents ont été nommés dans plusieurs domaines, relais de l'information auprès des professionnels.

Le développement des audits, enquêtes de satisfaction auprès des patients afin d'améliorer la prise en charge est un souci constant de chacun.

L'évaluation des pratiques professionnelles a été appropriée aussi bien par le corps médical que par les soignants (une EPP soignante a été présentée). L'évaluation est en phase de développement, d'exploitation, d'information et de diffusion.

III. 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**.

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

- Renforcer les règles d'utilisation des antibiotiques (16 d).
- Assurer et évaluer une formation régulière du personnel aux gestes d'urgence vitale (33 c).
- Assurer la traçabilité bénéfices-risques de façon systématique (29 d).

INDEX

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

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

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

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