

**RAPPORT DE CERTIFICATION DE
L'HÔPITAL BEAUJON**

**100, boulevard du Général-Leclerc
92110 CLICHY**

Novembre 2006

S O M M A I R E

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	p.	5	Chapitre IV – Évaluations et dynamiques d'amélioration	p.	76
PARTIE 1			A Pratiques professionnelles	p.	77
DÉMARCHE QUALITÉ ET ACCRÉDITATION	p.	9	B Ressources humaines	p.	84
I Historique et organisation de la démarche qualité	p.	10	C Fonctions hôtelières et logistiques	p.	85
II Suivi des décisions de la première procédure d'accréditation	p.	11	D Système d'information	p.	86
III Association des usagers à la procédure d'accréditation	p.	21	E Qualité et gestion des risques	p.	87
IV Interface avec les tutelles en matière de sécurité	p.	22	F Orientations stratégiques	p.	90
PARTIE 2			PARTIE 3		
CONSTATATIONS PAR CHAPITRE	p.	23	COMMENTAIRES SYNTHÉTIQUES	p.	91
Chapitre I – Politique et qualité du management	p.	24	I Commentaires synthétiques par type de prise en charge	p.	92
Chapitre II – Ressources transversales	p.	33	II Appréciation globale sur la dynamique qualité	p.	94
A Ressources humaines	p.	34	III Liste des actions exemplaires	p.	95
B Fonctions hôtelières et logistiques	p.	36	PARTIE 4		
C Organisation de la qualité et de la gestion des risques	p.	39	DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	p.	96
D Qualité et sécurité de l'environnement	p.	42			
E Système d'information	p.	48	INDEX	p.	98
Chapitre III – Prise en charge du patient	p.	52			
A Orientations stratégiques et management des secteurs d'activité	p.	53			
B Parcours du patient	p.	56			

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Nom de l'établissement	Hôpital Beaujon	
Situation géographique	Ville : Clichy Département : 92	Région : Île-de-France
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>)	CHU	
Nombre de lits et places (<i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i>)	Nombre total de lits et places autorisés : 571 : - médecine : 223 lits, 27 places ; - chirurgie : 245 lits, 2 places ; - obstétrique : 52 ; - psychiatrie générale : 12 lits.	
Nombre de sites (<i>de l'ES et leur éloignement s'il y a lieu</i>)		
Activités principales (<i>par exemple ; existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i>)	L'hôpital s'organise autour de cinq pôles cliniques et médicotechniques : - un pôle urgences-proximité ; - un pôle médecine ; - un pôle des maladies de l'appareil digestif ; - un pôle tête-cou-rachis ; - un pôle médicotechnique	
Activités spécifiques (<i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i>)	Activité SMUR Accueil et traitement des urgences Réanimation et soins intensifs spécialisés surveillance continue L'hôpital Beaujon est l'un des quatre centres pour la prise en charge des polytraumatisés Transplantation et greffes d'organes Neurochirurgie et neuroradiologie interventionnelles Utilisation de radioéléments en source non scellée	
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité		

<p>Coopération avec d'autres établissements (GCS, SIH, conventions...)</p>	<p>L'hôpital Beaujon, intégré au bassin de santé 92.3, mais aussi établissement de l'APHP, développe un partenariat, tant avec les hôpitaux de l'APHP environnants (réorganisation de l'offre de soins Bichat-Beaujon-Lariboisière, coopération avec Charles-Richet), qu'avec les autres acteurs de santé du secteur, institutionnels (structures d'aval) ou libéraux dans le cadre de réseaux. Le groupement hospitalo-universitaire (GHU) Nord est en réorganisation d'activité ce qui bénéficie au CHU Beaujon et lui insuffle une dynamique de changement : accueil de nouvelles spécialités et départ d'autres en contrepartie.</p> <p>Gériatrie</p> <p>Avec la fondation Roguet, l'hôpital Gouin, l'hôpital Charles-Richet et l'hôpital Nord 92, des réunions médicosociales et administratives ont lieu régulièrement, même si des conventions ne formalisent pas encore tous ces partenariats.</p> <p>Filière traumatologique</p> <p>Des liens privilégiés ont été créés avec des établissements de soins de suite environnants (hôpital Nord 92, hôpital Saint-Jean-des-Grésillons). Pas de convention actuellement. Les pathologies de l'appareil digestif. Une convention de réciprocité a été validée avec l'hôpital Gouin.</p> <p>Cancérologie</p> <p>Un partenariat a été développé avec l'hôpital du Perpétuel Secours et le réseau SCOP de cancérologie. Les conventions sont en cours de rédaction. Par ailleurs, l'hôpital adhère au réseau de santé Paris-Nord.</p> <p>Soins palliatifs</p> <p>Un réseau de soins palliatifs a été construit et le dossier d'agrément déposé en décembre 2005.</p> <p>Hépatite C</p> <p>L'hôpital Beaujon est pilier d'un réseau ville-hôpital hépatite C.</p>
---	--

Origine géographique des patients <i>(attractivité)</i>	14.52 % domiciliés à Clichy, 29.51 % domiciliés dans le 92 ; autres, 3.5 % domiciliés à Paris 17 ^e , 11.49 % domiciliés à Paris ; autres, 28.61 % domiciliés en Île-de-France ; autres, 11.61 % domiciliés en France (hors Île-de-France), 0.76 % domiciliés à l'étranger.
Transformations récentes <i>(réalisées ou projetées, ou projets de restructuration)</i>	Les modifications de l'offre de soins, depuis la visite ciblée effectuée en juin 2003, sont les suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - transfert du service d'hématologie clinique à l'hôpital Avicenne en avril 2004 ; - création d'un service interhospitalier Beaujon-Bichat de cancérologie : 10 lits HJ ouverts ; - en septembre 2004, 10 lits d'hospitalisation de semaine à ouvrir en 2006 ; - accueil du service de chirurgie colorectale de l'hôpital Bichat en février 2005 : 30 lits d'hospitalisation complète ; - transfert à l'hôpital Lariboisière, en novembre 2005, de l'activité d'insuffisance cardiaque et de réadaptation fonctionnelle cardiaque ; - création d'une unité de cardiologie, rattachée au service de cardiologie de l'hôpital Bichat, qui dispose de 10 lits depuis janvier 2006 ; - accueil du service de gastroentérologie – assistance nutritive de l'hôpital Lariboisière en janvier 2006 : 22 lits d'hospitalisation complète et 8 lits d'hôpital de jour ; - transfert du service de pneumologie (30 lits) et du service de chirurgie vasculaire et thoracique (29 lits) à l'hôpital Bichat, en janvier 2006 ; - création d'une unité de gériatrie aiguë, rattachée au service de gériatrie de l'hôpital Bichat, qui disposera de 10 lits en novembre 2006. En projet : <ul style="list-style-type: none"> - reconstruction de la maternité approuvée en juillet 2005 ; - programme d'humanisation.

PARTIE 1
LA DÉMARCHE QUALITÉ ET L'ACCRÉDITATION

I Historique et organisation de la démarche qualité

L'hôpital Beaujon a satisfait à la procédure d'accréditation, dans sa première version, en novembre 2003, à l'issue d'une visite ciblée des experts (juin 2003). L'hôpital Beaujon a été un des premiers établissements à se lancer dans la démarche d'accréditation première version et premier établissement de l'APHP à répondre à la procédure d'accréditation.

L'ensemble de la communauté s'était largement investi dans la démarche, créant ainsi une synergie d'établissement.

Suite à la visite ciblée en 2003, le directeur adjoint chargé de la qualité a quitté Beaujon en novembre 2003. Le poste a été repris de mai 2004 à avril 2005, puis à nouveau vacant jusqu'en décembre 2005. Cette discontinuité sur la fonction a entraîné un ralentissement de cette dynamique institutionnelle.

En janvier 2005 s'est mis en place une organisation (comité de pilotage puis groupe de travail thématique) support de l'auto-évaluation V2. Ces travaux associent l'ensemble de la communauté médicale, soignante, administrative et technique. Le personnel, y compris de nuit, a été informé des différents travaux, au cours de réunions de services, staffs, instances, et journée qualité. La direction qualité, à l'arrivée d'un nouveau directeur depuis décembre 2005, a relancé, en s'appuyant sur la démarche de certification, une politique pluriannuelle d'amélioration continue de la qualité.

Les axes de la politique qualité se sont orientés en premier lieu vers la mise en place d'actions correctives visant à répondre aux réserves et recommandations de la première procédure. Des groupes projets se sont mis en place sur les thématiques ciblées, permettant des réalisations concrètes. La démarche de projet d'établissement, longue et complexe, a intégré une volonté de mieux répartir l'offre de soins et de créer des pôles d'expertise au sein du groupement hospitalo-universitaire Nord de l'APHP. Elle a permis de structurer l'activité et les complémentarités entre services cliniques. Cette réorganisation participe à une amélioration de la prise en charge coordonnée du patient. Au sein des services, les équipes professionnelles ont défini des projets visant à structurer et mieux coordonner l'activité pluridisciplinaire. Les démarches d'EPP ont contribué à créer une dynamique d'évaluation des pratiques.

L'établissement a développé des compétences internes en matière d'audits, permettant de mettre en place des projets, dans le domaine de la prise en charge du patient. Ils ont abouti à un effort de protocolisation des pratiques professionnelles, en particulier soignantes.

La démarche d'auto-évaluation relative à la deuxième procédure a été l'occasion de consolider cette démarche : des projets d'amélioration qualité, visant à corriger les zones de fragilité de l'hôpital, sont définis et mis en place. Le comité de qualité, et la direction qualité, suivent l'ensemble de ces projets afin que les échéances définies soient tenues.

L'ensemble des professionnels est informé de cette démarche : information aux instances, journal interne, journées qualité, informations dans les services, affichage, plaquettes d'information.

La cellule qualité est composée de trois personnes : la directrice qualité, une adjointe et un cadre de santé.

Le comité de pilotage comporte deux compositions : une version restreinte (10 personnes) et une composition plénière (une quinzaine de personnes) toutes deux pluridisciplinaires, pluriprofessionnelles, pluricatégorielles.

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	Assurer la continuité de la prise en charge des patients avec la médecine libérale, notamment par l'envoi rapide d'une lettre de sortie.		Chaque service clinique de l'établissement a été sensibilisé à la problématique de l'envoi rapide du compte rendu : courrier individualisé à tous les médecins, points réguliers en CCM, information aux nouveaux internes... La mise en place d'un logiciel de dossier du patient informatisé va améliorer l'ergonomie de la rédaction de courrier à partir des éléments de l'hospitalisation. Enfin, chaque service connaît ses correspondants médicaux, ce qui facilite le lien dans la prise en charge des patients.	Oui	<ul style="list-style-type: none"> -Participation de l'établissement à de nombreux réseaux de soins -coopération avec la médecine de ville et création d'une maison médicale -mise en place d'un dossier ville hôpital en oncologie -participation de la commission d'informatisation du dossier et des correspondants « dossier médical » sur le délai d'envoi des comptes rendus. Les délais restent souvent tardifs
Recommandation	Assurer la formalisation d'une politique hôtelière de qualité en matière de restauration et d'hébergement		L'hôpital Beaujon développe un programme intense de rénovation des services cliniques, lesquels font progressivement l'objet d'un programme d'humanisation (suppression des chambres à 3 lits, développement des chambres à un lit, création de salle de bains pour chaque	Oui	<ul style="list-style-type: none"> -Poursuite du programme d'humanisation de l'établissement -Rénovation du matériel hôtelier lors de travaux de rénovation -Formations et protocoles

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
	permettant de garantir l'intimité et la confidentialité de la prise en charge des patients dans tous les secteurs d'activité.		chambre...) et d'une adaptation des locaux à la spécialisation du service (exemple programme de travaux concernant l'unité de gériatrie aiguë, lequel prend en compte les contraintes de prise en charge des personnes âgées). Concernant la politique hôtelière, l'hôpital Beaujon, comme l'ensemble des hôpitaux de l'APHP, fait l'objet d'un plan d'économies drastiques, qui porte à l'hôpital Beaujon en grande partie sur la prestation de restauration. Pour autant, est mis en place un contrôle qualitatif des plateaux et leur conformité à la commande, au départ de la cuisine, ainsi que des contrôles sur la qualité bactériologique de la production. Les diététiciennes assurent une interface entre le prestataire et les services cliniques.		pour améliorer l'environnement du patient
Recommandation	Renforcer la coordination entre les services cliniques et les services prestataires et assurer le fonctionnement effectif des conseils de blocs opératoires.		Le conseil de bloc a été mis en place dès 2003. Il se réunit toutes les semaines, et un compte rendu est diffusé à tous les chefs de service concernés. Il permet une coordination des différents professionnels, chirurgiens et anesthésistes, mais aussi l'ensemble des métiers paramédicaux, et une planification optimum des salles opératoires et des ressources afférentes à la programmation. Une charte de fonctionnement est en cours de finalisation,	En cours	-Création d'un poste de cadre de santé IBODE, coordonnateur des blocs, et fonctionnement hebdomadaire d'un conseil de bloc. - De l'ensemble des prérogatives d'un conseil de bloc opératoire seule la programmation hebdomadaire est l'objet

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
			laquelle définit la gestion de l'urgence au sein des blocs.		essentiel -charte du bloc opératoire en cours de rédaction.
Recommandation	Assurer la formalisation des projets de service dans les secteurs administratifs ; techniques et généraux.		L'hôpital Beaujon dispose pour chaque direction fonctionnelle d'un projet de service, dont les objectifs ont été définis en cohérence avec le projet d'établissement de l'hôpital Beaujon. Ils font l'objet d'une déclinaison annuelle.	Oui	-Élaboration d'un projet par chaque direction en cohérence avec le projet d'établissement et le projet APHP
Recommandation	Poursuivre la politique de sécurité électrique avec la formalisation de la programmation pluriannuelle de modernisation des installations électriques, la rédaction de procédures pour faire face aux situations d'urgence, l'augmentation de la réactivité de l'établissement aux observations du bureau de contrôle.		Depuis la visite d'accréditation, des mesures ont été prises, tant en termes d'investissement que de fonctionnement. Concernant le premier axe, la mise en conformité électrique des bâtiments est intégrée dans chacune des opérations de modernisation et/ou d'humanisation (en 2005, les blocs opératoires centraux et le 11 ^e étage de l'IGH ; en 2006, le bloc opératoire du 3 ^e étage, le 2 ^e et le 6 ^e étage de l'IGH), et le poste de livraison 20 000 volts (TGBT) a été changé en 2005-2006 (montant de l'opération : 1,086 M€). Ces opérations d'investissement font l'objet d'une programmation pluriannuelle. En termes d'exploitation, un marché de contrôle périodique des installations électriques de l'ensemble des bâtiments de l'hôpital a été passé en 2003 et renouvelé en 2006.	Oui	-Réfection de la centrale en cours : changement de deux groupes électrogènes et du TGBT -2 essais mensuels d'une heure, un essai annuel de 24 heures amélioration de la réactivité aux -observations des bureaux de contrôle : 2 agents dédiés, en particulier pour suivre les contrôles.

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
			Les réserves sont levées en deux temps : au cours de la visite elle-même par l'intervention d'un électricien de l'hôpital qui accompagne le vérificateur, dans le cadre d'une programmation pour toutes celles qui nécessitent l'intervention de prestataires extérieurs. L'ensemble des cadres et du personnel techniques qui participe aux gardes a bénéficié d'une formation d'habilitation électrique. Leur action fait l'objet de protocoles. À ce titre, il existe une programmation annuelle des essais des groupes électrogènes, qui ont lieu 2 fois par mois.		
Recommandation	Assurer une maintenance informatique préventive curative permanente, adaptée et fonctionnelle :		Afin d'assurer une maintenance préventive pour les données des applications installées, une sauvegarde centralisée est assurée par le service informatique ; en ce qui concerne les postes constituant le parc informatique, un antivirus a été installé chacun d'entre eux et la mise à jour est faite également de manière centralisée. En outre, la quasi-totalité des serveurs a une double alimentation électrique dont chacune est reliée à un onduleur. Un stock de poste, d'imprimantes, de pièces détachées permet d'assurer le remplacement des outils défectueux dans un délai rapide.	Oui	Développement de la gestion centralisée sur les serveurs du siège de l'APHP Création d'une « hot line » et développement de l'assistance aux utilisateurs Développement de la formation

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
			Les réparations des postes et surtout des imprimantes sont assurées soit dans le cadre de la garantie du constructeur étendue à 3 ans soit dans le cadre d'une prestation spécifique confiée à une société spécialisée dans ce domaine.		

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	Mettre en place une maîtrise documentaire avec gestion et centralisation des documents :		<p>Suite à la recommandation de L'ANAES, la direction qualité de l'hôpital Beaujon a défini une organisation visant à mettre en place une gestion documentaire informatisée. Dans cette optique, elle a acquis en 2002, un logiciel, lequel permet un enregistrement, dans une base de données, des différents protocoles et documents nécessaires à l'activité des professionnels, base de données consultable par l'intranet de l'hôpital. Cependant, l'organisation définie n'a pas fait ses preuves : décentralisée au niveau de chaque service (cadre de santé ou secrétaire médicale formées à cet effet) pour la mise en ligne, la définition des mots clés associés et la mise à jour, cette organisation a abouti à disposer le réseau d'un ensemble incomplet de documents périmés, non datés, et introuvables par mots clés.</p> <p>Le constat a été fait début 2006 que cette base de données n'était pas utilisée car pas utilisable.</p>	En cours	<p>Actualisation des classeurs thématiques dans les services de soins</p> <p>Création d'une gestion informatisée en 2003</p> <p>Faible utilisation interne</p> <p>projet de réorganisation, avec création d'une banque de données qualité, d'un intranet renouvelé.</p>
		Hôpital Beaujon/Code FINESS 920100039/Novembre 2006 - 16/103 -			

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
			<p>Suite à ce bilan, il a été convenu de mettre à plat la base de données, et de passer d'une gestion décentralisée sans contrôle, à une gestion centralisée, garantissant une cohérence dans les mots clés, une mise à jour et une exhaustivité des documents. Lorsque la base de données documentaire sera opérationnelle (objectif : septembre 2006), un plan de communication et de formation sera mis en place, permettant ainsi que cette base de données devienne un outil de travail ergonomique pour l'ensemble de la communauté.</p>	2	
Réserve levée	Assurer le respect des règles d'élimination et de stockage des déchets de soins dans les unités de soins :		<p>Suite aux réserves de la première visite d'accréditation, une démarche institutionnelle d'amélioration des conditions d'élimination des déchets a été mise en place : rédaction de procédures de tri (une pour les services de soins et blocs opératoires, une pour les services medicotechniques), validation des procédures par le CLIN en 2002, achat de matériels adaptés (supports de poubelles, boîtes à aiguilles), travaux au niveau des ascenseurs dédiés à la filière déchets, formation de 1500 agents. Cette politique déchets s'est ensuite poursuivie par des audits dans les services de soins afin de vérifier l'application des procédures.</p>	Oui	<ul style="list-style-type: none"> -Suppression du compactage dans les services -Élaboration, mise en œuvre d'évaluations régulières de protocoles de tri des déchets, et de collecte. -Matériels adaptés, locaux dédiés, plateforme DASRI -Formation des personnels, dès la mise en place renouvelée en 2005

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
			Les nouveaux arrivants sont systématiquement formés. Devant une augmentation du tonnage de DASRI en 2005, les protocoles de tri ont été actualisés et une nouvelle formation institutionnelle a été organisée. Parallèlement, la construction d'une plateforme dédiée aux DASRI est en cours d'aménagement (fin de l'opération en avril 2006).		
Réserve levée	Mettre en place un système global et coordonné de gestion des risques afin de mettre en place l'identification des événements indésirables, leur analyse et la mise en place d'actions correctrices :		Depuis la visite de L'ANAES, une politique de gestion globale des risques a été mise en place : système de déclaration des événements indésirables par intranet utilisable par tous, mise en place et suivi d'actions correctives, intégration dans la démarche qualité, politique de formation et de sensibilisation des personnels à la gestion des risques et à la déclaration des événements indésirables, comité de pilotage chargé de définir les priorités de l'établissement et de coordonner des intervenants.	En cours	<ul style="list-style-type: none"> - Désignation de référents pour chaque vigilance réglementée et création d'un poste de coordonnateur des risques et vigilances depuis 2001 - Mise en place d'un groupe de suivi des risques et des vigilances - Réalisation d'une cartographie des risques - Acquisition d'un système informatique de déclaration des événements indésirables - Identification de correspondants qualité et gestion des risques au sein des services

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
					- Sensibilisation du personnel
Réserve levée	Assurer l'organisation et la traçabilité du circuit des dispositifs medicostériles dans tous les blocs :		Concernant les dispositifs médicaux stériles, ont été définies, depuis la visite, des procédures de commande, d'approvisionnement (courant, en cas d'urgence) et de livraison dans les services. Par ailleurs, l'activité de stérilisation a été centralisée et placée sous la responsabilité du pharmacien. Des protocoles ont été définis, les pratiques sont évaluées, les personnels ont été formés, et l'activité de stérilisation fait l'objet d'une traçabilité. Financé dans le cadre d'hôpital 2007, le projet de restructuration de la stérilisation vise à regrouper dans un même lieu, agréé et conforme aux règles de bonnes pratiques de stérilisation, l'ensemble des opérations de lavage, stérilisation et reconditionnement de l'instrumentation, seule la décontamination s'effectuant encore dans les services utilisateurs, comme l'exigent les normes en vigueur ; le nouveau service sera opérationnel en 2007.	En cours	- Traçabilité informatique, dès réception au magasin de la PUI par un système de code-barres, pour les dispositifs stockés et non stockés -Les dispositifs médicaux implantables sont tracés jusqu'au malade (compte rendu d'intervention, fiche de suivi). - La décontamination, le lavage, le reconditionnement sont toujours excentrés de la stérilisation centrale et effectués sur les différents sites interventionnels
Réserve	Renforcer, systématiser et coordonner la politique d'hygiène		Un poste de biohygiéniste a été créé, lequel a permis la mise en place de prélèvements systématiques et réguliers (eau, surfaces, air, production alimentaire), en coordination	Oui	-Création d'une équipe opérationnelle d'hygiène comprenant un cadre supérieur de santé et un

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
Transformée en recommandation	avec le comité de lutte contre les infections nosocomiales et en impliquant les sous-traitants : Poursuivre la politique d'hygiène mise en œuvre en continuant de sensibiliser et d'impliquer le personnel		avec le CLIN. De même, la cellule EOH a été étoffée (création d'un ETP non médical, transformation du poste PH temps partiel en PH temps plein en 2006), permettant une prévention, une formation des personnels (médicaux et non médicaux, nouveaux arrivants) et un suivi des actions correctrices. Des audits sont réalisés régulièrement dans les blocs opératoires et les services de soins. Des enquêtes d'incidences, ciblées, sont mises en place dans certains services. Une coordination CLIN- EOH- infectiovigilant-service de microbiologie a été définie pour permettre une surveillance continue et un suivi des patients porteurs de BMR et d'être réactive. Enfin, un cadre soignant est chargé de vérifier la conformité avec le cahier des charges technique, des prestations de nettoyage réalisées par la société prestataire, en particulier dans les lieux ouverts au public. Les cadres soignants disposent par ailleurs de fiches techniques, permettant de vérifier la prestation dans les services de soins. Enfin, un personnel prestataire est chargé d'intervenir en cas d'urgence relative à l'hygiène.		technicien biohygiéniste. - Passage à temps plein d'u médecin hygiéniste au 01 06 2006 (jusque-là à temps partiel). - Réunions mensuelles de référents hygiène, CLIN restreint hebdomadaire, - Coopération entre DIMPI et les cliniciens

III. Association des usagers à la procédure d'accréditation

Les représentants des usagers ont été intégrés aux différents groupes de travail d'auto-évaluation et au comité de pilotage de l'accréditation (plénier), en plus de leur participation à la commission de surveillance et à la commission des relations avec les usagers. Les associations d'anciens patients sont de deux types : suivant les pathologies ou les gestes thérapeutiques dont ils ont bénéficié et les associations sans thématiques particulières.

IV. Interface avec les tutelles en matière de sécurité

La fiche navette dans sa version du 22 12 2005 remise aux experts-visiteurs comporte des observations de la MRIICE.

1) Une mise en demeure suite à une inspection inopinée de l'ARH (DASS 92) le 24/10/2005 de mettre en œuvre des actions correctives dans les domaines :

- la prise en charge des personnes âgées ;
- le temps de travail du personnel auprès des patients ;
- les délais de prise en charge des patients ;
- le nettoyage et la rénovation des locaux ;
- la formalisation des gardes.

L'établissement dans le même temps faisait réaliser un audit par une société spécialisée et mettait en œuvre des actions correctives suite au résultat de cette démarche qualité.

2) Sur le circuit du médicament la MRIICE a précisé que les dates indiquées aux rubriques « préparations hospitalières » et préparations rendues nécessaires par les médicaments en expérimentation par l'établissement correspondaient aux arrêtés préfectoraux d'autorisation ; dernières inspections les 26 et 28 février 2002.

3) Dans le paragraphe « stérilisation des dispositifs médicaux » : cet établissement a présenté à l'IRP un avant-projet de modification des locaux de la PUI concernant ce dispositif conformément aux engagements pris lors de l'obtention de l'autorisation de stérilisation (arrêté du 31 janvier 2003).

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, et en parallèle avec la mise au point du projet d'Établissement de l'APHP, en conformité avec lui.	A
1 b	Les orientations stratégiques organisent la complémentarité avec les autres établissements du territoire de santé et la participation aux réseaux de santé.	La complémentarité est en cours d'organisation sous forme de partenariat avec d'autres établissements et la participation à des réseaux. La formalisation de ces partenariats dans le cadre de conventions est prévue dans chacun des domaines concernés dans des délais différents selon les domaines, parfois pour cette année. La règle retenue vise toutefois à considérer ces conventions comme l'aboutissement de relations consolidées plutôt qu'un moyen pour y parvenir.	B
1 c	La direction, les instances délibératives et consultatives, et les responsables s'impliquent dans la définition des orientations stratégiques.	Le processus d'élaboration du projet d'établissement favorise la participation des instances et des responsables. Leurs rôles respectifs sont définis et la communication 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 s'efforce d'intégrer le respect des droits et de l'information du patient dans la mise en œuvre au plan pratique de ses orientations stratégiques et dans son organisation. La sensibilisation des professionnels est assurée.	B
2 b	L'expression du patient et de son entourage est favorisée.	Les entretiens et les échanges entre les professionnels, les patients et leur entourage sont réalisés dans des conditions propices à l'expression des patients. Les services ne disposent pas tous de locaux adaptés à cet effet. Le recueil des plaintes est organisé. Le recueil des suggestions est hétérogène.	B
2 c	Une réflexion éthique autour de la prise en charge du patient est conduite.	Certains services de l'établissement ont identifié les sujets nécessitant une réflexion éthique (fin de vie et greffe). Cette réflexion n'est pas encore organisée ni formalisée. L'établissement devra structurer cette réflexion.	C
2 d	La politique hôtelière prend en compte les attentes des patients	Les attentes légitimes des patients sur le plan hôtelier sont prises en compte dans le cadre d'une réelle politique hôtelière. Celle-ci pourrait s'enrichir d'un recueil organisé et efficace des besoins exprimés par les patients. A ce jour les questionnaires de sortie ne sont pas réellement exploités malgré des taux de retour satisfaisants dans certains secteurs.	B
2 e	Les représentants des patients participent à l'évaluation et à l'amélioration des services rendus par l'établissement.	Les représentants des patients 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 ; une certaine imprécision constatée dans l'interface entre la DRH et la D.S. pour la gestion des personnels de soins, et susceptible d'engendrer des difficultés d'interprétation pour ces derniers, devrait être levée dans le cadre d'une réorganisation prévue pour s'appliquer dans des délais très proches.	B
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 et moyen terme, mais pas à long terme, dans une dimension à la fois quantitative et qualitative au sein de l'établissement. Des outils et des indicateurs de gestion partagés plus élaborés permettraient de la rendre plus performante au regard des besoins de l'établissement dans le contexte d'évolution qu'il vit actuellement.	B
3 c	L'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques professionnels font partie des objectifs de la politique des ressources humaines.	Les conditions de travail et les risques professionnels sont évalués et un plan d'amélioration des conditions de travail est élaboré. Des actions de suivi et d'évaluation sont planifiées. Le document unique des risques professionnels est en cours de finalisation.	B
3 d	La motivation des personnels est recherchée en favorisant leur adhésion et leur implication.	Des actions sont définies et conduites au sein de l'établissement de santé pour favoriser l'adhésion, la participation et la motivation des personnels.	A

Réf 4	La politique du système d'information et du dossier du patient est définie en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.		Cotations
4 a	Le schéma directeur du système d'information s'appuie sur les orientations stratégiques de l'établissement	Le programme retenu par l'hôpital en matière de système d'information, l'a été à partir du schéma directeur de l'APHP, en s'appuyant sur l'identification et la hiérarchisation des besoins stratégiques ressentis par l'établissement essentiellement en matière informatique.	B
4 b	Les projets du système d'information sont définis et hiérarchisés en fonction des processus à optimiser, en recherchant l'adhésion des professionnels concernés et, en cas d'informatisation, de la maturité du marché.	Les projets du système d'information sont définis et hiérarchisés à partir d'une identification des domaines et des processus à optimiser en tenant compte de la maturité du marché. Les différents utilisateurs y sont associés.	A
4 c	Des méthodes de conduite de projet prenant en compte l'expression des besoins des utilisateurs permettent de réaliser les projets du système d'information.	Des méthodes de conduite de projet prenant en compte l'expression des besoins des utilisateurs sont utilisées. Leur efficacité n'est pas régulièrement évaluée.	B
4 d	Les professionnels concernés reçoivent un accompagnement et une formation pour traiter et utiliser les données.	Les personnels utilisateurs bénéficient d'une formation adaptée et d'un accompagnement personnalisé permettant un traitement et une utilisation efficace des données.	A
4 e	Une politique du dossier du patient est définie afin d'assurer la qualité et la continuité des soins.	Il n'existe pas de politique dossier unique patient élaborée en complémentarité entre les différents professionnels. Une politique des éléments du dossier cohérente avec le projet d'établissement est définie et validée par les instances respectives des catégories professionnelles concernées. Celle-ci favorise la confidentialité, la fiabilité, l'accessibilité et le stockage des informations ainsi que la coordination 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.	La direction et les responsables identifient les objectifs devant faire l'objet d'une communication interne, définissent les moyens et les personnes chargées de mettre en œuvre la politique de communication.	A
5 b	Les orientations stratégiques, leur mise en œuvre et leurs résultats sont connus de l'ensemble des professionnels de l'établissement.	L'organisation de la communication est en place dans l'établissement. Mais cette organisation ne permet toutefois pas de s'assurer que l'ensemble des professionnels connaît les orientations stratégiques, leur mise en œuvre et leurs résultats (absence d'indicateurs).	B
5 c	La direction et les responsables développent une politique de communication à destination du public et des correspondants externes.	Sans que cela s'insère dans un véritable dispositif prédéfini, de nombreuses actions sont déployées 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.	Les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de gestion des risques sont en cours de définition à partir de l'auto-évaluation effectuée récemment par les professionnels de l'établissement. La direction qualité attend les résultats de la certification pour compléter l'identification et hiérarchiser les objectifs. Il reste à les faire valider officiellement par les instances et à organiser leur communication à l'ensemble des professionnels. L'établissement devra définir ses priorités en matière de qualité et gestion des risques.	C
6 b	La politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques intègre l'évaluation des pratiques professionnelles.	L'EPP commence à gagner la démarche d'amélioration de la qualité, mais ne fait pas encore partie intégrante de la gestion des risques de l'établissement. Une stratégie de développement, reste à construire à partir des évaluations menées au titre de la certification. Les actions de communication déjà menées en interne autour de celles-ci constituent un facteur positif.	B
6 c	Les responsabilités concernant la gestion de la qualité et des risques sont identifiées.	Les responsabilités des professionnels concernant la qualité et la gestion des risques sont définies au niveau de la direction et de certaines fonctions transversales. Il reste à finaliser ce schéma d'organisation, comme cela est envisagé, au niveau des pôles et des services.	B

Réf 7	L'établissement met en œuvre une politique d'optimisation de ses ressources et de ses moyens en adéquation avec les orientations stratégiques.		Cotations
7 a	Les coûts des activités sont connus et leur maîtrise est assurée.	Les coûts des activités tels qu'ils peuvent être actuellement calculés sont transmis aux responsables. L'exploitation et l'analyse des résultats qui font l'objet d'une concertation en commun avec la direction permettent de discuter des mesures d'ajustement à mettre en œuvre avec les responsables des services afin de tenter d'assurer la maîtrise des coûts.	B
7 b	La réalisation et le financement des investissements sont planifiés de façon pluriannuelle.	La prévision et l'organisation des investissements à réaliser et à financer permettent une planification pluriannuelle. Celle-ci est opérationnelle et son suivi assuré par des responsables identifiés de l'établissement.	A
7 c	Une politique d'optimisation des équipements est mise en œuvre.	Les modalités d'utilisation de certains équipements, seulement (dispositifs médicaux), qui ont été recherchées à travers la réalisation de travaux permettent leur optimisation et une mutualisation en interne.	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 représentatives des personnels sont réunies périodiquement conformément à la réglementation, hormis le CTE local du fait de la politique d'abstention de certaines organisations en opposition sur certains dossiers d'actualité. Dans le reste des cas, un suivi est assuré sur les thèmes ayant fait l'objet des avis et suggestions des partenaires.	B
8 b	D'autres modalités sont également prévues pour faciliter le dialogue social et l'expression des personnels.	Au-delà des instances représentatives, d'autres modalités de dialogue social sont mises en œuvre, tant avec les organisations représentatives du personnel quand elles le souhaitent, qu'avec l'encadrement ou le personnel de certains services dans les occasions qui le rendent souhaitables. Le suivi de ces actions n'est toutefois pas assuré de manière organisée et formalisée. Des réunions de service, dans de nombreux services, ouvertes à l'ensemble des personnels, permettent l'expression de tous. Des journées à thème organisées au niveau de l'établissement facilitent l'expression.	B

Réf 9	Les processus de gestion des ressources humaines sont maîtrisés.		Cotations
9 a	Le recrutement de l'ensemble des personnels est organisé.	Une politique de recrutement est définie. Les différents acteurs sont identifiés ; il est prévu de lever, dans des délais brefs, l'imprécision constatée dans l'interface entre la DRH et la DS pour la gestion des personnels de soins (détachement d'un cadre de la DS auprès de la DRH pour le recrutement des personnels de soins). 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 est régulièrement évalué et son programme réajusté.	A
9 c	La formation continue, y compris médicale, contribue à l'actualisation et à l'amélioration des compétences des personnels.	Il existe un plan de formation y compris médicale qui permet de répondre aux orientations stratégiques de l'établissement de santé et des secteurs d'activité, aux besoins individuels, notamment en termes de promotion, et qui associe dans son élaboration les différents acteurs institutionnels. Sa mise en œuvre est maîtrisée (recueil de besoins, critères de priorisation, politique de choix et d'achat de formations, etc.), mais elle n'est pas évaluée.	B
9 d	L'évaluation des personnels est mise en œuvre.	L'évaluation des personnels est mise en place (hormis pour le corps médical) et ses résultats sont utilisés dans le cadre de la politique de gestion des ressources humaines.	B
9 e	La gestion administrative des personnels assure la qualité et la confidentialité des informations individuelles.	Des modalités de gestion sont définies, diffusées, appropriées et appliquées par l'ensemble des gestionnaires du personnel. Elles garantissent les principes de disponibilité, d'intégrité, de confidentialité et de sécurité des dossiers du personnel.	A

B – FONCTIONS HÔTELIÈRES ET LOGISTIQUES

Réf 10	Les fonctions hôtelières assurées par l'établissement ou externalisées sont adaptées aux besoins et aux attentes du patient et de son entourage.		Cotations
10 a	Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité du patient.	Les locaux (chambres à 3 ou 4 lits) et l'organisation des soins ne permettent pas toujours le respect de l'intimité et de la dignité du patient tout au long de sa prise en charge. Les professionnels titulaires sont formés et sensibilisés sur ce thème.	B
10 b	Les conditions d'hébergement des personnes handicapées ou dépendantes sont adaptées.	Les locaux ne sont pas toujours adaptés aux besoins des patients handicapés. Les professionnels sont formés et sensibilisés à la spécificité de cette prise en charge.	B
10 c	La prestation restauration répond aux besoins nutritionnels spécifiques, et prend en compte les préférences et les convictions du patient.	Les besoins nutritionnels spécifiques, les préférences et les convictions sont identifiés et pris en compte. Les professionnels des différents secteurs y contribuent de façon coordonnée.	A
10 d	Des solutions d'hébergement et de restauration sont proposées aux accompagnants.	Des possibilités d'hébergement et de restauration sont offertes aux accompagnants. Celles-ci sont connues des professionnels, des patients et de leur entourage.	A

Réf 11	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.	La prestation restauration est concédée à une société privée qui répond aux prescriptions induites par la méthode HACCP. Le cahier des charges précise le contenu et les limites de la prestation. Une évaluation externe réalisée en avril 2006 permet de vérifier l'existence d'un système d'assurance qualité de la restauration. Un certain nombre de recommandations ont été formulées. L'établissement assure l'adaptation aux attentes des patients.	B
11 b	La qualité et l'hygiène en blanchisserie, et dans le circuit traitement du linge, sont assurées.	La prestation blanchisserie est réalisée par un service interne à l'APHP (certifié ISO 2000) selon un cahier des charges prédéfini. Le programme qualité est assuré par l'application des protocoles établis à toutes les étapes de la fonction blanchisserie. L'établissement assure la formation des personnels et la diffusion des protocoles, sans évaluer l'efficacité des protocoles mis en place. Des erreurs de tri sont notées sans que cela donne lieu à des mesures correctives systématiques.	C
11 c	Le transport du patient entre les secteurs d'activité internes et/ou externes 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 ne respecte pas systématiquement les règles d'hygiène, la continuité des soins et le respect des droits du patient du fait d'un programme de formation qui n'est pas dispensé dès l'arrivée du professionnel concerné dont la mobilité est à prendre en compte. Il n'existe pas de procédure pour l'hygiène du matériel utilisé.	C

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

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

Réf 13	Un système de management de la qualité est en place.		Cotations
13 a	L'écoute des patients est organisée.	L'établissement dispose d'outils permettant le recueil et l'analyse des besoins, des attentes, de la satisfaction et des plaintes des patients. Leur mise en œuvre est inégale selon les secteurs d'activité et ne permet pas toujours la mise en place d'actions d'améliorations.	B
13 b	Le programme d'amélioration continue de la qualité comporte des objectifs précis, mesurables dans le temps.	Il existe des actions d'amélioration proposées par les services qui ne constituent pas un réel programme d'amélioration de la qualité institutionnel. Celui-ci est en cours de construction à partir des résultats de l'auto-évaluation. L'établissement devra formaliser un programme d'amélioration de la qualité.	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 résultats de la première accréditation ont été pris en compte et des actions ont été mises en place. Les résultats des différents contrôles et inspections sont pris en compte ou leur résolution programmée (14% des recommandations de la dernière inspection électrique sont réalisées à ce jour selon la fiche navette).	B
13 d	La formation des professionnels à la qualité est assurée.	L'établissement analyse les besoins de formation à la qualité et met en œuvre des formations.	B
13 e	Le déploiement de la démarche et des actions qualité dans les secteurs d'activité est organisé.	L'établissement met en œuvre des actions permettant la mise en place de la démarche qualité dans les secteurs d'activité. Des référents par secteurs sont en cours de désignation. Des actions sont conduites dans différents secteurs. L'établissement devra structurer le déploiement de la démarche qualité dans l'ensemble des secteurs d'activité.	C
13 f	La gestion documentaire est organisée.	La gestion documentaire informatique existante n'est pas utilisée car pas opérationnelle. La gestion documentaire informatisée est en cours de conception.	B
13 g	Le suivi du programme d'amélioration de la qualité est assuré.	L'établissement n'a pas mis en place des dispositions permettant d'assurer le suivi d'un programme d'amélioration de la qualité.	D

Réf 14	La gestion des risques est organisée et coordonnée.		Cotations
14 a	Les informations relatives aux risques sont rassemblées et organisées.	L'établissement dispose d'une visibilité sur l'ensemble de ses risques qui n'est toutefois pas exhaustive pour les risques professionnels et médicaux (le document unique n'est pas finalisé, malgré un travail régulier qui se poursuit), grâce à un regroupement des informations et une veille réglementaire en matière de sécurité. Il partage ces informations avec les différents professionnels.	B
14 b	Des dispositions sont en place pour identifier et analyser <i>a priori</i> les risques.	L'établissement a mis en œuvre une démarche d'identification et d'analyse des risques <i>a priori</i> , cette identification n'est pas exhaustive. Les responsabilités sont identifiées pour tous les domaines de risques. La cartographie des risques date de 2002.	B
14 c	Des dispositions sont en place pour identifier et analyser <i>a posteriori</i> les risques.	L'établissement met en œuvre une démarche d'identification et d'analyse des incidents et accidents survenus. Les responsabilités sont définies, mais pas toujours connues pour l'identification, le signalement et l'analyse.	B
14 d	Les résultats issus des analyses de risque permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter.	Des actions de réduction des risques sont réalisées. Seuls les professionnels sont impliqués dans la démarche. Il n'existe pas de hiérarchisation des risques réelle et exhaustive.	B
14 e	La gestion d'une éventuelle crise est organisée.	Une organisation est en place pour faire face à une situation de crise : cellule de crise, circuits d'alerte, formation des professionnels, scénarios de crise, exercices de crises, modalités de communication. Elle est connue des professionnels.	A
14 f	L'organisation des plans d'urgence pour faire face aux risques exceptionnels est en place.	L'établissement est organisé pour faire face aux risques exceptionnels. Les plans d'urgence sont formalisés et actualisés ; les professionnels connaissent les modalités de mise en œuvre et leur rôle dans le dispositif par la formation et la participation à des stimulations. Des actions de communication complètent cette organisation.	A

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

D – QUALITÉ ET SÉCURITÉ DE L'ENVIRONNEMENT

Réf 16	Un programme de surveillance et de prévention du risque infectieux, adapté au patient et aux activités à risque, est en place.		Cotations
16 a	Les patients et les activités à risque infectieux sont identifiés et un programme de surveillance adapté est en place.	Une identification des patients et des activités à risque, dans ce type d'établissement, a été réalisée et un programme de surveillance est mis en œuvre. Son suivi est assuré.	A
16 b	Une formation de l'ensemble des professionnels à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux spécifique à la prise en charge est assurée.	Des formations à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux sont organisées pour les professionnels titulaires et les nouveaux arrivants, mais différées pour ces derniers. Les formations sont assurées par le biais des référents hygiène, qui bénéficient eux-mêmes d'informations régulières. La participation des professionnels et le résultat de ces formations ne sont pas systématiquement évalués compte tenu du caractère différé de certaines formations.	B
16 c	Des protocoles ou procédures de maîtrise du risque infectieux, validés, sont utilisés.	Les protocoles et ou procédures de maîtrise du risque infectieux sont validés par le CLIN, adaptés aux activités de l'établissement. Cependant les experts-visiteurs ont observé une organisation de prise de repas au sein des blocs, des professionnels en tenue de service dans le self, ou en tenue de bloc en dehors des sites interventionnels. La charte du bloc opératoire en cours d'écriture n'a pas encore abordé ce problème.	C
16 d	Le bon usage des antibiotiques, dont l'antibioprophylaxie, est organisé.	Des règles de bonnes pratiques sont en place et diffusées, concernant l'usage des antibiotiques et l'antibioprophylaxie. Elles font l'objet d'une actualisation régulière.	A
16 e	Un programme de prévention et de prise en charge des infections touchant les professionnels, y compris les professionnels temporaires et les étudiants, est établi en concertation avec la médecine du travail.	Le risque infectieux des professionnels non médicaux (y compris étudiants, stagiaires et intérimaires) est évalué à périodicité définie, et un programme concerté de prévention et de prise en charge des infections est élaboré et mis en œuvre.	B
16 f	Le signalement des infections nosocomiales est organisé et opérationnel.	Le dispositif de signalement des infections nosocomiales est opérationnel. Les professionnels de l'établissement le connaissent. Il repose sur la formation et l'information d'un grand nombre de professionnels de l'établissement.	B

Réf 16	Un programme de surveillance et de prévention du risque infectieux, adapté au patient et aux activités à risque, est en place.		Cotations
16 g	Un dispositif permettant l'alerte, l'identification, la gestion d'un phénomène épidémique est en place.	Une information et une formation, qui n'est pas généralisée à l'ensemble des professionnels, permettent de connaître le dispositif (alerte, identification et gestion) mis en place face à un phénomène épidémique. Des mesures préventives permettent d'éviter la survenue ou la récurrence d'un tel phénomène.	B

Réf 17	La gestion des risques liés aux dispositifs est assurée.		Cotations
17 a	Le prétraitement et la désinfection des équipements et dispositifs médicaux font l'objet de dispositions connues des professionnels concernés.	Les professionnels chargés du prétraitement, de la désinfection des dispositifs médicaux et des équipements sont formés et utilisent des protocoles validés.	A
17 b	En stérilisation, la maîtrise de la qualité est assurée.	Dans l'attente de l'aboutissement du projet formalisé et validé par la DASS pour une nouvelle stérilisation l'établissement a mis en place un système basé sur la formation et l'information des personnels concernés. L'actualisation des pratiques, le recueil des dysfonctionnements et la mise en place des actions d'amélioration correspondantes sont en place. Toutefois le circuit des dispositifs médicaux ne répond pas à une marche en avant (sites de stérilisation éclatés), ni à la conformité des bonnes pratiques de stérilisation (le circuit décontamination-lavage n'est pas toujours repris à sa phase initiale ; seules les insatisfactions visuelle constatées sur le site de la stérilisation conduisent à une reprise totale du cycle). L'établissement devra mener à bien les opérations de restructuration prévues et garantir la qualité du résultat durant la période intermédiaire.	C
17 c	La maintenance préventive et curative des dispositifs médicaux est assurée.	Une politique est définie pour l'organisation de la maintenance curative des dispositifs médicaux. Elle est connue des utilisateurs. Les dysfonctionnements sont : connus, identifiés, et analysés. L'organisation de la maintenance préventive n'est pas en place. L'établissement devra assurer une maintenance exhaustive des dispositifs médicaux.	C

Réf 18	La gestion des risques liés à l'environnement, hors infrastructures et équipements, est assurée.		Cotations
18 a	L'hygiène des locaux est assurée.	L'établissement a mis en place une démarche permettant d'assurer l'hygiène des locaux, basée sur l'adaptation des pratiques de nettoyage des locaux en fonction du risque. Les AS assurent le hors-sol dans la chambre des patients et sont formées. Les couloirs, bureau, et sol des chambres sont sous-traités à un prestataire externe. Devant des résultats hétérogènes, un cadre supérieur a été détaché pour assurer un contrôle et pour mettre en place des actions d'amélioration de la qualité de l'hygiène.	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 personnels, la mise en œuvre de contrôles périodiques et des actions d'amélioration.	A
18 c	La maintenance et le contrôle de la qualité de l'air sont adaptés aux secteurs d'activité et aux pratiques réalisées.	L'établissement a mis en place une démarche permettant d'assurer la qualité de l'air, adaptée aux secteurs d'activité et aux pratiques réalisées. Elle est basée sur l'application des normes de sécurité, la formation des personnels, la mise en œuvre de contrôles périodiques et des actions d'amélioration.	A
18 d	L'élimination des déchets, notamment d'activité de soins, est organisée.	Une organisation d'élimination des déchets est en place. Le stockage est sécurisé dans la majorité des cas (à l'exception d'un laboratoire). Les professionnels sont formés, des mesures de protection sont en place. Les dysfonctionnements sont régulièrement analysés et suivis d'actions d'amélioration.	B
18 e	Le CLIN et l'équipe opérationnelle d'hygiène sont associés à tout projet pouvant avoir des conséquences en termes de risque infectieux.	Tout nouveau projet d'aménagement des locaux, d'équipement matériel ou de réorganisation est soumis à la consultation du CLIN pour en apprécier les risques infectieux. Une coordination des acteurs, intégrant l'EOHH est mise en place.	A

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

Réf 20	La sécurité des biens et des personnes est assurée.		Cotations
20 a	La conservation des biens des patients et des professionnels est organisée.	Des dispositions, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement, sont mises en œuvre pour assurer la conservation des biens des patients et des professionnels. Les difficultés (liées à l'environnement) encore enregistrées conduisent l'établissement à envisager des mesures complémentaires.	B
20 b	Des mesures préventives pour assurer la sécurité des personnes sont mises en œuvre.	L'établissement a mis en œuvre les mesures préventives de sécurité des personnes dans tous les secteurs. Les difficultés encore enregistrées conduisent l'établissement à envisager des mesures complémentaires en matière de contrôle d'accès. Une convention de partenariat a été ratifiée entre l'établissement et le commissariat de police.	B
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. Des travaux sont prévus aux urgences pour améliorer la sécurisation des lieux. Aucune formation à ce sujet n'a été identifiée.	B

E – SYSTÈME D'INFORMATION

Réf 21	Le recueil et la mise à disposition de l'information sont organisés dans l'établissement.		Cotations
21 a	Les bases de connaissances utiles à la réalisation des différentes activités sont à la disposition des professionnels.	Le recueil des connaissances utiles aux utilisateurs est organisé. Les supports et le mode de communication en permettent l'accès aux professionnels.	A
21 b	Les données nécessaires à la prise en charge des patients sont communiquées en temps utile et de façon adaptée aux besoins.	L'organisation permet la mise à disposition des professionnels concernés des données nécessaires aux différents stades de la prise en charge du patient. Cette mise à disposition s'effectue selon des modalités et des délais différents qui tiennent au degré d'informatisation des services concernés.	B
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 sont de nature à favoriser la coordination des acteurs de la prise en charge du patient dans un temps jugé rapide par les professionnels.	B
21 d	Les données nécessaires au suivi des activités et au pilotage de l'établissement sont recueillies et transmises aux responsables.	L'établissement a identifié et recueilli les données nécessaires au suivi de son activité. Les responsables des secteurs d'activité en sont destinataires.	A
21 e	Le contrôle qualité des données est en place.	Un contrôle de la qualité des données est effectué régulièrement dans le domaine de l'information médicale issue du PMSI. L'analyse et l'exploitation de ces contrôles sont également effectuées.	B

Réf 22	Une identification fiable et unique est assurée.		Cotations
22 a	Une politique d'identification du patient est définie.	À partir d'un état des lieux, l'établissement a défini une politique d'identification du patient et les responsables chargés de sa mise en œuvre et de son suivi.	A
22 b	Des procédures de contrôle de l'identification du patient sont mises en œuvre.	Il existe des procédures de contrôle de l'identification du patient tout au long de sa prise en charge. Elles sont diffusées et mises en œuvre; leur évaluation reste à organiser.	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 ; celles-ci sont différentes selon que l'échange s'effectue avec un autre établissement de l'APHP (au sein de laquelle il n'existe pas de numéro d'identification commun) ou un autre établissement. Leur mise en œuvre ne fait 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.	L'établissement applique la politique de sécurité définie dans le cadre de l'APHP ; à ce titre, il met en œuvre les mesures nécessaires pour assurer l'intégrité, la disponibilité, la confidentialité des données et l'auditabilité du système d'information.	A
23 b	La sécurité du système d'information est évaluée lors d'un diagnostic initial puis à périodicité définie.	Des évaluations concernant la sécurité du SI sont mises en œuvre en lien avec la direction des systèmes d'information de l'APHP lors de l'installation des infrastructures et des logiciels, ainsi qu'à certaines périodicités ciblées ; des préconisations sont définies en fonction des résultats obtenus.	B
23 c	Les traitements de données à caractère personnel font l'objet des démarches et formalités prévues par la législation Informatique et libertés.	Après un bilan récemment pratiqué, les démarches et formalités prévues concernant les déclarations à la CNIL et l'information du patient ont été relancées ; par ailleurs, il a été rappelé aux responsables des services médicaux la stricte obligation de déclaration réglementaire des bases de données propres à leur service.	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 médical et du dossier de soins, seulement, sont élaborées. Elles sont connues des professionnels concernés et l'établissement s'assure de leur utilisation.	B
24 b	Les règles de communication du dossier du patient sont connues des professionnels concernés.	Des règles précisant les modalités de communication du dossier du patient sont élaborées et ont été diffusées aux professionnels. Leur niveau de connaissance par les professionnels n'a pas fait l'objet d'une évaluation.	B
24 c	Les règles de conservation du dossier du patient sont connues des professionnels concernés.	L'établissement a développé une communication et/ou une formation régulière des professionnels concernés sur les règles de conservation du dossier du patient. Il s'assure de leur application.	A
24 d	Les professionnels connaissent leurs responsabilités dans la préservation de la confidentialité des données personnelles.	Les professionnels concernés par la confidentialité des données personnelles sont identifiés. Les règles garantissant sa préservation sont connues, mais pas systématiquement appliquées (programme opératoire nominatif affiché ; en bloc d'orthopédie, programme lisible des patients qui ne sont endormis qu'en salle d'opération).).	B
24 e	L'accès aux dossiers est organisé pour le patient et/ou les personnes habilitées.	L'organisation mise en place par les responsables assure l'accès au dossier pour le patient et les personnes habilitées. Elle est connue des professionnels et des patients. La procédure de communication des dossiers jugée trop longue par l'établissement, doit être améliorée.	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.	Lors de la prise de fonction des nouveaux chefs de service les responsables de secteur d'activité élaborent un projet. Ces projets s'inscrivent dans les orientations stratégiques de l'établissement.	B				
25 b	Les responsables organisent les activités de leur secteur et identifient les moyens nécessaires à leur réalisation.	Dans de nombreux secteurs, l'implication des responsables permet d'assurer une organisation adaptée aux contraintes. Une conférence budgétaire est organisée annuellement.	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 ont défini les champs de complémentarité et les partenariats potentiels dans le cadre du projet de découpage de l'établissement en pôles. Une organisation formalisée se met en place.	B				
25 d	Les responsables des secteurs d'activité décident, dans le cadre de leurs attributions, des actions à mettre en œuvre dans leur secteur.	Les responsables des secteurs d'activité définissent leur processus décisionnel dans le cadre de leurs attributions.	A				
25 e	Les responsables motivent les personnels de leur secteur d'activité en favorisant leur adhésion et leur implication.	Les responsables s'impliquent dans le développement de la motivation de leur équipe. Des moyens et mécanismes d'intéressement sont mis en œuvre pour favoriser la motivation tant individuelle que collective.	A				
25 f	Les responsables veillent à la bonne utilisation des moyens alloués.	Les responsables des secteurs d'activité s'impliquent dans la gestion de leur secteur d'activité ; ils disposent d'une comptabilité analytique et d'un budget de service. Des conférences annuelles de service sont organisées.	B				
25 g	Les responsables développent des démarches d'évaluation et d'amélioration	Les responsables sont institutionnellement impliqués dans l'évaluation et l'amélioration des objectifs, plus que de la performance, de leur secteur d'activité. Ils disposent des outils et de la formation pour le faire.	B				

				Cotations				

Réf 26	Les droits et la dignité du patient (résident – USLD) sont respectés.		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
26 a	La confidentialité des informations relatives au patient (résident – USLD) est garantie.	Des actions de sensibilisation, en vue d'assurer le respect de la confidentialité des données à caractère médical ou social sont réalisées. Les pratiques observées ne sont pas en cohérence avec les résultats attendus, suite à cette formation, en particulier au bloc opératoire, à l'entrée des plateaux médicotechniques, et sur le circuit d'acheminement des prélèvements biologiques.	C				
26 b	Le respect de la dignité et de l'intimité du patient (résident – USLD) est préservé tout au long de sa prise en charge.	Les pratiques professionnelles et les moyens mis en place, en particulier les actions de sensibilisation, favorisent le respect de la dignité et de l'intimité des patients, malgré des conditions matérielles pas toujours favorables.	B				
26 c	La prévention de la maltraitance du patient (résident – USLD) au sein de l'établissement est organisée.	Les professionnels sont sensibilisés à la prévention de la maltraitance. La contention est prescrite au cas par cas et ne fait pas l'objet d'un protocole institutionnel. Il n'y a pas de renouvellement de prescription, quand cela s'avère nécessaire. Une réflexion est en cours. L'établissement devra finaliser la prévention de la maltraitance.	C				
26 d	La volonté du patient (résident – USLD) est respectée.	La volonté du patient est respectée pour ce qui concerne l'acceptation des soins, les pratiques religieuses et culturelles, dans les limites du possible et de la déontologie médicale.	A.				
26 e	La formation des professionnels à l'écoute et au respect des droits du patient est organisée.	Des actions de sensibilisation sur le thème du respect des droits et de la dignité du patient sont organisées. Des formations vont être dispensées.	B				

B – PARCOURS DU PATIENT

Réf 27	L'accueil du patient (résidant – <i>USLD</i>) et de son entourage est organisé.		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
27 a	Les besoins et les attentes du patient (résidant – <i>USLD</i>) 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. Il n'y a pas de recherche systématique de la personne de confiance.	B				
27 b	Le patient (résidant – <i>USLD</i>) reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de son séjour.	Les conditions de l'accueil par le personnel contribuent à délivrer une information sur les conditions de séjour. Le livret d'accueil n'est pas systématiquement remis au patient.	B				
27 c	L'accueil et les locaux sont adaptés aux handicaps du patient (résidant – <i>USLD</i>) et/ou de son entourage.	L'ensemble des secteurs d'activité n'est pas organisé pour être accessible aux patients handicapés. Des mesures palliatives sont organisées pour les handicapés moteurs. Les autres handicaps ne font pas l'objet d'une organisation spécifique connue. L'établissement devra développer sa politique d'amélioration de l'accueil des handicapés.	C				
27 d	La permanence de l'accueil est organisée.	Les règles gérant l'accueil sont définies et assurent une réponse adaptée aux différents types de prise en charge. Il n'existe pas d'enquête de satisfaction régulière évaluant l'accueil du patient propre à l'établissement.	B				
27 e	Une procédure spécifique d'accueil des détenus est organisée dans les établissements concernés.	L'établissement s'est organisé pour accueillir les détenus, mais cette organisation n'est pas formalisée.	B				

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

Réf 29	L'évaluation initiale de l'état de santé du patient (résidant – USLD) donne lieu à un projet thérapeutique personnalisé, ajusté tout au long de sa prise en charge (son séjour – USLD).		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
29 a	Le patient (résidant – USLD) et, s'il y a lieu, son entourage sont partie prenante dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique.	Le patient est impliqué dans l'élaboration et le suivi de son projet thérapeutique. Le point de vue du patient et de son entourage est tracé dans le dossier du patient, mais pas de manière systématique.	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. Il n'y a pas de recueil et d'analyse des dysfonctionnements l'accessibilité du dossier.	B				
29 c	Le projet thérapeutique prend en compte l'ensemble des besoins du patient (résidant – USLD) et organise la coordination entre les professionnels des différents secteurs d'activité.	Les besoins du patient sont identifiés. Ils sont pris en compte de façon coordonnée par les professionnels des différents secteurs d'activité dans la majorité des cas.	B				
29 d	La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient (résidant – USLD).	Il n'y a pas d'organisation institutionnelle définie pour assurer la trace de la réflexion bénéfice-risque pour chaque patient. La trace de l'information figure au sein du dossier dans la moitié des cas (audit APHP). Une information a été réalisée en CCM.	B				
29 e	Lorsqu'une restriction de liberté de circulation est envisagée dans l'intérêt du patient (résidant – 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 (résidant – 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. Elles ne sont ni prescrites par écrit, ni réévaluées à périodicité définie.	C				
29 f	Le projet thérapeutique fait l'objet d'ajustements en fonction d'évaluations régulières de l'état de santé du patient	L'ensemble des professionnels se coordonne pour ajuster de façon régulière le projet thérapeutique. Toutefois la traçabilité des différentes interventions n'est pas toujours exhaustive ni	B				

		Cotations					
	(résidant – <i>USLD</i>)	systématique.					

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 ne sont pas systématiquement identifiés. Une évaluation prenant en compte leur situation clinique est définie le cas échéant.	B				
	<i>USLD</i> – L'équilibre nutritionnel des résidents est assuré en fonction de leurs goûts et habitudes alimentaires.						
30 b	Les conduites addictives sont identifiées et font l'objet d'une prise en charge adaptée.	Les conduites addictives ne sont pas systématiquement identifiées. Lorsqu'une conduite addictive est identifiée, une prise en charge adaptée est établie, ou le patient est adressé à un service spécialisé.	B				
30 c	La maladie thromboembolique fait l'objet d'une prévention dans les situations à risque.	La prise en charge du risque thromboembolique est systématiquement réalisée pour les patients à risque. Des protocoles sont en place et le personnel est formé. Il n'existe pas d'évaluation.	B				
30 d	Les chutes des patients font l'objet d'une prévention.	Les chutes des patients sont répertoriées et analysées. Les services particulièrement à risque sont identifiés. Un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.	B				
30 e	Le risque suicidaire est pris en compte.	Le risque suicidaire est pris en compte par le personnel aux urgences et une réponse est donnée. Le transfert est organisé vers un établissement spécialisé pour la prise en charge si nécessaire. Il n'existe pas d'évaluation.	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				

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

Réf 31	Le patient (résidant – USLD) est informé de son état de santé et est partie prenante de sa prise en charge.		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
31 a	Le patient reçoit une information coordonnée par les professionnels sur les soins et son état de santé tout au long de sa prise en charge.	La coordination des professionnels permet au patient de recevoir une information cohérente sur ses soins et son état de santé, tout au long de sa prise en charge. Cette information n'est pas toujours exhaustive ni systématiquement tracée dans le dossier médical, et la coordination entre professionnels n'est pas évaluée.	B				
	USLD – Le résidant et/ou les personnes habilitées reçoivent une information coordonnée par les professionnels sur les soins et son état de santé tout au long de son séjour.						
31 b	Les professionnels délivrent une information adaptée à la compréhension du patient (résidant – USLD).	Les informations données au patient sont adaptées à sa compréhension et aux particularités de son état de santé, de sa situation ou de sa prise en charge. Le caractère adapté et la compréhension de ces informations ne sont pas évalués.	B				
31 c	Le patient (résidant – USLD) désigne les personnes qu'il souhaite voir informer.	Les coordonnées des personnes que le patient souhaite voir prévenir sont recueillies et tracées dans le dossier. La personne de confiance n'est pas systématiquement recherchée par les services.	B				
31 d	Le consentement éclairé du patient (résidant – USLD) ou de son représentant légal est requis pour toute pratique le concernant.	Avant toute demande de consentement, le patient ou son représentant légal est informé oralement sur les actes de prévention, d'exploration et de soins qui le concernent, en particulier sur leurs risques et leurs bénéfices. Le consentement du patient ou de son représentant légal n'est pas systématiquement recueilli ni tracé dans le dossier.	B				
31 e	Un consentement éclairé (résidant – USLD) du patient est formalisé dans les	Avant toute demande de consentement, le patient (le représentant légal, le cas échéant) est informé sur les actes de	A				

			Cotations				
	situations particulières.	prévention, d'exploration et de soins qui le concernent en particulier sur leur bénéfice-risque. Le recueil écrit systématique du consentement éclairé est réalisé dans certaines situations connues des professionnels.					
31 f	Le patient (résident – <i>USLD</i>) est informé de la survenue d'un événement indésirable lors de sa prise en charge.	Concernant la survenue d'un événement indésirable, les modalités d'information du patient durant son séjour sont en place et une procédure de rappel des patients est en cours d'écriture. L'information donnée n'est pas systématiquement tracée dans le dossier.	B				

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

Réf 33	La continuité des soins est assurée.		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
33 a	Des règles de responsabilité, de présence, et de concertation sont mises en œuvre pour assurer la continuité des soins.	La continuité des soins dans les secteurs d'activité et entre les secteurs d'activité est assurée grâce à une organisation fixant les responsabilités et planifiant la présence des professionnels. Cette planification n'est pas systématiquement respectée par une certaine catégorie de personnel (aides-soignants).	B				
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. Toutefois, il n'existe pas de dossier unique du patient.	B				
33 c	La prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement est assurée.	La prise en charge des urgences vitales internes est inégalement assurée dans les secteurs d'activité. La maintenance est organisée. L'établissement prévoit d'actualiser le matériel d'urgence et les connaissances des personnels à son utilisation ainsi qu'aux gestes d'urgence. Le dispositif en place n'est pas 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 – <i>USLD</i>).		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
34 a	L'information contenue dans le dossier du patient (résidant – <i>USLD</i>) 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 et notamment les informations retraçant son état de santé, mais pas toujours de façon exhaustive ni en temps opportun. Le dossier est complété après la sortie du patient, le cas échéant. En maternité, les experts-visiteurs ont constaté que des comptes rendus d'accouchements étaient faits tardivement ou à la sortie de la patiente.	B				
34 b	L'information contenue dans le dossier du patient (résidant – <i>USLD</i>) est accessible aux professionnels en charge du patient (résidant – <i>USLD</i>), 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. Les modalités de tenue du dossier sont inégalement maîtrisées.	B				
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 les actes thérapeutiques, mais pas pour tous les actes diagnostiques.	B				
34 d	L'information sur son état de santé et son traitement donnée au patient (résidant – <i>USLD</i>) et/ou à son entourage est enregistrée dans le dossier du patient (résidant – <i>USLD</i>).	L'information orale est donnée au patient et à sa famille, mais n'est pas souvent tracée dans le dossier du patient, en fonction des services. Les professionnels devront systématiser la traçabilité de l'information donnée au patient.	C				

Réf 35	Le fonctionnement des secteurs médicotechniques à visée diagnostique fait l'objet d'une concertation avec les secteurs d'activité (avec les USLD – USLD).		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
35 a	La prescription d'examens complémentaires est justifiée par l'état du patient (résidant – USLD) et mentionne les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande.	La plupart du temps, les examens complémentaires s'appuient sur une évaluation de l'état du patient et les demandes d'examen précisent les objectifs et les renseignements cliniques pertinents.	B				
35 b	Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies.	Les règles de coordination entre secteurs d'activité clinique et médicotechnique relatives à la réalisation des examens sont définies, mais inégalement mises en œuvre. Il existe des non-conformités en ce qui concerne le circuit d'acheminement des tubes dès leur prélèvement, par rapport aux règles définies dans le GBEA, notamment en termes de confidentialité, de température et de sécurité à la collecte.	C				
35 c	Les règles relatives à la communication des résultats sont établies et répondent aux besoins des secteurs d'activité cliniques 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 inégalement mises en œuvre.	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 et des dispositifs médicaux stériles est organisé, par étapes, interfaces incluses. La sécurisation du circuit du médicament n'est pas intégrale (salles de soins non fermées à clé et armoires à pharmacie ouvertes, piluliers accessibles). Le circuit n'est pas évalué.	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 recommandations de bonnes pratiques de prescription des médicaments sont à disposition des professionnels. Le recueil des événements indésirables évitables n'est pas exhaustif et ne permet pas d'analyse ni d'actions d'amélioration significative. Certaines unités préparent de manière anticipée les solutés et les molécules à adjoindre.	C				
36 c	L'administration du médicament au patient (résident – USLD) est conforme à la prescription et fait l'objet d'une traçabilité.	La conformité de l'administration du médicament à la prescription est assurée par des professionnels habilités. Sa traçabilité est réalisée. La feuille d'événements indésirables est peu connue ou peu utilisée par les professionnels.	B				
36 d	Les informations sur les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont à la disposition des utilisateurs.	Les responsables de la pharmacie délivrent aux professionnels des informations validées et actualisées sur les conditions d'utilisation des médicaments et dispositifs médicaux. Il n'existe pas de support d'information spécifique aux patients.	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 cliniques et en intégrant la prise en charge des éventuelles activités d'urgence.	L'organisation et la planification des activités interventionnelles programmées, définies en concertation avec les professionnels concernés, prennent en compte les contraintes internes de l'établissement et celles liées aux situations de prise en charge du patient. Le conseil de bloc se réunit de façon hebdomadaire, essentiellement pour la constitution du programme opératoire. L'urgence est gérée au coup par coup en libérant une salle d'opération par retrait d'une activité. La charte du bloc est en cours d'écriture. Il existe peu d'indicateurs de fonctionnement.	C				
37 b	Afin d'assurer la continuité de la prise en charge pré-, per- et postinterventionnelle du patient, les différents professionnels concernés assurent, à chaque étape, une transmission précise, orale et écrite, des informations.	Les informations pertinentes sont identifiées et leur transmission est assurée en pré-, et peropératoire auprès des professionnels concernés, du patient et de son entourage. Un support de liaison a été mis en place pour améliorer les transmissions postopératoires interservices, mais est encore peu utilisé.	B				
37 c	Les événements indésirables graves spécifiques aux secteurs interventionnels font l'objet d'un suivi régulier, d'une analyse et d'actions correctives et préventives.	Les événements indésirables graves en secteur interventionnel sont identifiés. Un dispositif de signalement est en place, mais n'est pas toujours connu par l'ensemble des différentes catégories professionnelles. Des actions correctives et préventives sont mises en œuvre.	B				
37 d	Les compétences professionnelles au sein des secteurs d'activité interventionnelle sont régulièrement évaluées.	Les qualifications requises pour l'exercice dans les secteurs interventionnels sont identifiées. Les compétences sont régulièrement évaluées au regard des activités interventionnelles réalisées. Il existe un plan de formation permettant leur maintien. Toutefois, les experts ont rencontré des agents non encore formés aux exigences de leur poste.	B				

Réf 38	Le don d'organe ou de tissus à visée thérapeutique est organisé.		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
38 a	La participation de l'établissement aux activités ou à un réseau de prélèvement d'organes et de tissus est définie.	L'établissement a défini dans ses orientations stratégiques sa participation aux activités ou à un réseau de prélèvements d'organes ou de tissus. Une organisation interne et une coordination avec d'autres établissements sont en place.	A				
38 b	Une information sur le don d'organes ou de tissus est disponible pour le public.	L'information du public sur les dons d'organes ou de tissus est organisée.	A				
38 c	Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes ou de tissus.	Les professionnels sont informés et formés aux enjeux concernant les dons d'organes ou de tissus.	A				
38 d	Les prélèvements d'organes ou de tissus sont réalisés conformément aux règles de bonnes pratiques.	Une organisation adaptée conformément aux règles de bonnes pratiques est en place. Les professionnels sont formés y compris en matière d'information des familles. Le respect de ce dispositif est évalué.	A				

Réf 39	Les activités de rééducation et/ou de soutien sont coordonnées par les professionnels concernés, en lien avec ceux des secteurs d'activité cliniques (au sein des USLD – USLD).		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
39 a	Le patient (résidant – USLD) et son entourage sont partie prenante des activités de rééducation et/ou de soutien.	Des moyens sont mis en œuvre pour que l'implication du patient et, le plus souvent de son entourage, dans ses activités de rééducation et/ou de soutien soit obtenue.	B				
39 b	La prise en charge du patient associe les professionnels des secteurs d'activité cliniques et de rééducation et de soutien ; l'information réciproque et la collaboration sont effectives.	L'information réciproque et la coordination des professionnels sont organisées en vue d'une collaboration effective dans la prise en charge du patient et sont le plus souvent tracées dans son dossier.	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.	Certaines activités de rééducation et/ou de soutien sont évaluées et font l'objet de réajustements pluridisciplinaires de la prise en charge, si besoin.	B				

Réf 40	L'éducation du patient (résident – <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 (résident – <i>USLD</i>).	Les compétences de professionnels spécialisés permettent de faire bénéficier le patient d'une éducation adaptée à son état de santé. Cette éducation vise l'appropriation des pratiques et l'acquisition des compétences utiles pour améliorer son autonomie dans la gestion de sa maladie et son traitement. L'établissement prévoit des actions de sensibilisation pour impliquer l'ensemble des personnels dans la démarche éducative.	B				
40 b	L'entourage du patient est associé aux actions d'éducation, le cas échéant.	Une organisation permet d'associer, le plus souvent, l'entourage aux actions d'éducation thérapeutique du patient.	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 (résident – <i>USLD</i>) selon le cas.	Une organisation permet de proposer au patient des activités d'éducation pour la santé.	A				

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

Réf 42	Les soins palliatifs font l'objet d'une réflexion pluriprofessionnelle en relation avec le médecin traitant et l'entourage – (USLD).		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
42 a	La volonté du patient (résidant – USLD) est prise en compte.	La volonté du patient est recueillie et prise en compte.	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. Il existe une rupture dominicale de la continuité de cette prise en charge, puisque l'équipe d'accompagnement psychologique n'est pas présente ce jour-là.	B				
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 psychologiques 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 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 des 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 psychologiques des professionnels confrontés au décès sont le plus souvent identifiés. Un accompagnement psychologique est proposé aux professionnels.	B				

CHAPITRE IV
ÉVALUATIONS ET DYNAMIQUES D'AMÉLIORATION

A – PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Réf 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
44 a	La pertinence des hospitalisations est évaluée.	<p>L'établissement a choisi d'étudier la pertinence de l'orientation des patients nécessitant une hospitalisation depuis le service des urgences. L'étude est validée en CCM. Le choix est approprié au regard des activités de l'hôpital Beaujon. La méthodologie qui a d'emblée exclu les hospitalisations à caractère social et humanitaire peut obérer la performance et la pertinence du résultat. L'orientation est considérée comme pertinente si le choix de l'unité d'hospitalisation optimale demandé par le médecin ayant accueilli le patient est respecté. Une analyse <i>a posteriori</i> d'une série de 155 patients sélectionnés par extraction sur une période de 15 jours est réalisée.</p> <p>Une première étude a permis de définir une réorganisation avec l'aide d'un cabinet de consultant. Des études ultérieures sont programmées trimestriellement pour évaluer l'impact des mesures correctives. Une communication des résultats a été réalisée à la journée qualité institutionnelle, une autre est prévue auprès des chefs de service, des cadres supérieurs, de la direction. L'amélioration en termes de pertinence est démontrée par une diminution du temps d'attente d'un lit d'hospitalisation. Une véritable étude de pertinence est envisagée dans les suites.</p>	B
44 b	La pertinence des actes à risque est évaluée.	<p>L'établissement a choisi de travailler sur les déprogrammations en radiologie interventionnelle devant l'augmentation incessante d'indication d'actes concernés. L'étude est validée en CCM. Cette problématique est d'actualité. Il n'existe pas de référentiels, mais des travaux scientifiques ont été publiés. Un groupe de travail pluriprofessionnel a défini des axes d'amélioration à partir d'un état des lieux. Une nouvelle organisation est définie, avec utilisation d'un support de demande d'examen. Une consultation radiologique préalable à tout acte a été instaurée afin de pouvoir gérer les contre indications éventuelles, elle peut être couplée à une consultation d'anesthésie. Ce dispositif récent n'a pas encore été évalué. Des réajustements seront définis en fonction du suivi, et des communications institutionnelles ont été réalisées, d'autres sont programmées.</p>	B

Réf 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
44 c	La pertinence des prescriptions médicamenteuses est évaluée.	L'établissement a choisi de travailler sur la pertinence de la prescription des anticancéreux que l'ouverture d'un service de cancérologie a fait croître d'une manière importante. L'étude est validée en CCM. L'audit ciblé est la méthodologie demandée par le contrat de bon usage, et en l'occurrence retenue par l'établissement. Un groupe d'experts oncologues et de pharmaciens est constitué. Il a choisi la validation <i>a posteriori</i> des prescriptions selon les critères définis par le « comité de la juste prescription de l'APHP ». Deux indicateurs ont été définis pour 2005 et suivis, un supplémentaire en 2006. Ils permettent de suivre les résultats qui seront communiqués en interne et en externe. Une communication des résultats a été réalisée à la journée qualité institutionnelle.	A
44 d	La pertinence des examens de laboratoire et des examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle est évaluée.	L'hôpital a travaillé sur l'optimisation des demandes d'examens biologiques des patients arrivant au service des urgences. L'étude est validée en CCM. Après un état des lieux un groupe de travail pluridisciplinaire a tenté de dégager des mesures correctives. Elles ont été testées dans un double objectif : pertinence de la demande et impact sur le temps de prise en charge de l'urgence. Des recommandations ont été diffusées sous forme de plaquettes et un suivi statistique instauré. Certaines pratiques ont été modifiées et des indicateurs de suivi définis et mis en place. Des réunions mensuelles de concertation permettent de suivre les résultats et d'améliorer la pertinence des demandes d'examen. Une communication en CCM a valorisé ce travail qui fera l'objet d'une présentation extérieure. Une communication des résultats a été réalisée à la journée qualité institutionnelle,	B

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.	La fréquence des infections urinaires nosocomiales selon une conférence de consensus récente a conduit l'établissement, dont un bon nombre d'hospitalisés sont à risque, à débiter ce travail. L'étude est validée en CCM. Le sondage urinaire est un acte fréquent, réalisé par de nombreux professionnels. Les données de la littérature, nombreuses, sont prises en compte. Le but de l'étude est défini et connu. La méthodologie retenue est celle de l'audit de pratique ciblé réalisé par deux cadres de deux services volontaires. L'organisation du sondage est étudiée. Cette évaluation permet de dégager des actions d'amélioration qui sont mises en place. Une communication est réalisée. Un second audit permet de vérifier l'efficacité des actions correctives. Le champ de l'étude est étendu à d'autres services. Ce travail a impliqué secondairement les médecins dans les conditions de prescription des sondages. Une communication des résultats a été réalisée à la journée qualité institutionnelle.	B				
45 b	L'analyse des événements indésirables et la mise en œuvre des actions de prévention et d'amélioration correspondantes sont assurées.	L'établissement a choisi de travailler sur les accidents graves d'anesthésie. Son activité chirurgicale, la fragilité de certains patients pris en charge, et l'évolution de l'anesthésie ces dernières décades expliquent ce choix. L'étude est validée en CCM. Actuellement chaque fiche d'anesthésie informatique comporte un volet « événements » qui permet de colliger les morta-morbidités peropératoires. Les événements déclarés donnent lieu depuis février 2006 à une analyse collégiale lors d'une réunion morbidité à laquelle l'ensemble des praticiens et des soignants est invité. La fréquence est annuelle ou bisannuelle adaptée au nombre d'accidents colligés. Après présentation d'un cas des mesures correctives sont mises en œuvre ; leur observance est évaluée. Ce projet a été valorisé	B				

		Cotation					
		<p>dans l'ensemble de l'établissement lors d'une journée qualité. Le travail sera diffusé aux services de l'APHP pour comparaison. La revue de morbidité pourrait être étendue aux presque accidents ou aux événements indésirables fréquents.</p>					

Réf 46	La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation.		Cotation				
			MC O	PS Y	S S R	SLD	HAD
46 a	Les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés.	<p>Les thèmes retenus par l'établissement sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la durée ischémie froide lors de la transplantation hépatique ; - la prise en charge éducationnelle d'un patient greffé du foie ; - la prise en charge pluridisciplinaire des patients traités par chimiothérapie en hôpital de jour de cancérologie ; - les délais de prise en charge des polytraumatisés ; - la césarienne programmée et la prise en charge des femmes et nouveau-nés. <p>Les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés clairement pour chaque thème de travail : structurants dans l'activité de l'établissement, avec possibilité de dégager des marges d'amélioration. Les thèmes sont validés en CCM.</p> <p>Un groupe soignant pluridisciplinaire s'est réuni pour définir les</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.						

			Cotation				
46 e	Les données et indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration.	critères d'évaluation des transplantations. Une analyse rétrospective des dossiers a permis de comparer les critères des indications et ceux définis. Les résultats ont été présentés en réunion de concertation des transplantations. Les données de la littérature sont prises en compte en matière de transplantation. La durée d'ischémie n'y est pas évoquée. Aussi il a été décidé de mettre en place deux actions d'amélioration : rédaction d'une procédure et chronométrage de chaque étape des transplantations. Si les premières données sont disponibles, seule une poursuite de l'étude permettra une exploitation statistiquement significative. L'amélioration de la prise en charge éducationnelle du patient greffé du foie ne fait l'objet d'aucun référentiel actuellement. Un groupe soignant pluridisciplinaire s'est réuni pour définir les critères d'évaluation des transplantations. Sept étapes sont identifiées entre le diagnostic et le suivi de greffe. Les dysfonctionnements de la prise en charge éducationnelle, dont le fonctionnement idéal n'est pas formalisé, sont analysés rétrospectivement. Des axes de travail ont été définis, la mise en place est programmée pour 2007. L'objectif est à terme d'améliorer la sortie du patient. Aucune comparaison avec d'autres équipes n'est réalisée.					
46 f	Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons.	Les patients traités par chimiothérapie en hôpital de jour de cancérologie représentent une activité stratégique et récente de l'établissement. Leur prise en charge ne fait l'objet d'aucun référentiel, mais de quelques recommandations de l'INCA sans					

		Cotation
	<p>précisions quant à la mise en pratique. Un groupe de travail multidisciplinaire constitué en octobre 2005 s'est réuni mensuellement. Il a examiné 30 dossiers à travers le prisme de l'application des procédures de prises en charge. Des mesures d'amélioration sont définies : établissement par les médecins d'une fiche de visite médicale, d'une fiche de vérification paramédicale, et recueil de la satisfaction patient. Elles permettront une meilleure gestion des chimiothérapies en hôpital de jour. Des communications sont envisagées ainsi que des comparaisons avec d'autres équipes : elles restent à organiser.</p> <p>Le recrutement des urgences vitales (polytraumatisés) correspond à un recrutement prioritaire de l'établissement dans le cadre du GHU Nord. L'objectif est de réduire les délais de prise en charge. Un groupe de travail pluridisciplinaire a été constitué. La méthodologie est bien définie. Les référentiels de la littérature concernant la prise en charge de l'urgence ont été consultés en l'absence de recommandations spécifiques polytraumatisé. Les actions d'amélioration définies seront réévaluées à trois mois. Une communication des résultats a été réalisée à la journée qualité institutionnelle.</p> <p>Dans les césariennes programmées les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés : fréquence, marge d'amélioration possible. Les processus et pratiques liés à la prise en charge sont analysés par un groupe multidisciplinaire. La méthodologie est claire : audit de dossiers sur 6 critères retenus qui trouvaient leur source dans la littérature validée à haut niveau de preuve. Les objectifs d'amélioration sont traduits en 7 actions qui restent à déployer. Leur évaluation est programmée fin 2006. Une communication des résultats a été réalisée lors de la journée qualité institutionnelle.</p>	

B – RESSOURCES HUMAINES

Réf 47	Une évaluation de la politique des ressources humaines est mise en œuvre.		Cotation
47 a	La réalisation des actions définies dans les orientations stratégiques est mesurée périodiquement dans chacun des domaines de la gestion des ressources humaines.	L'établissement de santé utilise des indicateurs pertinents et réalise une évaluation lui permettant un contrôle de la mise en œuvre effective des projets RH. L'évaluation des résultats de la politique mise en œuvre n'est pas retrouvée. Les dysfonctionnements sont traités le plus souvent avec une anticipation limitée.	B
47 b	La satisfaction des professionnels de l'établissement est évaluée et prise en compte.	Au niveau de l'APHP, une enquête d'écoute des personnels médicaux et non médicaux, réalisée par échantillonnage, par un cabinet extérieur, a été effectuée et restituée en 2004, à l'hôpital Beaujon ; c'est un groupe de PH médicotechniques qui a été écouté par les auditeurs. Il n'existe pas à périodicité définie des enquêtes de satisfaction du personnel ou des audits sociaux dont les résultats seraient pris en compte en relation avec les instances et les partenaires sociaux. Un questionnaire de satisfaction pour les remplaçants congés annuel (RCA) a été mis en place en 2005. L'établissement devra prendre en compte la satisfaction des professionnels de manière régulière.	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.	Le bilan de l'activité de la blanchisserie est en réalité un bilan des fournitures en linge fourni par la centrale de l'APHP. Une évaluation des prestataires alimentaires et du nettoyage est réalisée sans périodicité définie. La satisfaction des patients et des personnels des secteurs d'activité n'est pas organisée par l'établissement pour l'ensemble des prestations logistiques. L'identification d'actions d'amélioration et des bilans d'évaluation avec les prestataires externes fait suite à des dysfonctionnements. L'établissement devra prendre en compte la satisfaction des utilisateurs.	C
48 b	L'analyse des prestations logistiques donne lieu à des actions d'amélioration.	Tout signalement d'un dysfonctionnement récurrent donne lieu à des rencontres avec les responsables pour élaborer un plan de mesures correctives. L'analyse des prestations logistiques entraîne des actions d'amélioration ou des plans d'amélioration non encore finalisés. L'établissement devra analyser l'ensemble 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.	L'identification des dysfonctionnements du système d'information, avec les acteurs concernés, permet de développer une analyse et un traitement pour y remédier, à l'exception du logiciel dossier du patient en début de déploiement.	B
49 b	La satisfaction des utilisateurs est évaluée et prise en compte.	Il existe un recueil régulier et adapté de la satisfaction des différents utilisateurs du système d'information. Cette évaluation est analysée, mais pas encore communiquée.	B
49 c	La gestion du dossier du patient est évaluée.	Une évaluation de la tenue du dossier est réalisée régulièrement dans tous les secteurs d'activité en relation avec les instances. Une évaluation de l'ergonomie et de l'accessibilité a été réalisée. L'analyse et l'exploitation de ces résultats permettent de faire progresser la gestion du dossier au niveau de l'institution.	B

E – QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

Réf 50	La mise en œuvre du programme d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques est évaluée.		Cotation
50 a	L'atteinte des objectifs du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est régulièrement évaluée.	Le programme d'amélioration de la qualité étant en cours d'élaboration, l'établissement n'a pas encore mis en place de système comprenant la définition et le suivi d'objectifs qualité. Il suit ponctuellement l'atteinte des objectifs, et prend alors les mesures correctives appropriées en cas d'écart entre la prévision et la réalisation.	C
50 b	L'efficacité de la gestion des risques et des vigilances est évaluée.	L'établissement n'a pas défini d'éléments lui permettant d'évaluer l'efficacité de son dispositif de gestion des risques. Il évalue ponctuellement et de manière ciblée l'efficacité de certaines actions.	C
50 c	La maîtrise de la documentation est évaluée.	La gestion documentaire étant en cours de redéfinition, l'établissement ne peut s'assurer de sa maîtrise.	C

Réf 51	La satisfaction du patient et de son entourage est évaluée.		Cotation
51 a	Le recueil de la satisfaction des patients est suivi d'actions d'amélioration.	Il existe un dispositif de recueil et d'analyse de la satisfaction des patients et de leur entourage. Les résultats permettent une prise en compte partielle dans un plan d'amélioration de la qualité.	B
51 b	Les délais d'attente sont analysés et des actions d'amélioration sont entreprises.	Il existe un dispositif de recueil les délais d'obtention d'un rendez-vous et d'attente des patients en consultation, pour chaque catégorie de médecins et chaque spécialité. L'analyse du recueil récent des délais d'attente n'est pas exploitée. Le service des urgences estime les délais d'attente des patients. L'établissement devra exploiter la base de données que représente le recueil des délais d'attente, et mettre en place des actions d'amélioration.	C
51 c	Les réclamations et les plaintes des patients sont suivies d'actions d'amélioration.	Un dispositif opérationnel de gestion des plaintes et réclamations permet une analyse et une réponse individuelles. Ce dispositif récent n'est pas encore intégré dans l'élaboration du 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.	Il existe une concertation entre l'établissement et les représentants des usagers concernant la satisfaction des usagers pour définir des actions d'amélioration.	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 identifié dans son fonctionnement des actions mises en œuvre et impliquant certains correspondants. Une fiche de dysfonctionnement permet de mettre à jour certaines difficultés. Il n'existe pas d'évaluation. L'établissement devra mettre en œuvre l'évaluation des actions impliquant les correspondants externes.	C
52 b	La satisfaction des correspondants est évaluée et prise en compte.	Une grille de mesure de la satisfaction des correspondants est rédigée. L'enquête n'est pas effectuée. L'établissement devra évaluer la satisfaction des correspondants externes.	D

F – ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

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

PARTIE 3
COMMENTAIRES SYNTHÉTIQUES

I. Commentaires synthétiques par type de prise en charge

Soins de courte durée

Conformément avec les orientations stratégiques du projet médical, l'hôpital Beaujon a débuté sa restructuration en 5 pôles : urgences-proximité, médecine, maladies de l'appareil digestif, tête-cou-rachis et médicotechnique.

L'accueil des patients est organisé, mais l'établissement devra poursuivre sa politique d'amélioration pour faciliter l'accès des handicapés à l'ensemble des secteurs. La prise en charge du patient se présentant pour une urgence est organisée.

Des actions de sensibilisation ont été menées sur le thème du droit et de la dignité des patients. Toutefois la réflexion sur l'utilisation de la contention et la prescription de restriction de liberté devra être finalisée. L'information orale est donnée, mais la notion de personne de confiance reste peu connue, le consentement est recherché. Il devra être systématiquement tracé.

Le dossier du patient, bien qu'hétérogène est organisé. Un service a initié un dossier ville-hôpital.

La prise en charge de la douleur est effective et l'efficacité des traitements est évaluée.

La continuité des soins et leur coordination sont assurées entre les différents secteurs d'activité. Toutefois, l'établissement devra évaluer l'efficacité de la prise en charge des urgences vitales internes.

Les prestations des activités médicotechniques ont fait l'objet d'évaluation et d'amélioration. Néanmoins, il conviendra de mettre en conformité le circuit d'acheminement des tubes de prélèvement.

Un programme d'évaluation des produits de santé est en œuvre, mais le circuit du médicament devra être évalué.

L'organisation et la planification des activités interventionnelles sont définies. La charte du bloc est en cours d'écriture. Le conseil de bloc se réunit essentiellement pour la constitution du programme opératoire, il devra assurer la plénitude de ses attributions.

Les soins palliatifs, le décès et les dons d'organes sont organisés.

Des activités de rééducation, de soutien et d'éducation sont en œuvre et favorisent l'autonomie du patient et sa sortie.

L'établissement à une organisation interne ouverte vers l'extérieur.

Psychiatrie et santé mentale

Soins de suite et de réadaptation

Soins de longue durée

Hospitalisation à domicile

II. Appréciation globale sur la dynamique qualité

Une nouvelle orientation qualité, à la suite de la première démarche d'accréditation, a été définie.

La mise en œuvre de ce programme qualité a démarré en s'appuyant en particulier sur la réalisation d'une auto-évaluation ciblée sur les points ayant fait l'objet d'une réserve et des recommandations faites par L'ANAES à l'issue de la première visite.

Les actions d'évaluation restent encore à développer. L'évaluation des pratiques professionnelles a débuté, le travail réalisé a été conduit par des équipes pluridisciplinaires, impliquées et très participatives.

Les changements intervenus dans l'équipe de direction depuis la première visite d'accréditation ont été à l'origine d'une réorganisation complète, mais progressive. Cette période de changement aux différentes directions a généré quelques flottements dus à une réorganisation progressive. Certains postes ont été occupés récemment (direction qualité) privant ainsi leurs titulaires d'un bilan au sens réel du terme. Parfois même la politique n'est-elle pas formalisée, pour la même raison, mais se présente comme une compilation d'actions dans le cadre d'un programme non encore évalué. L'établissement a donc conforté sa structure qualité. Un comité de pilotage accréditation/qualité/risque coordonne l'ensemble des actions menées par les groupes de travail sous la responsabilité du service qualité. La cellule qualité a su motiver et intéresser les professionnels médicaux et non médicaux. L'information des professionnels sur la démarche qualité, les objectifs et les résultats sont effectifs.

L'engagement des acteurs est identifié :

- au niveau de la cellule qualité ;
- au niveau de l'équipe de direction ;
- au niveau des présidents et vice-présidents de CCM.

L'ensemble de ces managers institutionnels affichent une réelle volonté de progresser dans la démarche qualité. Leur engagement est, pour certains récent et il devra surmonter l'épreuve du temps.

Une dynamique qualité est identifiée tout au long de la visite de certification chez l'ensemble des acteurs. Dans certains secteurs des freins à la démarche qualité en ralentissent la progression (charte des blocs opératoires non finalisée, mais indispensable à l'harmonisation du fonctionnement).

Il est à noter un engagement médical dans la voie de l'évaluation des pratiques. Les soignants ont eu à cœur de choisir de sujets retraçant les activités de l'établissement, ils se sont engagés pour mener à bien ces travaux d'EPP (parfois difficiles faute de l'existence de référentiels) et ont débuté la mise en place d'actions d'amélioration. Le parangonnage n'est pas toujours possible faute de données générales dans la littérature. La dynamique qualité que nous avons constatée montre que l'établissement veut se donner les moyens de continuer dans cette voie. Le temps sera à même de conforter ses choix et de consolider ses efforts en matière qualité.

Enfin, même si on peut considérer comme importante l'appropriation de la démarche qualité par l'ensemble du personnel, la pérennité de cette démarche ne pourra être assurée que si l'établissement s'attache à un développement pérenne et général d'évaluations, aidées si nécessaire par la structure qualité gestion des risques.

III. Liste des actions exemplaires

« Les experts-visiteurs ont remarqué l' action suivante, réussie et pérenne, susceptible de provoquer la mise en œuvre d'actions similaires dans d'autres établissements » :

■ **L'organisation de la prise en charge des malades au service des urgences :**

La prise en charge des patients au service des urgences est organisée de la façon suivante :

- **Le flux d'amont :**

Il est régulé par une consultation sans rendez-vous dans les locaux des urgences en semaine et transfert vers la maison médicale de Clichy le week-end.

- **Prise en charge :**

Elle est orientée par une infirmière d'accueil et d'orientation formée suivant une analyse de la gravité du patient en 6 classes (avec l'aide d'un médecin senior en cas de besoin).

- **Infirmière**

Elle est dédiée à une zone de travail avec possibilité de redéploiement

- **Détresse vitale :**

Dans ce cas, il y a une Admission en salle de déchocage avec appel simultané du réanimateur de garde

- **Les polytraumatisés :**

Ils sont pris en charge directe par les réanimateurs en SSPI

- **Les examens complémentaires**

Il y a une diminution des délais d'obtention des examens complémentaires par un accord formalisé avec les services.

- **La sortie des patients :**

Elle est améliorée par l'augmentation des lits portes, l'ouverture de lit de surveillance continue et régulation seniorisée et protocolée du transfert dans les lits d'aval

- **L'implication des services cliniques d'aval et des services médico-techniques .**

PARTIE 4
DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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 :

- Respecter les protocoles validés de maîtrise du risque infectieux (16 c) ;
- Garantir la confidentialité et la sécurité dans le circuit d'acheminement des examens de laboratoire (35 b) ;

Une visite ciblée aura lieu sur les sujets concernés dans un délai **de 12 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 :

- Assurer la maîtrise de la qualité et de la sécurité des prestations blanchisserie et transport interne des patients (11 b, 11 c)
- Développer et assurer le suivi d'un programme d'amélioration continu de la qualité (13g) ;
- Garantir la confidentialité des informations du patient tout au long de sa prise en charge (26 a) ;
- Systématiser le renouvellement de prescription de contention (29 e) ;
- Assurer une prise en charge efficace des urgences vitales sur l'ensemble des secteurs (33 c) ;
- Assurer la sécurité de l'ensemble du circuit du médicament (36 b) ;
- Renforcer le fonctionnement du Conseil de bloc (37 a) ;
- Structurer une évaluation du programme qualité et gestion des risques (50 a, 50 b, 50 c).

INDEX

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

CIM :	Classification internationale des maladies	CRUQ :	Commission de relations avec les usagers et la qualité
CLAN :	Comité de liaison alimentation et nutrition	CSP :	Code de la santé publique
CLCC :	Centre de lutte contre le cancer	CSSI :	Commission du service de soins infirmiers
CLIC :	Centre local d'information et de coordination	CSTH :	Comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance
CLIN :	Comité de lutte contre les infections nosocomiales	CTE :	Comité technique d'établissement
CLSSI :	Commission locale du service de soins infirmiers	CTEL :	Comité technique d'établissement
CLUD :	Comité de lutte contre la douleur	CTS :	Centre de transfusion sanguine
CMA :	Comorbidité associée	DACQ :	Démarche d'amélioration continue de la qualité
CMAS :	Comorbidité associée sévère	DAETB :	Direction des affaires économiques, techniques et biomédicales
CMC :	Catégorie majeure clinique	DAF :	Direction des affaires financières
CMD :	Catégorie majeure de diagnostic	DAFSI :	Direction des affaires financières et du système d'information
CME :	Commission médicale d'établissement (publique)	DAMR :	Direction des affaires médicales et de la recherche
CME :	Conférence médicale d'établissement (privée)	DAR :	Département d'anesthésie réanimation
CMP :	Centre médicopsychologique	DARH :	Directeur d'agence régionale de l'hospitalisation
CMU :	Couverture maladie universelle	DASRI :	Déchets d'activité de soins à risque infectieux
CNAM :	Caisse nationale d'assurance-maladie	DDAF :	Direction départementale de l'agriculture et des forêts
CNIL :	Commission nationale informatique et libertés	DDASS :	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
CNMBRDP :	Commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction et du diagnostic prénatal	DDE :	Direction départementale des équipements
COM :	Contrat d'objectifs et de moyens	DES :	Direction des services économiques
COMAIB :	Commission médicoadministrative de l'informatique et de la bureautique	DGCCRF :	Direction générale de la consommation de la concurrence et de la répression des fraudes
COQ :	Comité d'organisation qualité	DGS :	Direction générale de la santé
COTOREP :	Comité technique d'orientation et de reclassement professionnel	DHOS :	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
COTRIM :	Comité technique régional de l'information médicale	DIL :	Direction de l'ingénierie et de la logistique
CPAM :	Caisse primaire d'assurance-maladie	DIM :	Département d'information médicale
CPS :	Carte de professionnel de santé	DIVLD :	Dispositif intravasculaire de longue durée
CQAGR :	Comité qualité, accréditation et gestion des risques	DM :	Dispositif médical
CRAM :	Caisse régionale d'assurance-maladie	DMS :	Durée moyenne de séjour
CRIH :	Centre régional d'informatique hospitalier	DOMES :	Données médicales, économiques et sociales
CRLCC :	Centre régional de lutte contre le cancer		
CROSS :	Comité régional d'organisation sanitaire et sociale		
CRPV :	Centre régional de pharmacovigilance		

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

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

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

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