

**RAPPORT DE CERTIFICATION
DU CENTRE HOSPITALIER
GEORGES-CLAUDINON**

**Rue Paul-Langevin
BP 59
42501 LE CHAMBON-FEUGEROLLES**

MAI 2007

S O M M A I R E

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	p.	5	Chapitre IV – Évaluations et dynamiques d'amélioration	p.	74
PARTIE 1			A Pratiques professionnelles	p.	77
DÉMARCHE QUALITÉ ET ACCRÉDITATION	p.	7	B Ressources humaines	p.	82
I Historique et organisation de la démarche qualité	p.	9	C Fonctions hôtelières et logistiques	p.	83
II Suivi des décisions de la première procédure d'accréditation	p.	10	D Système d'information	p.	84
III Association des usagers à la procédure d'accréditation	p.	12	E Qualité et gestion des risques	p.	85
IV Interface avec les tutelles en matière de sécurité	p.	12	F Orientations stratégiques	p.	88
PARTIE 2			PARTIE 3		
CONSTATATIONS PAR CHAPITRE	p.	13	COMMENTAIRES SYNTHÉTIQUES	p.	89
Chapitre I – Politique et qualité du management	p.	15	I Commentaires synthétiques par type de prise en charge	p.	91
Chapitre II – Ressources transversales	p.	25	II Appréciation globale sur la dynamique qualité	p.	92
A Ressources humaines	p.	27	III Liste des actions exemplaires	p.	93
B Fonctions hôtelières et logistiques	p.	29	PARTIE 4		
C Organisation de la qualité et de la gestion des risques	p.	32	DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	p.	95
D Qualité et sécurité de l'environnement	p.	37			
E Système d'information	p.	43	INDEX	p.	98
Chapitre III – Prise en charge du patient	p.	47			
A Orientations stratégiques et management des secteurs d'activité	p.	49			
B Parcours du patient	p.	51			

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Date de la visite de certification : du 5 au 8 décembre 2006

Nom de l'établissement	Centre hospitalier Georges-Claudinon	
Situation géographique	Ville : Chambon-Feugerolles Département : Loire	Région : Rhône-Alpes
Statut (<i>privé-public</i>)	Établissement public de santé	
Type de l'établissement (<i>CHU, CH, CHS, HL, PSPH, Ets privé à but lucratif</i>)	Centre hospitalier	
Nombre de lits et places (<i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i>)	309 lits : 97 lits SSR, et hors champ certification : 174 lits EHPAD intra-muros et 38 lits EHPAD extra-muros	
Nombre de sites (<i>de l'ES et leur éloignement s'il y a lieu</i>)	Monosite	
Activités principales (<i>par exemple ; existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i>)	SSR	
Activités spécifiques (<i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i>)		
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité		
Coopération avec d'autres établissements (<i>GCS, SIH, conventions...</i>)		
Origine géographique des patients (<i>attractivité</i>)	Chambon-Feugerolles : 24 %, Saint-Étienne : 41 %, La Ricamerie : 10 %, environs : 10 %	
Transformations récentes (<i>réalisées ou projetées, ou projets de restructuration</i>)	Signature d'une convention tripartite, au 1 ^{er} janvier 2006 : transformation 164 lits de long séjour en EHPAD intra-muros (total 174 lits), maison de retraite en EPAHD Arc-en-Ciel (38 lits autorisés)	

PARTIE 1
LA DÉMARCHE QUALITÉ ET L'ACCRÉDITATION

I Historique et organisation de la démarche qualité

La politique qualité faisait partie des orientations stratégiques de l'établissement, lors de la première visite d'accréditation, en décembre 2001. Le projet d'établissement 2001-2005 couvrait l'ensemble des secteurs de soins. Une démarche qualité a été initiée dès 1999, à l'aide d'un cabinet conseil, en vue de la première accréditation. Un comité de pilotage a supervisé la démarche et le suivi de l'avancement du programme qualité. Un référent qualité assurait la coordination, l'encadrement la diffusion, l'application des protocoles et procédures. La gestion documentaire reposait sur une forme qualité définie, sous la responsabilité de la référente qualité. En 2003, l'emploi-jeune référente qualité a quitté l'établissement.

La direction de l'établissement a changé depuis quelques années. La concrétisation du projet d'établissement a permis la spécialisation des quatre unités de SSR, intégrées dans les filières de soins.

Une nouvelle responsable qualité a été nommée en septembre 2006. Elle exerçait au secrétariat de la direction.

La direction a officialisé l'entrée dans la démarche d'amélioration de la qualité, lors d'une séance plénière avec le personnel, fin novembre 2006.

Le comité de pilotage, pluriprofessionnel, a été constitué afin de coordonner la démarche de certification Version 2, avec la constitution des groupes de travail et le suivi de l'auto-évaluation.

Le programme qualité et de gestion des risques n'est pas élaboré. Un document de travail élaboré en début décembre 2006, regroupe les actions d'améliorations, listées de la première visite d'accréditation en 2001. Leurs mises en œuvre sont prévues à partir du début 2007.

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
Recommandation	S'assurer que les règles de prescriptions médicales sont respectées (DPA 4)	En cours	Le circuit du médicament a fait l'objet de nombreuses actions d'amélioration. Il a été défini et validé en COMED. Sa formalisation est en cours de finalisation	En cours	Un audit, portant sur 97 critères, a été réalisé de mi-juin à mi-juillet 2006. Les résultats de l'analyse de l'audit feront l'objet d'une communication lors de la CME de décembre 2006. Des actions d'amélioration seront discutées
Recommandation	Réorganiser le circuit du linge en blanchisserie et dans les services de soins (GFL 4)	En cours	Le circuit du linge a été amélioré (mise en place de chariots, et sacs de tri...). De plus, la lingerie fait l'objet d'un projet de réorganisation (aseptique) qui devrait se concrétiser en 2007. Par la même occasion, un audit circuit du linge sera réalisé.	En cours	Concrétisation du projet de modernisation en 2007
Recommandation	Déclarer à la CNIL les logiciels de gestions des données nominatives	Oui	L'ensemble des logiciels de gestions des données nominatives a été déclaré à la CNIL.	Oui	Depuis la première accréditation, les logiciels de gestion des données nominatives sont déclarés au fur et à mesure de leur acquisition.
Recommandation	Mettre en œuvre et renforcer les programmes de prévention des risques, de maîtrise du risque infectieux	En cours	Le conseil exécutif doit travailler à la définition du programme de gestion des risques. Le CLIN est actif. L'hémovigilance est opérationnelle. Le document unique est en phase	N'a pas débuté	Le programme de la qualité et de la gestion des risques n'est pas encore formalisé

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
	et des vigilances		d'achèvement. La fiche de signalement des événements indésirables sera mise en place dans la foulée. La matériovigilance doit être organisée		

III Association des usagers à la procédure d'accréditation

Les deux représentants des usagers ont été conviés et ont participé aux groupes de travail ciblant les références 2, 26, 31, 51, lors de l'auto-évaluation. Ils ont été présents aux rencontres avec les experts-visiteurs lors de la visite de certification : groupes d'auto-évaluation, rencontre avec les représentants des usagers, rencontre de la CRUQPC.

IV Interface avec les tutelles en matière de sécurité

Dans le cadre de la procédure d'interface entre la Haute Autorité de santé et les services déconcentrés du ministère chargé de la santé, le directeur régional des affaires sanitaires et sociales informe l'HAS, en date du 5 décembre 2006, que la fiche de déclaration rédigée par l'établissement n'a pas fait l'objet de modifications par les services de la DRASS Rhône-Alpes en ce qui concerne la sécurité sanitaire.

PARTIE 2
LES CONSTATATIONS PAR CHAPITRE

CHAPITRE I
POLITIQUE ET QUALITÉ DU MANAGEMENT

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

Réf. 2	L'établissement accorde une place primordiale au patient et à son entourage		Cotations
2 a	Le respect des droits et l'information du patient sont inscrits dans les priorités de l'établissement.	L'établissement intègre le respect des droits et de l'information du patient dans la mise en œuvre de ses orientations stratégiques et dans son organisation. La sensibilisation des professionnels est assurée.	A
2 b	L'expression du patient et de son entourage est favorisée.	L'établissement a mis en place des réunions pluridisciplinaires pour les familles des patients. Les représentants des usagers sont présents au sein des instances de l'établissement. Le livret d'accueil remis aux personnes au bureau des entrées est ancien. Il n'existe pas de modalités formalisées de remise du livret d'accueil. Le recueil des suggestions n'est pas organisé, seules les plaintes sont recueillies.	B
2 c	Une réflexion éthique autour de la prise en charge du patient est conduite.	Des réflexions sur des questions d'éthique sont organisées dans certains services mais la réflexion globale n'est pas organisée. Il n'existe pas de sollicitation d'avis auprès d'espaces ou comité d'éthique formalisée. L'établissement devra coordonner la réflexion sur les sujets d'éthique.	C
2 d	La politique hôtelière prend en compte les attentes des patients.	Une enquête de satisfaction a été réalisée en 2006. Les attentes des patients sur le plan hôtelier sont recueillies et prises en compte. La politique hôtelière adaptée aux activités de l'établissement n'est pas formalisée.	B
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.	L'évaluation des conditions de travail n'est pas définie dans le temps. Le plan d'amélioration des conditions de travail n'est pas formalisé. La planification du suivi et de l'évaluation des actions entreprises n'est pas organisée.	C
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.	Il n'existe pas de schéma directeur du système d'information. Cependant, l'établissement a mis en œuvre un système d'information, non formalisé, en adéquation avec ses orientations stratégiques définies en matière de ressources humaines, de gestion financière et médicotarifaire, d'organisation de la prise en charge du patient, de confidentialité des données médicales.	C
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 processus à optimiser ne sont pas identifiés. Les professionnels sont consultés sur certains projets du SI : au niveau des ressources humaines et pour le futur dossier du patient. Les utilisateurs sont associés en fonction des projets.	C
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.	Il n'existe pas de méthodes de conduite de projet. L'avis des utilisateurs est pris en compte dans certains projets du système d'information : ressources humaines...	C
4 d	Les professionnels concernés reçoivent un accompagnement et une formation pour traiter et utiliser les données.	Les personnels utilisateurs des services administratifs ont été formés lors de l'acquisition de logiciels. Cet accompagnement personnalisé permettant un traitement et une utilisation efficace des données sera étendu à l'ensemble des personnels.	B
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, mais n'est pas formalisée. 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.	B

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.	Des réunions du personnel, de direction, de l'encadrement sont organisées et sont les supports principaux de la communication institutionnelle. Néanmoins, la politique de communication interne n'est pas clairement définie. L'établissement devra définir et mettre en œuvre sa politique interne de communication.	C
5 b	Les orientations stratégiques, leur mise en œuvre et leurs résultats sont connus de l'ensemble des professionnels de l'établissement.	Des modalités de diffusion dans les services existent. Les responsabilités en matière de communication ne sont pas formellement identifiées. L'organisation de la communication n'est pas en place dans l'établissement. L'établissement devra s'assurer que les professionnels connaissent les orientations stratégiques et leurs résultats.	C
5 c	La direction et les responsables développent une politique de communication à destination du public et des correspondants externes.	Un dispositif, sans être formellement défini, existe afin que le public et les correspondants externes aient accès aux orientations stratégiques et à la vie de l'établissement.	B

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.	Le projet d'établissement 2001-2005 définissait des priorités et des objectifs d'amélioration sur le thème du patient et de sa prise en charge. La nouvelle politique qualité est en cours de formalisation au niveau de la direction. La responsable qualité est nommée depuis septembre 2006. Fin novembre 2006, la directrice officialise l'engagement dans la démarche qualité lors d'une réunion plénière. Les objectifs sont de « protéger les personnes, garantir la sécurité des activités ». La communication aux professionnels fera l'objet d'une prochaine étape.	C
6 b	La politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques intègre l'évaluation des pratiques professionnelles	L'ancien projet d'établissement ne comportait pas la dimension de l'EPP. L'établissement propose de l'intégrer dans le prochain projet d'établissement. La communication est réalisée au niveau des groupes d'auto-évaluation traitant les EPP. Quelques actions d'information et de sensibilisation sur la certification ont été réalisées, au sein de l'établissement par la référente qualité, depuis septembre 2006.	C
6 c	Les responsabilités concernant la gestion de la qualité et des risques sont identifiées.	Depuis quelques semaines, un temps de secrétariat de direction est consacré à formaliser et animer la politique qualité sur la version 2 de certification HAS. Les responsabilités restent à formaliser. L'organigramme fonctionnel de la qualité est en cours d'ébauche. Il figurera dans le prochain livret d'accueil.	C

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.	L'établissement a mis en place des éléments d'organisation qui lui permettent de connaître en partie ses coûts par activité. Les objectifs sont transmis aux responsables d'activité. Les responsabilités sont définies. Cependant, les responsables des différents secteurs n'ont pas à leur disposition de tableaux de bord.	B
7 b	La réalisation et le financement des investissements sont planifiés de façon pluriannuelle.	Dans un contexte de retour à l'équilibre, l'établissement a réalisé pour l'année 2007, un plan prévisionnel d'investissement. Un plan pluriannuel devrait être élaboré. Le suivi des investissements est assuré par des responsables identifiés de l'établissement.	B
7 c	Une politique d'optimisation des équipements est mise en œuvre.	Les modalités d'utilisation des équipements permettent leur optimisation. La mutualisation des équipements en interne et en externe n'est pas organisée.	B

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 mais non formalisée. Les différents acteurs sont identifiés. Les modalités de recrutement sont formalisées intégrant l'adéquation des compétences aux conditions d'exercice.	B
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 ne fait pas l'objet d'une évaluation, des réajustements ne sont pas programmés.	B
9 c	La formation continue, y compris médicale, contribue à l'actualisation et à l'amélioration des compétences des personnels.	Il existe un plan de formation y compris médicale qui permet de répondre aux orientations stratégiques de l'établissement de santé et des secteurs d'activité, aux besoins individuels, notamment en termes de promotion, et qui associe dans son élaboration les différents acteurs institutionnels. Sa mise en œuvre est maîtrisée mais n'est pas évaluée.	B
9 d	L'évaluation des personnels est mise en œuvre.	L'évaluation des personnels est mise en place et ses résultats sont utilisés dans le cadre de la politique de gestion des ressources humaines. Il n'existe pas de modalités d'évaluation des personnels médicaux.	B
9 e	La gestion administrative des personnels assure la qualité et la confidentialité des informations individuelles.	Des modalités de gestion sont définies, diffusées, appropriées et appliquées par l'ensemble des gestionnaires du personnel. Elles garantissent les principes de disponibilité, d'intégrité, et de sécurité des dossiers du personnel. La confidentialité au niveau des locaux administratifs est garantie ; cependant des données médicales figurent dans certains dossiers administratifs.	B

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. Il n'existe pas de questionnaires de sortie.	B
10 b	Les conditions d'hébergement des personnes handicapées ou dépendantes sont adaptées.	Les locaux et l'organisation des soins sont adaptés aux besoins des patients handicapés ou dépendants. Les professionnels sont formés et sensibilisés à la spécificité de cette prise en charge.	A
10 c	La prestation restauration répond aux besoins nutritionnels spécifiques, et prend en compte les préférences et les convictions du patient.	Les préférences et les convictions des malades, recueillies lors de l'admission, sont prises en compte. Cependant, l'évaluation de la qualité nutritionnelle des repas distribués n'est pas organisée. Les professionnels de santé ne sont pas coordonnés entre eux. La durée du temps de mise à disposition de la diététicienne sur l'établissement ne facilite pas cette coordination. L'établissement devra définir les modalités d'évaluation de la qualité nutritionnelle des repas et favoriser la coordination des différents professionnels.	C
10 d	Des solutions d'hébergement et de restauration sont proposées aux accompagnants.	Des possibilités d'hébergement et de restauration sont offertes aux accompagnants. Celles-ci sont connues des professionnels, des patients et de leur entourage.	A

Réf. 11	Les fonctions logistiques, assurées par l'établissement ou externalisées, sont organisées pour assurer la maîtrise de la qualité et de la sécurité des prestations		Cotations
11 a	La qualité et l'hygiène de la restauration sont assurées.	Une évaluation externe permet de vérifier l'existence d'un système d'assurance qualité de la restauration. À défaut, le système d'assurance qualité comporte l'existence d'une démarche HACCP, de protocoles et d'audits. La distribution est organisée mais non formalisée. 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.	Il n'existe pas de programme qualité. Le traitement du linge est contrôlé uniquement visuellement. Le tri du linge et le circuit du linge sont formalisés depuis la première visite d'accréditation. L'établissement s'est doté de deux nouvelles machines. Cependant, la circulation est imparfaitement réalisée (armoires linge propre non fermées). Des contrôles sur la qualité bactériologique du linge après traitement ne sont pas effectués. Un audit sur le circuit du linge sera réalisé lors de la concrétisation d'un projet de modernisation de la lingerie.	C
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.	Des règles d'évaluation des besoins ne sont pas définies ni mises en œuvre selon un calendrier établi. Les responsables sont identifiés mais les procédures de commande, de relance et de gestion des stocks ne sont pas formalisées. La satisfaction des utilisateurs n'est pas évaluée.	C
12 b	Les personnels utilisateurs sont associés aux procédures d'achat.	Les modalités de participation des utilisateurs, bien qu'associés notamment par le biais d'essais, dans les achats ne sont pas définies formellement.	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 mais non formalisés.	B

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

Réf 13	Un système de management de la qualité est en place.		Cotations
13 a	L'écoute des patients est organisée.	Le questionnaire de sortie, ancien n'est plus exploité. Une enquête de satisfaction, réalisée en juin 2006, auprès des patients de SSR, explore les thèmes de l'accueil, l'environnement, les repas, l'organisation des soins, la communication, l'information, la sortie. L'état des lieux est réalisé. Le registre des plaintes est en place. La CRUQPC est en place et vient d'organiser la première réunion. Certains professionnels ont bénéficié de formation type DU douleur ou soins palliatifs. Une action d'amélioration proposée est la mise en place du CLAN.	B
13 b	Le programme d'amélioration continue de la qualité comporte des objectifs précis, mesurables dans le temps.	La politique qualité est en cours de formalisation. Un tableau d'actions d'amélioration est élaboré en date du 2 décembre 2006, sur la base des propositions d'amélioration formalisées lors de la première accréditation en 2001, avec des dates de mises en œuvre à partir de début 2007. Les indicateurs de suivi ne sont pas encore définis. Une séance d'information et d'engagement officiel a eu lieu fin novembre 2006.	C
13 c	Le programme d'amélioration continue de la qualité prend en compte les résultats issus de différentes formes d'évaluation internes et externes.	Les objectifs et le programme qualité ne sont pas formalisés. Certaines actions d'amélioration sont réalisées. Une enquête de satisfaction des usagers est en cours d'exploitation. Les fiches de sécurité sont réalisées, avec une dernière mise à jour, transmise au cours de la visite des experts.	C
13 d	La formation des professionnels à la qualité est assurée.	L'établissement a analysé les besoins de formation. Une formation à la qualité est programmée pour deux responsables de l'équipe de direction, dans le plan de formation 2007. L'évaluation sera réalisée dans un second temps. L'établissement prévoit d'inscrire des formations qualité pour les personnels sur les prochains plans de formation.	C

Réf 13	Un système de management de la qualité est en place.		Cotations
13 e	Le déploiement de la démarche et des actions qualité dans les secteurs d'activité est organisé.	La responsable qualité est la référente méthodologique pour l'ensemble de l'établissement. Certains secteurs ont développé des actions d'amélioration : CLIN, CLUD, la pharmacie, la sécurité incendie chacun dans son domaine de compétence.	C
13 f	La gestion documentaire est organisée.	Suite à la première visite d'accréditation, une procédure des procédures a été élaborée, un classeur, regroupant les différents protocoles de l'établissement mis en place dans l'ensemble des secteurs d'activité. Cependant, la mise à jour n'est pas suivie, l'accessibilité est difficile, considérant le nombre de protocoles rassemblés, issus des différents secteurs d'activité. La nouvelle référente qualité a commencé une réactualisation du classement de la mise à jour. Un groupe de travail réfléchit sur les améliorations à apporter.	C
13 g	Le suivi du programme d'amélioration de la qualité est assuré.	Le comité de pilotage, réactivé en 2006, n'a pas encore formalisé un programme d'amélioration de la qualité. Un récapitulatif des actions d'amélioration a été élaboré début décembre 2006, sur les bases de la première visite d'accréditation, avec des dates de mises en œuvre à partir de 2007, pour la majorité des actions.	C

Réf 14	La gestion des risques est organisée et coordonnée.		Cotations
14 a	Les informations relatives aux risques sont rassemblées et organisées.	L'organisation repose sur la désignation d'un responsable par domaine de risque, chacun assurant sa gestion documentaire. Cette dernière n'est pas répertoriée de façon centralisée. Le document unique formalisé récemment est en attente de validation. Dans ce cadre, une fiche de déclaration d'événement indésirable, pour le personnel est élaborée. Elle doit être testée avant validation. Au niveau de l'établissement, la fiche de déclaration des événements indésirables, pour tout type de risque, n'est pas encore élaborée.	C
14 b	Des dispositions sont en place pour identifier et analyser <i>a priori</i> les risques.	La mise en place d'un groupe de travail sera proposée lors de la prochaine réunion de la CSIRMT. La médecine du travail et le CHSCT ont identifié un certain nombre de postes présentant des risques professionnels, lors de l'élaboration du document unique.	C
14 c	Des dispositions sont en place pour identifier et analyser <i>a posteriori</i> les risques.	L'étape actuelle de la démarche consiste en l'élaboration de la fiche de déclaration des événements indésirables. Les responsabilités sont déterminées en fonction des domaines de compétence.	C
14 d	Les résultats issus des analyses de risque permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter.	Le document unique vient d'être finalisé. Il présente, par secteur d'activité, une grille des risques, en précisant la fréquence, la gravité, en définissant des niveaux : fort, moyen, faible. Le document est en cours de validation par les instances. Il n'existe pas d'autre analyse de risque au niveau institutionnel.	C
14 e	La gestion d'une éventuelle crise est organisée.	Une organisation est en place pour faire face à une situation de crise : cellule de crise, circuits d'alerte, formation des professionnels, scénarios de crise, exercices de crises, modalités de communication. Elle est connue des professionnels.	A

Réf 14	La gestion des risques est organisée et coordonnée.		Cotations
14 f	L'organisation des plans d'urgence pour faire face aux risques exceptionnels est en place.	L'établissement est organisé pour faire face aux risques exceptionnels. Les plans d'urgence sont formalisés et actualisés ; les professionnels connaissent les modalités de mise en œuvre. Il n'y a pas d'exercice de simulation. 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.	Les événements indésirables sont traités au cas par cas. L'hémovigilance est opérationnelle. La pharmacovigilance est en place. Les procédures restent à élaborer. La matériovigilance, mise en œuvre précédemment ne fonctionne plus. La cosmétovigilance, avec la formation d'esthéticienne d'une aide-soignante, est en cours de structuration. Les professionnels sont à sensibiliser. L'évaluation n'est pas en place.	C
15 b	La traçabilité des produits de santé est assurée.	L'établissement a défini les modalités de traçabilité des produits de santé et les mets en œuvre. Les responsabilités sont définies. Ces modalités sont connues des professionnels concernés. L'établissement s'assure de la faisabilité et de l'exhaustivité du système.	A
15 c	Une organisation permettant de répondre à une alerte sanitaire concernant les produits de santé est en place.	L'établissement a mis en place une organisation lui permettant de répondre à une alerte sanitaire concernant les produits de santé : au niveau de la pharmacie et de la direction, par l'intermédiaire d'un fax, seulement sur les horaires d'ouverture de la journée. Il n'y a pas de garde sur place. Les responsabilités sont définies et les professionnels concernés sont formés.	B
15 d	La coordination des vigilances entre elles et avec le programme global de gestion des risques est assurée.	L'établissement n'a pas encore mis en place une organisation permettant la coordination des vigilances entre elles et des vigilances avec la gestion des risques. Le projet récent est de constituer une cellule des vigilances, intégrant la qualité.	D
15 e	Une coordination est assurée entre l'établissement et les structures régionales et nationales de vigilances.	La diffusion des informations provenant des structures nationales et régionales est réalisée par fax. Le retour d'information est très variable en fonction du domaine de vigilance. Le correspondant de l'infectiovigilance de l'établissement participe aux activités à l'échelon régional, surtout au niveau du CCLIN. La responsable de l'hémovigilance participe à des réunions interétablissements. La matériovigilance n'est plus active.	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 à risque, dans ce type d'établissement, est réalisée au cas par cas. Le suivi bactériologique est en place. Un protocole d'isolement est élaboré, avec un plan de surveillance. Le service accueillant les immunodéprimés a pris en compte les risques d'infection nosocomiale dans la prise en charge des soins.	B
16 b	Une formation de l'ensemble des professionnels à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux spécifique à la prise en charge est assurée.	Des formations en hygiène, ciblées sur des thèmes (SHA, port de gants), ont été réalisées auprès des professionnels de l'établissement. Des référents par services ont été mis en place, ayant pour mission de sensibiliser les nouveaux arrivants et les stagiaires. Elle est portée par le CLIN et l'équipe opérationnelle d'hygiène. Le volume et le contenu de formation ne sont pas évalués.	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 concernant l'usage des antibiotiques, sont discutées en COMEDIS. La prescription est nominative et suivie par la pharmacie. Le suivi annuel des consommations est assuré par service. Les variations de consommation sont analysées. Les antibiogrammes sont réalisés par un laboratoire extérieur. Les règles de pratiques d'antibioprophylaxie ne sont pas formalisées.	B
16 e	Un programme de prévention et de prise en charge des infections touchant les professionnels, y compris les professionnels temporaires et les étudiants, est établi en concertation avec la médecine du travail.	Le risque infectieux des professionnels est pris en compte. Une démarche structurée de prévention des AES est en place. Les mesures de prévention sont diffusées à tous les professionnels. La fiche de déclaration des événements indésirables, pour les professionnels, vient d'être élaborée et n'est pas encore validée.	B

Réf 16	Un programme de surveillance et de prévention du risque infectieux, adapté au patient et aux activités à risque, est en place.		Cotations
16 f	Le signalement des infections nosocomiales est organisé et opérationnel.	<p>Une infection nosocomiale fait l'objet d'un signalement.</p> <p>Le dispositif de signalement des infections nosocomiales n'est pas organisé. Le nouveau président du CLIN a ciblé ce dysfonctionnement, dans la transmission des informations concernant les patients, notamment lors d'un transfert d'un autre établissement. Les professionnels sont sensibilisés.</p> <p>L'établissement devra formaliser la procédure de signalement des infections nosocomiales.</p>	C
16 g	Un dispositif permettant l'alerte, l'identification, la gestion d'un phénomène épidémique est en place.	<p>Pour certains risques, des protocoles d'identification, d'alerte, de gestion du signalement sont élaborés : légionelle, gale... Des mesures préventives permettent d'éviter la survenue ou la récurrence d'un tel phénomène, rare dans cet établissement.</p> <p>Les modalités de communication auprès des professionnels restent à développer.</p>	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 infirmiers réalisent la prédésinfection des dispositifs médicaux à usage multiple, dans les salles de soins, dans des bacs spécifiques dédiés à cet usage. Les professionnels connaissent le protocole. Ce dernier n'est pas formalisé.	B
17 b	En stérilisation, la maîtrise de la qualité est assurée.	L'établissement ne dispose pas de stérilisation.	NA
17 c	La maintenance préventive et curative des dispositifs médicaux est assurée.	L'organisation de la maintenance curative des dispositifs médicaux est en place. Au niveau de la maintenance préventive, elle est réalisée dans la mesure du possible. L'établissement ne dispose pas de référent biomédical. Cette organisation est connue des professionnels. Les dysfonctionnements sont signalés, transmis aux fabricants, dans le cadre des contrats de maintenance.	B

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 organisation permettant d'assurer l'hygiène des locaux : équipe centrale d'hygiène, protocoles d'utilisation des produits d'entretien, définition des zones d'entretien, avec les services de soins. Les personnels concernés sont attachés à cette mission, et sont formés par les plus anciens. Des évaluations visuelles sont réalisées par le responsable de l'équipe. Les résultats et réajustements ne sont pas tracés.	B
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 professionnels, la mise en place 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 ne dispose pas de secteur d'activité à atmosphère contrôlée. Les VMC sont contrôlées, sur la base des contrats d'entretien.	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 informés, les contenants sont adaptés et les couleurs de références connues. Les dysfonctionnements sont connus, comme les locaux de stockage des déchets non adaptés, déjà repérés lors de la première visite d'accréditation.	C
18 e	Le CLIN et l'équipe opérationnelle d'hygiène sont associés à tout projet pouvant avoir des conséquences en termes de risque infectieux.	Les dernières réfections de locaux, de réhabilitation de pièce, sont maintenant soumises à l'avis du CLIN, pour en apprécier les risques infectieux. L'avis des acteurs, intégrant celui de l'EOH est demandé. Le CLIN souhaiterait être associé, dans l'avenir, au niveau du plan directeur. L'établissement devra solliciter l'avis du CLIN dans les projets architecturaux.	C

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 complètent le dispositif de prévention. Les dispositions vis-à-vis du risque incendie lié au tabagisme ne sont pas formalisées.	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.	Les besoins des professionnels en termes de contenu et d'accès documentaire, ne sont pas définis. La gestion documentaire reste à structurer. Cependant les professionnels ont à leur disposition des informations spécifiques pour la réalisation de leur activité, sous forme de classeurs de protocoles, non remis à jour. L'établissement devra structurer sa gestion documentaire.	C
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.	Seul le domaine de l'information médicale issue du PMSI bénéficie d'un contrôle qualité des données. Une vérification des données PMSI est effectuée régulièrement par le responsable du DIM. Un rapport d'activité est élaboré de façon semestrielle. L'établissement devra généraliser le contrôle qualité de ses données.	C

Réf. 22	Une identification fiable et unique est assurée		Cotations
22 a	Une politique d'identification du patient est définie.	L'établissement n'a pas défini une politique d'identification du patient. Cependant, des modalités et une gestion de la base du patient existent. Les risques concernant cette base d'information sont pris en compte (doublons...). Les documents et dispositifs nominatifs sont définis et les responsables sont identifiés.	B
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. Leur diffusion et leur mise en œuvre impliquant personnels administratifs et soignants ne sont cependant pas organisées de façon formelle.	B
22 c	Lorsque l'établissement échange des données personnelles de santé avec une autre structure sanitaire, il veille à mettre en concordance les identités que les deux structures utilisent (rapprochement).	Il existe des modalités de mise en concordance des identités lors des échanges de données entre l'établissement et d'autres structures sanitaires. Cependant, leur mise en œuvre ne fait pas l'objet d'un suivi et d'une évaluation.	B

Réf. 23	La sécurité du système d'information est assurée		Cotations
23 a	Une politique de sécurité est mise en œuvre pour assurer l'intégrité, la disponibilité, la confidentialité des données et l'auditabilité du système d'information.	La politique de sécurité du système d'information n'est pas définie formellement en l'absence de schéma directeur du système d'information. Cependant, l'établissement réalise des actions permettant l'intégrité, la disponibilité, la confidentialité des données du système d'information.	B
23 b	La sécurité du système d'information est évaluée lors d'un diagnostic initial puis à périodicité définie.	L'évaluation initiale et périodique de la sécurité du système d'information n'est pas réalisée. Les dysfonctionnements sont traités au cas par cas. L'établissement devra développer la sécurité de son système d'informations.	C
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 sont réalisées. L'information du patient sur son droit d'accès et rectification figure dans l'ancien livret d'accueil qui n'est distribué qu'au bureau des admissions.	B

Réf 24	Le dossier du patient obéit à des règles de gestion définies pour l'ensemble des secteurs d'activité.		Cotations
24 a	Les règles de tenue du dossier de patient sont connues des différents intervenants.	Des règles définissant le contenu et la tenue du dossier du patient sont connues des professionnels mais ne sont pas formalisées. Le guide de l'ANAES est à leur disposition. L'établissement s'assure du respect de ces règles.	B
24 b	Les règles de communication du dossier du patient sont connues des professionnels concernés.	Les règles de communication du dossier ne sont pas formalisées. Les modalités les plus courantes sont connues de professionnels. Les cas particuliers, tutelle, ayant droit, ne sont pas formalisés dans l'établissement. L'évaluation de leur connaissance par les professionnels n'est pas réalisée. L'établissement devra formaliser les règles de communication du dossier du patient et évaluer la connaissance des professionnels.	C
24 c	Les règles de conservation du dossier du patient sont connues des professionnels concernés.	Les règles de conservation du patient sont connues. L'établissement s'assure de leur application. Les secrétaires médicales sont responsables de l'archivage des dossiers. Un protocole permet aux professionnels de connaître les modalités.	B
24 d	Les professionnels connaissent leurs responsabilités dans la préservation de la confidentialité des données personnelles.	Les professionnels connaissent les règles de préservation de la confidentialité des données du dossier. Ce thème est intégré dans le livret d'accueil du personnel. L'information est réalisée lors de l'arrivée des nouveaux arrivants. L'établissement ne s'assure pas de leur application.	B
24 e	L'accès aux dossiers est organisé pour le patient et/ou les personnes habilitées.	L'organisation mise en place assure l'accès aux informations pour le patient et les personnes habilitées. Ces règles ne sont pas formalisées. Elles sont connues des professionnels. Les patients en ont connaissance par l'intermédiaire du livret d'accueil ou en cas de demande.	B

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.	Chaque secteur d'activité n'a pas élaboré formellement un projet de service. Le fonctionnement actuel s'appuie sur les orientations stratégiques définies dans le projet d'établissement 2001/2005.			B		
25 b	Les responsables organisent les activités de leur secteur et identifient les moyens nécessaires à leur réalisation.	L'établissement redéfinit actuellement le champ des délégations de responsabilité des responsables des services et notamment par la mise en place d'un nouvel organigramme dans le cadre du conseil exécutif. Les secteurs d'activité n'ont pas de budget de service, ni de règlement intérieur. Il n'existe pas de tableaux de bord ni de procédures. L'établissement a cependant mis en place des outils lui permettant la définition de certains des moyens nécessaires aux objectifs de ses activités.			B		
25 c	Les responsables organisent la complémentarité avec les autres structures et la participation à des réseaux de santé dans leur domaine.	Les responsables des secteurs d'activité définissent ou participent à la définition des champs de complémentarité et de partenariat potentiel. L'organisation mise en place est formalisée et les modes de fonctionnement permettent d'en assurer le suivi.			A		
25 d	Les responsables des secteurs d'activité décident, dans le cadre de leurs attributions, des actions à mettre en œuvre dans leur secteur.	Les responsables des secteurs d'activité définissent leur processus décisionnel dans le cadre de leurs attributions.			A		

25 e	Les responsables motivent les personnels de leur secteur d'activité en favorisant leur adhésion et leur implication.	Les responsables s'impliquent dans le développement de la motivation de leur équipe. Des moyens et mécanismes d'intéressement sont mis en œuvre pour favoriser la motivation tant individuelle que collective.			A		
25 f	Les responsables veillent à la bonne utilisation des moyens alloués.	Les responsables s'impliquent dans l'efficacité de leur secteur d'activité et disposent d'outils et de moyens permettant de s'assurer de la bonne utilisation des ressources.			A		
25 g	Les responsables développent des démarches d'évaluation et d'amélioration.	Les indicateurs de suivi et de résultats ne sont pas définis. Des formations ciblées sur la qualité et l'évaluation n'ont pas été organisées. Les processus d'évaluation et les indicateurs de la satisfaction des patients, des correspondants extérieurs et des personnels restent à définir. Des actions ponctuelles sont mises en œuvre dans les unités de SSR. L'établissement devra engager une démarche globale d'évaluation et d'amélioration.			C		

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 aux personnes autorisées. Les locaux de soins restent parfois avec les portes ouvertes.			B		
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 dans la plupart des cas. Les chambres à deux lits ne facilitent pas ce respect dans tous les cas.			B		
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. Les situations de contention sont définies et connues. Elles sont appliquées uniquement sur prescription médicale. Les situations à risque sont connues. Le signalement n'est pas systématique.			B		
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. Le consentement éclairé n'est pas systématiquement recueilli. Les pratiques religieuses et culturelles sont respectées, dans la limite des règles de déontologie.			B		

			Cotations				
26 e	La formation des professionnels à l'écoute et au respect des droits du patient est organisée.	Des stages sont régulièrement proposés où sont abordés ces différents thèmes. Des formations, notamment sur des thèmes ciblés, abordent le respect des droits et de la dignité du patient.			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 d'accueil, la sensibilisation du personnel et les supports d'information font que les patients reçoivent une information claire et adaptée aux conditions de 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 les 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 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.	L'établissement n'accueille pas de détenu.			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.	Il n'y a pas d'accueil de patient en urgence.			NA		
28 b	Selon le degré d'urgence, une prise en charge, une réorientation ou un transfert est organisé dans un délai compatible avec les impératifs de sécurité.	Il n'y a pas d'accueil de patient en urgence.			NA		
28 c	Le recours à un avis spécialisé est organisé selon les besoins.	Il n'y a pas d'accueil de patient en urgence.			NA		
28 d	La disponibilité des lits d'hospitalisation est régulièrement évaluée et analysée au sein de l'établissement.	Il n'y a pas d'accueil de patient en urgence.			NA		

Réf. 29	L'évaluation initiale de l'état de santé du patient (résident – USLD) donne lieu à un projet thérapeutique personnalisé, ajusté tout au long de sa prise en charge (son séjour – USLD)		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
29 a	Le patient (résident – USLD) et, s'il y a lieu, son entourage sont partie prenante dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique.	Une organisation impliquant le patient ainsi que son entourage, dans l'élaboration et le suivi de son projet thérapeutique est mise en œuvre dans chaque secteur d'activité. La trace du point de vue du patient et de son entourage s'il y a lieu est, dans la plupart des cas, retrouvée dans le dossier du patient.			B		
29 b	Les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures sont accessibles 24 heures/24.	Une organisation assure l'accès 24 heures/24 à l'ensemble des données antérieures.			A		
29 c	Le projet thérapeutique prend en compte l'ensemble des besoins du patient (résident – USLD) et organise la coordination entre les professionnels des différents secteurs d'activité.	Les besoins des patients sont identifiés. Ils sont pris en compte de façon coordonnée par les professionnels des différents secteurs d'activité.			A		
29 d	La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient (résident – USLD).	La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique. Sa trace écrite est retrouvée dans quelques cas au sein du dossier.			C		
29 e	Lorsqu'une restriction de liberté de circulation est envisagée dans l'intérêt du patient (résident – USLD), celle-ci fait l'objet d'une réflexion en équipe et d'une prescription écrite réévaluée à périodicité définie, et d'une information au patient (résident – USLD) et à son entourage.	Les situations de restriction de liberté de circulation sont identifiées et font l'objet d'une réflexion de l'équipe de soins, tracée dans le dossier du patient et d'une prescription écrite réévaluée à périodicité définie.			A		

Réf. 29	L'évaluation initiale de l'état de santé du patient (résident – USLD) donne lieu à un projet thérapeutique personnalisé, ajusté tout au long de sa prise en charge (son séjour – USLD)		Cotations				
29 f	Le projet thérapeutique fait l'objet d'ajustements en fonction d'évaluations régulières de l'état de santé du patient (résident – USLD).	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. Une évaluation prenant en compte la situation clinique permet de mettre en œuvre des mesures préventives ainsi qu'une prise en charge dans la plupart des cas.			B		
	<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 par certaines addictions (éthylisme et tabagisme) sont identifiés. Suivant la situation clinique, une prise en charge peut être proposée dans une structure externe à l'établissement. L'établissement devra développer sa prise en charge sur l'ensemble des différentes addictions.			C		
30 c	La maladie thromboembolique fait l'objet d'une prévention dans les situations à risque.	Les patients concernés sont identifiés. Une évaluation prenant en compte la situation clinique permet de mettre en œuvre des mesures préventives ainsi qu'une prise en charge dans la plupart des cas.			B		
30 d	Les chutes des patients font l'objet d'une prévention.	Les patients concernés sont identifiés. Une évaluation prenant en compte la situation clinique permet de mettre en œuvre des mesures préventives ainsi qu'une prise en charge dans la plupart des cas.			B		

Réf. 30	Des situations nécessitant une prise en charge adaptée sont identifiées		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
30 e	Le risque suicidaire est pris en compte.	Les patients concernés sont identifiés. Il n'existe pas de sensibilisation des professionnels de l'établissement sur cette thématique. Une évaluation prenant en compte la situation clinique permet de mettre en œuvre des mesures préventives ainsi qu'une prise en charge le cas échéant.			B		
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		
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 (résident – USLD) est informé de son état de santé et est partie prenante de sa prise en charge		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
31 a	Le patient reçoit une information coordonnée par les professionnels sur les soins et son état de santé tout au long de sa prise en charge.	La coordination des professionnels permet au patient de recevoir une information cohérente sur ses soins et son état de santé, tout au long de sa prise en charge.			A		
	USLD – Le résident 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 (résident – 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 (résident – 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 (résident – USLD) ou de son représentant légal est requis pour toute pratique le concernant.	Le patient ou son représentant légal est informé sur les actes de prévention, d'exploration et de soins. Le consentement du patient ou de son représentant légal est recueilli. Sa traçabilité dans le dossier est aléatoire. L'établissement devra assurer la traçabilité du recueil du consentement éclairé du patient ou de son représentant légal.			C		

Réf. 31	Le patient (résident – <i>USLD</i>) est informé de son état de santé et est partie prenante de sa prise en charge		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
31 e	Un consentement éclairé (résident – <i>USLD</i>) du patient est formalisé dans les situations particulières.	Le patient ou son représentant légal est informé sur les actes de prévention, d'exploration et de soins. Les situations particulières nécessitant un consentement formalisé ne sont pas connues des professionnels.			C		
31 f	Le patient (résident – <i>USLD</i>) est informé de la survenue d'un événement indésirable lors de sa prise en charge.	Le patient est informé de la survenue d'un événement indésirable lors de sa prise en charge. Les modalités de cette information ne sont pas formalisées. La trace de cette information dans le dossier n'est pas systématique.			C		

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.	Un CLUD, des outils et des méthodes de prise en charge sont en place. Les recommandations de bonnes pratiques sont prises en compte. Cependant les protocoles ne sont pas encore élaborés.			B		
32 b	Le patient (résident – 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. L'évaluation de son efficacité n'a pas été conduite.			B		
32 d	La disponibilité des traitements prescrits est assurée en permanence.	La coordination entre la pharmacie et les secteurs d'activité et les règles internes aux secteurs d'activité permettent une dispensation et un approvisionnement en permanence des traitements antalgiques.			A		

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.	Le personnel est formé aux gestes d'urgence. Bien qu'étant dans une seule et même salle de soins, l'ensemble du matériel d'urgence nécessaire n'est pas physiquement rassemblé en un point unique. La maintenance de ce matériel n'est pas assurée. L'établissement ne dispose pas de défibrillateur. Le dispositif en place n'a pas été évalué.			C		

Réf. 34	La traçabilité des actes et la transmission, en temps opportun, des informations reposent sur une organisation adaptée du dossier du patient (résidant – USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
34 a	L'information contenue dans le dossier du patient (résidant – USLD) est actualisée tout au long de sa prise en charge et également après sa sortie.	Les éléments diagnostiques et thérapeutiques sont tracés dans le dossier du patient. Selon un audit conduit par l'établissement en juillet 2006, les informations retraçant l'évolution clinique sont insuffisantes. Le dossier est complété après la sortie du patient, le cas échéant.			B		
34 b	L'information contenue dans le dossier du patient (résidant – USLD) est accessible aux professionnels en charge du patient (résidant – USLD), en temps utile.	Une organisation de la tenue 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 (résidant – USLD) et/ou à son entourage est enregistrée dans le dossier du patient (résidant – USLD).	Le refus de soins est systématiquement tracé. La trace de l'information délivrée au patient et/ou à son entourage n'est pas systématique.			B		

Réf. 35	Le fonctionnement des secteurs médicotechniques à visée diagnostique fait l'objet d'une concertation avec les secteurs d'activité (avec les USLD – USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
35 a	La prescription d'examens complémentaires est justifiée par l'état du patient (résidant – USLD) et mentionne les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande.	Chaque examen complémentaire s'appuie sur une évaluation de l'état du patient, 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 définies et respectées dans la majorité des cas.			B		

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 est organisé, par étape, interfaces incluses. Le recueil des événements indésirables évitables est en place. L'évaluation du circuit n'a pas été conduite.			B		
36 b	L'utilisation des médicaments suit les recommandations de bonne pratique en termes de pertinence de l'indication, de respect des contre-indications, et de connaissance des interactions et effets secondaires.	Les professionnels suivent les recommandations de bonne pratique de prescription des médicaments permettant d'assurer une bonne utilisation des médicaments. Les événements indésirables sont recueillis, analysés et exploités.			A		
36 c	L'administration du médicament au patient (résidant – USLD) est conforme à la prescription et fait l'objet d'une traçabilité.	La conformité de l'administration du médicament à la prescription est assurée par les professionnels habilités. Sa traçabilité est réalisée.			A		
36 d	Les informations sur les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont à la disposition des utilisateurs.	Les responsables de la pharmacie mettent à la disposition des professionnels les informations validées et actualisées sur les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux. Les patients reçoivent dans la plupart des cas une information adaptée à leur état de santé.			B		
36 e	Les demandes urgentes de médicaments peuvent être satisfaites à tout moment.	Il existe une organisation concertée et connue de tous les professionnels pour satisfaire à tout moment les demandes urgentes de médicaments.			A		
	USLD – Les demandes urgentes de médicaments, formulées par les USLD, peuvent être satisfaites à tout moment.						

Réf. 37	Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle fait l'objet d'une organisation formalisée, élaborée par les professionnels concernés, validée par les instances de l'établissement et connue de tous		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
37 a	Les activités interventionnelles, traditionnelles et ambulatoires, sont planifiées et organisées en concertation avec les professionnels des secteurs d'activité clinique et en intégrant la prise en charge des éventuelles activités d'urgence.			NA			
37 b	Afin d'assurer la continuité de la prise en charge pré-, per- et postinterventionnelle du patient, les différents professionnels concernés assurent, à chaque étape, une transmission précise, orale et écrite, des informations.			NA			
37 c	Les événements indésirables graves spécifiques aux secteurs interventionnels font l'objet d'un suivi régulier, d'une analyse et d'actions correctives et préventives.			NA			
37 d	Les compétences professionnelles au sein des secteurs d'activité interventionnelle sont régulièrement évaluées.			NA			

Réf. 38	Le don d'organe ou de tissus à visée thérapeutique est organisé		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
38 a	La participation de l'établissement aux activités ou à un réseau de prélèvements d'organes et de tissus est définie.			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 n'est pas organisée. L'établissement devra organiser une information du public sur le don d'organe.			C		
38 c	Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes ou de tissus.	Certains professionnels soignants ont été sensibilisés aux enjeux concernant les dons d'organes ou de tissus. L'établissement devra développer l'information sur le don d'organe auprès des professionnels.			C		
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.	L'implication du patient et de son entourage est recherchée dans la plupart des cas dans ses activités de rééducation et/ou de soutien.			B		
39 b	La prise en charge du patient associe les professionnels des secteurs d'activité clinique et de rééducation et de soutien ; l'information réciproque et la collaboration sont effectives.	L'information réciproque et la coordination des professionnels sont organisées en vue d'une collaboration effective dans la prise en charge du patient. La traçabilité dans le dossier, non systématique, est perfectible.			B		
	USLD – La prise en charge pluriprofessionnelle du résidant associe les professionnels des USLD et ceux de la rééducation et du soutien psychologique.						
39 c	La prise en charge du patient (résidant – USLD) est évaluée régulièrement par l'équipe pluriprofessionnelle et rajustée si besoin.	L'évaluation régulière des résultats des activités de rééducation et/ou de soutien conduit l'équipe pluridisciplinaire à rajuster la prise en charge si besoin.			A		

Réf. 40	L'éducation du patient (résidant – <i>USLD</i>) sur son état de santé, son traitement et les questions de santé publique susceptibles de le concerner est assurée		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
40 a	Un programme d'éducation thérapeutique adapté à son état est mis en place en veillant à la compréhension du patient (résidant – <i>USLD</i>).	Des démarches au sein des différents secteurs d'activité permettent de faire bénéficier au 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. Cependant l'établissement n'a ni formalisé ces actions d'éducatrices ni mis en place une organisation structurée. L'établissement devra structurer un programme d'éducation thérapeutique adapté à l'état de santé du patient.			C		
40 b	L'entourage du patient est associé aux actions d'éducation, le cas échéant.	Des situations requérant l'association de l'entourage aux actions d'éducation thérapeutique du patient sont identifiées mais les modalités de cette participation ne sont pas définies.			B		
	<i>USLD</i> – L'entourage et/ou sa famille sont associés aussi souvent que possible à ces actions d'éducation thérapeutique.						
40 c	Une éducation aux questions de santé publique est délivrée au patient (résidant – <i>USLD</i>) selon le cas.	Des thèmes d'éducation pour la santé (tabac, obésité, alcool, risque cardiovasculaire) ont été identifiés. Cette éducation est délivrée par les professionnels de l'établissement durant le séjour. Des supports, élaborés par les laboratoires, sont disponibles. Cependant l'établissement n'a pas défini de politique globale concernant l'éducation aux questions de santé publique.			B		

Réf. 41	La continuité des soins après la sortie est planifiée et coordonnée avec le patient (résident – USLD) et son entourage ainsi qu'avec les professionnels intervenant en aval		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
41 a	Le patient, l'entourage et le médecin traitant sont associés à la planification de la sortie.	La sortie est planifiée le plus tôt possible avec le patient, son entourage et le médecin traitant en tenant compte de ses besoins.			A		
	USLD – Le résident, l'entourage et le médecin traitant qu'il désigne, le cas échéant, sont associés à la planification de la sortie.				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 résident 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 (résident – USLD) dans des délais compatibles avec la continuité de la prise en charge.	Les secteurs d'activité informent et associent en temps utile les professionnels d'aval afin de permettre la continuité de la prise en charge.			A		
41 d	La continuité de la prise en charge est assurée lors du transfert entre établissements.	Les conditions du transfert du patient entre établissements sont adaptées à sa situation. Les professionnels organisent les retours d'information nécessaires pour s'assurer de la continuité de sa prise en charge.			A		

Réf. 42	Les soins palliatifs font l'objet d'une réflexion pluriprofessionnelle en relation avec le médecin traitant et l'entourage – (USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
42 a	La volonté du patient (résidant – USLD) est prise en compte.	La volonté du patient est recueillie et prise en compte.			A		
42 b	La prise en charge des besoins spécifiques du patient (résidant – USLD) en fin de vie et de son entourage est assurée.	Les besoins spécifiques des patients en fin de vie sont identifiés et pris en charge.			A		
42 c	La formation des professionnels est organisée.	La formation des professionnels prodiguant des soins palliatifs est assurée.			A		
42 d	Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.	Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels prodiguant des soins palliatifs sont identifiés ; leur prise en compte se traduit par des modalités institutionnelles d'accompagnement psychologique des professionnels concernés.			A		

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

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>Le choix du thème porte sur la pertinence de la durée de séjour d'un patient polyopathologique après fracture sur chute de l'extrémité supérieure du fémur, traitée par prothèse totale de hanche ou ostéosynthèse. Le choix est argumenté par la fréquence de ce motif d'hospitalisation de patients dans l'établissement.</p> <p>Le soutien institutionnel du projet est effectif, avec la présentation en commission médicale d'établissement et au comité de pilotage qualité.</p> <p>Le groupe de travail, pluridisciplinaire, a utilisé une méthode d'étude rétrospective de trente-deux dossiers de patients traités sur 2005, si la durée moyenne de séjour (DMS) était supérieure à trente jours. À cette occasion, une grille d'évaluation a été élaborée.</p> <p>L'analyse a porté sur des critères médicaux ou sociaux, voire les deux. Cette analyse a abouti à des constats sur les difficultés rencontrées : sur les admissions en aval et sur le moyen d'intervention sur la DMS.</p> <p>Quelques actions d'amélioration ont été énoncées, une a été mise en œuvre fin 2006 La plupart seront mises en place à partir de 2007.</p> <p>Le suivi du projet et les objectifs de progression ne sont pas formalisés.</p> <p>La communication avec les autres établissements n'est pas organisée. Elle est réalisée de façon informelle dans le cadre du parcours de soins des patients.</p>	B
44 b	La pertinence des actes à risque est évaluée.	<p>Le choix du thème s'est porté sur la pertinence et la qualité de la prescription du sondage urinaire. Le choix est argumenté par la fréquence de l'acte de sondage, et des conséquences infectieuses et traumatiques.</p> <p>Le soutien institutionnel du projet est effectif, avec la présentation en commission médicale d'établissement et au comité de pilotage qualité.</p> <p>Le groupe de travail, pluridisciplinaire, a utilisé une méthode d'analyse par audit clinique sur trente dossiers sur l'année 2005. Plusieurs critères ont été étudiés (motif de prescription, traçabilité de la motivation de cette prescription, exhaustivité de la</p>	C

Réf 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
		<p>prescription...).</p> <p>Les résultats de l'analyse ont conduit le groupe de travail, dans une remise en cause des pratiques actuelles, à proposer deux actions d'amélioration : élaboration d'une grille de prescription du sondage vésical, demande de matériel adapté (procédure d'achat). La mise en place est prévue pour 2007.</p> <p>Le suivi du projet et les objectifs de progression ne sont pas définis.</p> <p>La communication avec les autres établissements n'est pas organisée.</p> <p>L'établissement devra poursuivre les actions d'évaluation des pratiques relatives à la pertinence des actes à risque.</p>	
44 c	La pertinence des prescriptions médicamenteuses est évaluée.	<p>Le thème choisi est La pertinence des prescriptions d'AVK oraux dans les services de SSR. Le choix est argumenté par le nombre croissant d'indications même chez les sujets âgés.</p> <p>Le soutien institutionnel du projet est effectif, avec la présentation en commission médicale d'établissement et au comité de pilotage qualité.</p> <p>Le groupe de travail, pluridisciplinaire, a établi une grille de critères sur la base des recommandations de l'AFSSAPS. Une méthode d'audit ciblé a été utilisée, sur trente dossiers, prospectifs et rétrospectifs de patients traités sur 2005.</p> <p>L'analyse est en cours de finalisation. Les objectifs sont de promouvoir le bon usage des AVK, formaliser et mettre en place un guide bon usage AVK et fiche de surveillance. Parmi les actions d'amélioration énoncées, une d'entre elles a été mise en œuvre fin 2006. Les autres seront mises en place à partir de 2007.</p> <p>La communication avec les autres établissements n'est pas organisée. Elle est effectuée en interne dans un premier temps.</p>	B

Réf 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
44 d	La pertinence des examens de laboratoire et des examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle est évaluée.	<p>Le choix du thème s'est porté sur pertinence de la prescription d'INR chez les patients sous AVK, en lien avec le critère précédent. Les objectifs sont de valider la conformité des prescriptions aux données de la littérature, et de réduire l'iatrogénie dans une démarche de santé publique.</p> <p>Le soutien institutionnel du projet est effectif, avec la présentation en commission médicale d'établissement et au comité de pilotage qualité.</p> <p>Le groupe de travail, pluridisciplinaire, a utilisé une méthode d'analyse par audit ciblé sur trente dossiers sur l'année 2005 (mêmes dossiers que pour le critère 44c).</p> <p>Les résultats de l'analyse ont permis au groupe de travail, de mesurer les écarts de pratique pour chaque prescripteur.</p> <p>Les actions d'amélioration proposées sont identiques à celles énoncées aux critères 44c (formaliser et mettre en place un guide bon usage AVK et fiche de surveillance)</p> <p>Le plan d'action est à finaliser. La mise en place des actions d'amélioration est prévue pour 2007.</p> <p>L'objectif est d'améliorer et harmoniser les pratiques de prescription des examens de contrôle dans le suivi du traitement du patient.</p> <p>La communication avec les autres établissements n'est pas organisée.</p> <p>L'établissement devra poursuivre les actions d'évaluation des pratiques relatives à la pertinence de la prescription des examens de laboratoire.</p>	C

Réf. 45	Les professionnels évaluent le risque lié aux soins		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
45 a	Les professionnels identifient les actes, les processus et les pratiques à risque et évaluent leurs conditions de sécurité.	<p>Le processus à risque identifié est le sondage urinaire. Le choix du processus est argumenté.</p> <p>La méthode d'analyse (AMDEC) est précisée. Au vu des résultats de cette analyse, des actions d'amélioration sont proposées notamment information des professionnels, élaboration d'un aide-mémoire, achats de matériels... Certaines sont réalisées, d'autres sont en cours.</p> <p>Des audits de pratiques sont prévus dont un est programmé en collaboration avec le CLIN. Le suivi n'est pas planifié.</p>			B		
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 de prévenir le risque de survenue de complications mécaniques, infectieuses, thromboemboliques ou autres survenues en SSR après chirurgie de la hanche pour chute. La méthode de revue de morbidité-mortalité a été choisie.</p> <p>Les résultats obtenus n'ont pas permis de conclure ni de dégager d'action d'amélioration. Le groupe de travail a perçu qu'il ne pouvait aboutir puisque son analyse ne portait pas de façon directe sur l'événement indésirable.</p> <p>L'établissement devra développer l'analyse des événements indésirables et mettre en œuvre les actions de préventions et d'amélioration correspondantes.</p>			C		

Réf. 46	La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
46 a	Les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés.	<p>L'établissement a fait le choix d'évaluer la prise en charge de la douleur en soins palliatifs. Ce choix a été justifié en termes de fréquence, de priorité stratégique, de santé publique et de marge d'amélioration possible.</p> <p>Le projet a été conduit par un groupe de travail pluridisciplinaire. Une analyse de faisabilité en termes de moyens a été conduite, les recommandations de bonne pratique répertoriées et prises en compte.</p> <p>Les objectifs et la méthodologie appliquée sont explicités.</p> <p>Les résultats recueillis ont permis d'identifier des actions d'amélioration dont certaines sont réalisées.</p> <p>Des indicateurs de suivi sont fixés mais le plan de suivi n'est pas établi. L'établissement n'a pas fait part d'élément de comparaison.</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.	La réflexion sur les indicateurs utiles et les objectifs poursuivis est à l'état d'ébauche mais non encore formalisée. Les indicateurs ne sont pas tous définis et leur suivi n'est pas organisé. L'établissement devra poursuivre la formalisation de ses mesures de suivi.	C
47 b	La satisfaction des professionnels de l'établissement est évaluée et prise en compte.	L'établissement a réalisé un bilan social. Des audits sociaux ou des enquêtes de satisfaction des personnels ne sont pas encore organisés. L'établissement devra organiser le recueil de la satisfaction des personnels.	C

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.	L'analyse à périodicité définie de la satisfaction des responsables des secteurs d'activité n'est pas organisée par l'établissement pour l'ensemble des prestations logistiques. L'établissement devra généraliser l'évaluation de la satisfaction des utilisateurs pour l'ensemble des fonctions logistiques.	C
48 b	L'analyse des prestations logistiques donne lieu à des actions d'amélioration.	La fonction « linge » a été évaluée et des réajustements ont eu lieu. Les autres prestations logistiques n'ont pas fait l'objet d'évaluations, les critères n'ont pas été définis. L'établissement devra généraliser l'analyse des prestations logistiques.	C

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.	Le recueil formalisé des dysfonctionnements sur les différents champs du système d'information n'est pas organisé. L'établissement devra structurer l'évaluation de son système d'information.	C
49 b	La satisfaction des utilisateurs est évaluée et prise en compte.	L'établissement n'a pas défini une méthodologie de recueil de la satisfaction des utilisateurs. Le recueil de la satisfaction n'est pas mis en œuvre. L'établissement devra évaluer la satisfaction des utilisateurs.	C
49 c	La gestion du dossier du patient est évaluée.	Un audit « qualité du remplissage » concernant le dossier du patient a été réalisé par le responsable du DIM de l'établissement. Un plan d'actions d'amélioration a été élaboré.	B

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 n'a pas encore élaboré de programme avec la définition et le suivi d'objectifs qualité depuis la visite d'accréditation en décembre 2001. Il ne peut suivre l'atteinte des objectifs, ni prendre les mesures correctives appropriées en cas d'écart entre la prévision et la réalisation.	D
50 b	L'efficacité de la gestion des risques et des vigilances est évaluée.	La fiche de déclaration des événements indésirables n'est pas élaborée. Il n'existe pas d'analyse globale au niveau institutionnel, ni de définition de priorité dans les actions d'amélioration. L'établissement n'a pas défini les critères lui permettant d'évaluer l'efficacité de sa gestion des risques.	D
50 c	La maîtrise de la documentation est évaluée.	Les modalités de gestion documentaire ne sont pas définies, organisées, harmonisées, dans l'établissement. Elles ne sont pas évaluées.	D

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.	Une enquête annuelle sur la satisfaction des patients a été relancée. Suite à l'analyse, des actions d'améliorations ont été proposées. Le programme d'amélioration de la qualité n'est pas élaboré.	B
51 b	Les délais d'attente sont analysés et des actions d'amélioration sont entreprises.	Les patients n'attendent pas lors de leur admission, puisqu'elle est programmée. Cependant, il n'existe pas de dispositif de recueil régulier et d'analyse des délais d'attente, quelle que soit la situation. L'établissement devra développer l'analyse des délais d'attente, dans le processus de prise en charge du patient.	C
51 c	Les réclamations et les plaintes des patients sont suivies d'actions d'amélioration.	La gestion des plaintes et réclamations est réalisée par la direction et une réponse individuelle est systématique. Ce dispositif n'est pas formalisé et n'est pas dans un programme d'amélioration de la qualité.	B
51 d	Les résultats de ces évaluations font l'objet d'échanges avec les représentants des usagers de l'établissement.	Les représentants d'usagers sont consultés par l'établissement, lors des instances, dans les groupes de travail... Les différents résultats sont présentés en CRUQPC.	B

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 des relations régulières avec ses correspondants externes, il n'a cependant pas réalisé de recensement des actions favorisant l'implication de ceux-ci. L'évaluation de ces actions n'est pas réalisée. L'établissement devra évaluer les actions qu'il met en œuvre en direction de ses correspondants externes.	C
52 b	La satisfaction des correspondants est évaluée et prise en compte.	Il n'existe pas de dispositif de recueil de la satisfaction des correspondants. L'établissement bénéficie de retour informel sur la qualité de prise en charge, lors de transfert de patient. L'établissement devra organiser les moyens lui permettant d'évaluer la satisfaction de ses correspondants externes.	C

F – ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Réf. 53	La mise en œuvre des orientations stratégiques de l'établissement est évaluée et analysée		Cotation
53 a	Le suivi est réalisé et les évaluations sont utilisées pour réajuster si nécessaire les objectifs.	Les indicateurs et les tableaux de bord ne sont pas généralisés. Des rapports d'activité existent, tel le rapport de gestion utilisé comme outil de suivi des objectifs définis l'année précédente. Le contrat d'objectifs et de moyens est au stade de document de travail qui sera présenté aux instances de janvier 2007. L'établissement devra généraliser le suivi de la mise en œuvre de ses orientations stratégiques.	C
53 b	La direction et les instances disposent d'éléments permettant les comparaisons avec des établissements similaires.	L'établissement se compare à un autre établissement de la région à activité similaire dans le cas des données PMSI. Des indicateurs standardisés pour permettre la comparaison avec d'autres établissements n'ont pas été élaborés. Il n'existe pas de procédures d'analyse, d'interprétation et de réajustement des écarts. L'établissement devra organiser ses moyens de comparaison à d'autres établissements.	C
53 c	Les résultats font l'objet d'une communication interne.	La communication interne n'est pas organisée systématiquement. Certaines cibles ont été définies et sont destinataires d'éléments de résultats sur la mise en œuvre des orientations stratégiques.	B

PARTIE 3
COMMENTAIRES SYNTHÉTIQUES

I. Commentaires synthétiques par type de prise en charge

Soins de suite et de réadaptation

L'établissement présente plusieurs types de prise en charge en SSR. Il assume des pathologies lourdes. L'accueil est assuré et approprié au respect des droits du patient. Même si les locaux sont adaptés aux éventuels handicaps, leur configuration et le nombre de chambres doubles ne facilitent pas, malgré l'attention des personnels soignants, le respect de l'intimité et de la dignité du patient de façon optimale tout au long de sa prise en charge. Le projet thérapeutique tenant compte des besoins du patient est construit avec lui quand son état le permet. Sinon ce travail est effectué avec les proches. La confidentialité des informations relatives au patient est organisée. La notion bénéfice-risque est prise en compte mais sa traçabilité reste perfectible. La contention fait l'objet d'une réflexion en équipe, d'une prescription écrite et de réévaluation. Les situations nécessitant des prises en charge spécifiques sont identifiées dans la plupart des cas. La douleur est évaluée et prise en charge. Lorsque la situation le permet, le patient, à défaut ses proches, est informé de son état de santé et des actes le concernant mais la traçabilité de cette information est à parfaire. Le consentement éclairé est recherché mais l'établissement n'a pas identifié les situations particulières requérant ce consentement. La continuité des soins entre les différents intervenants du service est opérationnelle. La coordination entre les secteurs médicotéchniques et les activités de rééducation et de soutien est organisée et permet une réévaluation régulière de la prise en charge. Le dossier du patient regroupe l'ensemble des informations actualisées tout au long du séjour. Le circuit du médicament et des dispositifs médicaux stériles est organisé. Les actions d'information et d'éducation thérapeutique nécessitent une structuration en termes de programme. La prise en charge des soins palliatifs est en place. La continuité des soins après la sortie est planifiée et coordonnée avec le patient et son entourage ainsi qu'avec les professionnels intervenant en aval. La prise en charge de la personne décédée est organisée, le cas échéant, en prenant en compte la volonté du patient et fait l'objet d'un accompagnement psychologique de son entourage ainsi que des professionnels qui en expriment le besoin.

II. Appréciation globale sur la dynamique qualité

La communication sur l'engagement de l'établissement dans la démarche qualité a été réalisée auprès du personnel, en séance plénière, fin novembre 2006. Le futur projet d'établissement, qui sera élaboré en 2007, intégrera l'évaluation des pratiques professionnelles. Les objectifs de la démarche qualité et de la gestion des risques seront définis au niveau de la direction, puis présentés aux instances. Les modalités de leur hiérarchisation ne sont pas finalisées.

Les responsabilités concernant la qualité sont identifiées : une référente qualité est en place depuis septembre 2006. La précédente référente a quitté l'établissement en 2003. L'établissement a marqué une pose dans sa démarche d'amélioration continue de la qualité.

Les correspondants des vigilances (hémovigilance, pharmacovigilance, infectiovigilance) sont identifiés. La matériovigilance est à réactiver.

La gestion des risques n'est pas organisée. La fiche de déclaration des événements indésirables n'est pas encore élaborée.

Le programme de la qualité et de gestion des risques n'est pas élaboré. Il existe un document de travail, élaboré en début décembre 2006, regroupant les actions d'améliorations, listées par l'établissement et les experts-visiteurs lors de la première visite d'accréditation en 2001. Les dates de début de mise en œuvre sont en majorité prévues à partir du début 2007.

L'écoute des patients repose sur une enquête annuelle, relancée par l'établissement. Suite à l'analyse, des actions d'amélioration sont proposées. Le calendrier de leur réalisation n'est pas finalisé.

La communication interne s'appuie sur les notes de service et les notes d'information diffusées avec les bulletins de salaire. Le journal interne a été une expérience peu concluante et donc interrompu.

Des actions qualité sont développées dans les secteurs, soit à l'initiative des équipes médico-soignantes, soit sous l'impulsion du CLIN, du CLUD, ou de la pharmacovigilance.

La gestion documentaire n'est pas centralisée. Elle s'appuie sur d'anciens classeurs de protocoles, dans les différents secteurs d'activité. Ces derniers n'ont pas bénéficié de suivi et de mise à jour. La nouvelle référente qualité va proposer une nouvelle procédure interne.

La gestion éventuelle d'un plan d'urgence, afin de faire face à un risque exceptionnel est formalisée et réactualisée.

III. Liste des actions exemplaires

Aucune action exemplaire n'a été retenue.

PARTIE 4
DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Certification avec suivi

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

- Définir une politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques intégrée aux orientations stratégiques (06 a, b, c) ;
- Organiser et coordonner la gestion des risques (14 a, b, c, d) ;
- Organiser la prise en charge des urgences vitales (33 c).

Un rapport de suivi sera produit sur les sujets concernés dans un délai **de 11 mois** à l'issue de la date d'envoi du présent rapport.

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

- Organiser l'évaluation des conditions de travail (03 c) ;
- Poursuivre la mise sous assurance qualité de la fonction blanchisserie (11 b) ;
- Mettre en place un système de management de la qualité (13 b, c, d, e, f, g) ;
- Mettre en place la coordination des vigilances entre elles et avec le programme global de gestion des risques (15 d) ;
- Généraliser la traçabilité de la réflexion bénéfices-risques (29 d) ;
- Formaliser la recherche du consentement éclairé dans les situations particulières et la traçabilité de l'information donnée au patient lors de la survenue d'un événement indésirable dans sa prise en charge (31 f, d) ;
- Mettre en place une évaluation du programme d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques (50 c).

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