

**RAPPORT D'ACCREDITATION
DE LA CLINIQUE
LES TROIS-SOLEILS**

**19, rue du Château
77310 BOISSISE-LE-ROI**

NOVEMBRE 2006

S O M M A I R E

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	p.	5	Chapitre IV – Évaluations et dynamiques d'amélioration	p.	71
PARTIE 1			A Pratiques professionnelles	p.	73
DÉMARCHE QUALITÉ ET ACCRÉDITATION	p.	7	B Ressources humaines	p.	77
I Historique et organisation de la démarche qualité	p.	9	C Fonctions hôtelières et logistiques	p.	78
II Suivi des décisions de la première procédure d'accréditation	p.	10	D Système d'information	p.	79
III Association des usagers à la procédure d'accréditation	p.	11	E Qualité et gestion des risques	p.	80
IV Interface avec les tutelles en matière de sécurité	p.	11	F Orientations stratégiques	p.	83
PARTIE 2			PARTIE 3		
CONSTATATIONS PAR CHAPITRE	p.	13	COMMENTAIRES SYNTHÉTIQUES	p.	85
Chapitre I – Politique et qualité du management	p.	15	I Commentaires synthétiques par type de prise en charge	p.	87
Chapitre II – Ressources transversales	p.	25	II Appréciation globale sur la dynamique qualité	p.	88
A Ressources humaines	p.	27	III Liste des actions exemplaires	p.	89
B Fonctions hôtelières et logistiques	p.	29	PARTIE 4		
C Organisation de la qualité et de la gestion des risques	p.	32	DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	p.	91
D Qualité et sécurité de l'environnement	p.	37			
E Système d'information	p.	43	INDEX	p.	93
Chapitre III – Prise en charge du patient	p.	47			
A Orientations stratégiques et management des secteurs d'activité	p.	48			
B Parcours du patient	p.	49			

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Nom de l'établissement	Clinique Les Trois-Soleils	
Situation géographique	Ville : Boissise-le-Roi Département : 77310	Région : Île-de-France
Statut (<i>privé-public</i>)	Privé	
Type de l'établissement (<i>CHU, CH, CHS, HL, PSPH, Ets privé à but lucratif</i>)	Privé à but lucratif	
Nombre de lits et places (<i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i>)	158 lits et places répartis en 115 lits de rééducation polyvalente, 27 lits de rééducation neurologique et 16 places de rééducation en hôpital de jour	
Nombre de sites (<i>de l'ES et leur éloignement s'il y a lieu</i>)	Un seul site	
Activités principales (<i>par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i>)	Existence d'une seule activité à savoir une activité de soins de suite et de réadaptation	
Activités spécifiques (<i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i>)	16 places de rééducation en hospitalisation de jour	
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité		
Coopération avec d'autres établissements (<i>GCS, SIH, conventions...</i>)	Conventions pour la rééducation orthopédique avec des cliniques et hôpitaux de la région île de France. Conventions pour la rééducation neurologique avec des hôpitaux de la France îlienne. Autres conventions de type recherche (unité INSERM de la Pitié-Salpêtrière), avec un soin de suite, un service de soins à domicile, téléalarme.	
Origine géographique des patients (<i>attractivité</i>)	Vu sa position géographique, l'établissement recrute les patients du sud/sud-est de la région parisienne (Seine-et-Marne, Essonne, Val-de-Marne, Paris)	

<p>Transformations récentes <i>(réalisées ou projetées, ou projets de restructuration)</i></p>	<p>Installation de 8 places d'hôpital de jour en novembre 2002 ; capacité passée à 16 places en mai 2005 et ouverture connexe d'un bâtiment de 1 000 m² Ouverture de 14 lits de rééducation neurologique par conversion de 14 lits de rééducation polyvalente en décembre 2002 ; extension de 14 à 27 lits en mars 2006 par création de 10 lits et conversion de 3 lits de rééducation polyvalente. Ouverture connexe d'un bâtiment de 550 m²</p>
---	---

PARTIE 1

LA DÉMARCHE QUALITÉ ET L'ACCRÉDITATION

I Historique et organisation de la démarche qualité

Lors de la première accréditation, la clinique Les Trois-Soleils n'a fait l'objet ni de recommandation, ni de réserve. Néanmoins, les experts ont formulé des actions d'amélioration qui ont été intégrées au plan d'action qualité. Depuis la première accréditation le comité de pilotage de la qualité (copil) a continué à fonctionner. Il a validé annuellement les programmes d'actions qualité et les bilans. En relation avec la nouvelle politique qualité et risques de l'établissement, ce comité a élargi son champ d'action en intégrant la coordination de la gestion des risques, et a été renommé comité de pilotage qualité/risques. Il valide en dernier lieu le plan global d'actions qualité/risques.

Une nouvelle structure a été créée à savoir la cellule d'analyse des événements indésirables et du risque (CAEIR).

Les plans d'action qualité et de gestion des risques 2005 ont été établis en début d'année et réunis dans un seul et même document nommé plan global d'action qualité/risques (validé en COPIL en février et juin 2005).

Des groupes de travail se sont réunis pour élaborer des projets et mettre en place des actions qualité sur différents thèmes :

- en matière de prévention du risque infectieux avec la rédaction et l'évaluation de protocoles ;
- en matière d'organisation de la prise en charge du patient et du respect de ses droits : élaboration de protocoles au sein du GLUD (groupe de lutte contre la douleur) et évaluation des pratiques professionnelles, amélioration de la confidentialité du secrétariat, formations sur le respect de la charte du patient pour l'ensemble du personnel ;
- en matière de politique du dossier du patient : traçabilité la plus exhaustive possible des informations sur l'état de santé du patient en vue d'une bonne coordination et gestion fiable des informations avec l'informatisation du dossier du patient à l'ensemble de l'établissement et de nombreux audits ciblés ;
- en matière de gestion des ressources humaines la finalisation et l'actualisation des fiches de fonction et l'entretien annuel d'évaluation ;
- en matière de gestion des risques avec la structuration et l'opérationnalité de la coordination des vigilances et de la gestion des risques (audit circuit du médicament, formation incendie régulière, prévention des accidents du travail au sein du CHSCT).

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

III. Association des usagers à la procédure d'accréditation

La mise en place de la CRUQ a été effective avec des représentants des usagers, au dernier trimestre 2005. Les usagers siégeant à la CRUQ ont participé à la démarche d'accréditation. Ainsi les références 2, 26, 31 et 51 ont été présentées aux usagers et un représentant a fait partie des groupes de synthèse dédiés aux chapitres 1, 3 et 4.

IV. Interface avec les tutelles en matière de sécurité

L'établissement a envoyé la fiche navette sécurité à la HAS le 18 avril 2006. La has a transmis cette fiche à la MRIICE. À ce jour la MRIICE n'a pas renvoyé la fiche navette.

PARTIE 2

LES CONSTATATIONS PAR CHAPITRE

CHAPITRE I

POLITIQUE ET QUALITÉ DU MANAGEMENT

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

Réf. 2	L'établissement accorde une place primordiale au patient et à son entourage		Cotations
2 a	Le respect des droits et l'information du patient sont inscrits dans les priorités de l'établissement.	L'établissement intègre le respect des droits et de l'information du patient dans la mise en œuvre de ses orientations stratégiques et dans son organisation. La sensibilisation des professionnels est assurée.	A
2 b	L'expression du patient et de son entourage est favorisée.	Les entretiens et les échanges entre les professionnels, les patients et leur entourage sont réalisés dans des conditions propices à l'expression. Des locaux adaptés sont disponibles à cet effet. Le recueil des suggestions et des plaintes est organisé.	A
2 c	Une réflexion éthique autour de la prise en charge du patient est conduite.	L'établissement identifie et traite les sujets nécessitant une réflexion éthique.	A
2 d	La politique hôtelière prend en compte les attentes des patients.	Les attentes des patients sur le plan hôtelier sont recueillies et prises en compte. Elles permettent de définir et de mettre en œuvre une politique hôtelière. La demande en chambre seule ne peut pas être toujours satisfaite compte tenu de l'architecture.	B
2 e	Les représentants des patients participent à l'évaluation et à l'amélioration des services rendus par l'établissement.	Les représentants d'usagers sont désignés. Ils siègent aux instances et participent à la vie de l'établissement et aux démarches qualité et de certification. Leur avis est pris en compte pour améliorer le service rendu au patient.	A

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

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

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

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

Réf. 7	L'établissement met en œuvre une politique d'optimisation de ses ressources et de ses moyens en adéquation avec les orientations stratégiques		Cotations
7 a	Les coûts des activités sont connus et leur maîtrise est assurée.	Les coûts des activités sont connus et transmis aux responsables. À partir de l'exploitation et de l'analyse des résultats, des mesures d'ajustement sont mises en œuvre avec les responsables des services afin d'assurer la maîtrise des coûts.	A
7 b	La réalisation et le financement des investissements sont planifiés de façon pluriannuelle.	La prévision et l'organisation des investissements à réaliser et à financer permettent une planification pluriannuelle. Celle-ci est opérationnelle et son suivi assuré par des responsables identifiés de l'établissement.	A
7 c	Une politique d'optimisation des équipements est mise en œuvre.	Les modalités d'utilisation des équipements permettent leur optimisation. La mutualisation des équipements en interne et en externe est organisée.	A

CHAPITRE II

RESSOURCES TRANSVERSALES

A – RESSOURCES HUMAINES

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

Réf. 9	Les processus de gestion des ressources humaines sont maîtrisés		Cotations
9 a	Le recrutement de l'ensemble des personnels est organisé.	Une politique de recrutement est définie. Les différents acteurs sont identifiés. Les modalités de recrutement sont formalisées intégrant l'adéquation des compétences aux conditions d'exercice.	A
9 b	L'accueil et l'intégration des personnels sont assurés.	Une politique d'accueil et d'intégration des personnels 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 continue, 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.) et évaluée.	A
9 d	L'évaluation des personnels est mise en œuvre.	L'évaluation des personnels est mise en place et ses résultats sont utilisés dans le cadre de la politique de gestion des ressources humaines.	A
9 e	La gestion administrative des personnels assure la qualité et la confidentialité des informations individuelles.	Des modalités de gestion sont définies, diffusées, appropriées et appliquées par l'ensemble des gestionnaires du personnel. Elles garantissent les principes de disponibilité, d'intégrité, de confidentialité et de sécurité des dossiers du personnel.	A

B – FONCTIONS HÔTELIÈRES ET LOGISTIQUES

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

Réf. 11	Les fonctions logistiques, assurées par l'établissement ou externalisées, sont organisées pour assurer la maîtrise de la qualité et de la sécurité des prestations		Cotations
11 a	La qualité et l'hygiène de la restauration sont assurées.	Une évaluation externe permet de vérifier l'existence d'un système d'assurance qualité de la restauration. À défaut, le système d'assurance qualité comporte l'existence d'une démarche HACCP, de protocoles et d'audits. La distribution est organisée. L'établissement assure l'adaptation des prestations aux attentes des patients.	A
11 b	La qualité et l'hygiène en blanchisserie, et dans le circuit de traitement du linge, sont assurées.	Le programme qualité est assuré par l'application des protocoles établis à toutes les étapes de la fonction blanchisserie. L'établissement assure la formation des personnels, la diffusion des protocoles et l'évaluation à périodicité définie.	A
11 c	Le transport du patient entre les secteurs d'activité internes et/ou externe de l'établissement permet la continuité des soins, le respect concernant la dignité, la confidentialité et la sécurité, notamment l'hygiène.	La fonction transport (interne et externe) est organisée et le personnel est formé dans le but d'assurer l'hygiène, la continuité des soins et le respect des droits du patient.	A

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

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

Réf. 13	Un système de management de la qualité est en place		Cotations
13 a	L'écoute des patients est organisée.	L'établissement dispose d'une organisation permettant le recueil et l'analyse des besoins, des attentes, de la satisfaction et des plaintes des patients. Ce système permet la mise en place d'actions d'amélioration.	A
13 b	Le programme d'amélioration continue de la qualité comporte des objectifs précis, mesurables dans le temps.	L'établissement dispose d'un programme d'amélioration de la qualité comportant des objectifs précis. Les échéances et les modalités de suivi sont définies. La communication sur le programme est assurée.	A
13 c	Le programme d'amélioration continue de la qualité prend en compte les résultats issus de différentes formes d'évaluation internes et externes.	L'établissement dispose d'une visibilité sur les différentes évaluations internes et externes réalisées et utilise leurs résultats pour élaborer le programme d'amélioration de la qualité.	A
13 d	La formation des professionnels à la qualité est assurée.	L'établissement analyse les besoins de formation à la qualité et met en œuvre une formation adaptée aux besoins du programme qualité.	A
13 e	Le déploiement de la démarche et des actions qualité dans les secteurs d'activité est organisé.	L'établissement met en œuvre les actions permettant le déploiement de la démarche qualité dans les secteurs d'activité. Des référents par secteurs sont identifiés et leurs responsabilités clarifiées. Des actions sont conduites dans les différents secteurs.	A
13 f	La gestion documentaire est organisée.	L'établissement a organisé son système de gestion documentaire. L'ensemble des professionnels est formé à l'utilisation de ce système. Ce système permet un accès facile à l'information.	A

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

Réf. 14	La gestion des risques est organisée et coordonnée		Cotations
14 a	Les informations relatives aux risques sont rassemblées et organisées.	L'établissement dispose d'une visibilité sur l'ensemble de ses risques grâce à un regroupement des informations et une veille réglementaire en matière de sécurité. Il partage ces informations avec les différents professionnels.	A
14 b	Des dispositions sont en place pour identifier et analyser <i>a priori</i> les risques.	L'établissement met en œuvre une démarche structurée d'identification et d'analyse des risques <i>a priori</i> pour laquelle des responsabilités sont définies par domaine de risques.	A
14 c	Des dispositions sont en place pour identifier et analyser <i>a posteriori</i> les risques.	L'établissement met en œuvre une démarche structurée d'identification et d'analyse des incidents et accidents survenus. Les responsabilités sont définies pour l'identification, le signalement et l'analyse.	A
14 d	Les résultats issus des analyses de risque permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter.	Des actions de réduction des risques sont hiérarchisées et mises en œuvre. Les instances et les professionnels sont impliqués.	A
14 e	La gestion d'une éventuelle crise est organisée.	Une organisation est en place pour faire face à une situation de crise : cellule de crise, circuits d'alerte, formation des professionnels, scénarios de crise, modalités de communication. L'établissement va organiser des exercices de simulation. Elle est connue des professionnels.	B
14 f	L'organisation des plans d'urgence pour faire face aux risques exceptionnels est en place.	L'établissement est organisé pour faire face aux risques exceptionnels. Les plans d'urgence sont formalisés et actualisés ; les professionnels connaissent les modalités de mise en œuvre et leur rôle dans le dispositif par la formation. L'établissement va organiser des exercices de simulation.	B

Réf. 14	La gestion des risques est organisée et coordonnée	Cotations
		Des actions de communication complètent cette organisation.

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

D – QUALITÉ ET SÉCURITÉ DE L'ENVIRONNEMENT

Réf. 16	Un programme de surveillance et de prévention du risque infectieux, adapté au patient et aux activités à risque, est en place		Cotations
16 a	Les patients et les activités à risque infectieux sont identifiés et un programme de surveillance adapté est en place.	Une identification des patients et des activités à risque, dans ce type d'établissement, a été réalisée et un programme de surveillance est mis en œuvre. Son suivi est assuré.	A
16 b	Une formation de l'ensemble des professionnels à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux spécifique à la prise en charge est assurée.	L'établissement a organisé pour l'ensemble du personnel une formation régulière adaptée aux besoins spécifiques de la prise en charge, actualisée sous la direction du CLIN et régulièrement évaluée.	A
16 c	Des protocoles ou procédures de maîtrise du risque infectieux, validés, sont utilisés.	Il existe des protocoles et procédures de maîtrise du risque infectieux, validés par le CLIN, adaptés aux activités de l'établissement. Leur utilisation est évaluée.	A
16 d	Le bon usage des antibiotiques, dont l'antibioprophylaxie, est organisé.	Des règles de bonnes pratiques sont en place et diffusées, concernant l'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 (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.	A
16 f	Le signalement des infections nosocomiales est organisé et opérationnel.	Le dispositif de signalement des infections nosocomiales est opérationnel. Les professionnels de l'établissement le connaissent. Il repose sur la formation et l'information de tous les professionnels de l'établissement.	A

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 de 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.	A

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

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

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

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

E – SYSTÈME D'INFORMATION

Réf. 21	Le recueil et la mise à disposition de l'information sont organisés dans l'établissement		Cotations
21 a	Les bases de connaissances utiles à la réalisation des différentes activités sont à la disposition des professionnels.	Le recueil des connaissances utiles aux utilisateurs est organisé. Les supports et le mode de communication en permettent l'accès aux professionnels.	A
21 b	Les données nécessaires à la prise en charge des patients sont communiquées en temps utile et de façon adaptée aux besoins.	L'organisation permet la mise à disposition des professionnels concernés des données nécessaires aux différents stades de la prise en charge du patient en temps utile et dans les différents secteurs d'activité, sous une forme adaptée aux besoins. Il reste à organiser la planification des rendez-vous de radiologie.	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 favorisent la coordination en temps voulu des acteurs de la prise en charge du patient. La présence systématique des ergothérapeutes aux réunions de synthèse ainsi que l'exhaustivité des renseignements par les orthophonistes serait favorable à cette coordination.	B
21 d	Les données nécessaires au suivi des activités et au pilotage de l'établissement sont recueillies et transmises aux responsables.	Les besoins d'information pour gérer leur secteur d'activité sont identifiés. Les échanges d'informations entre responsables sont organisés et favorisent le pilotage de l'établissement et de ses secteurs d'activité.	A
21 e	Le contrôle qualité des données est en place.	Un contrôle de la qualité des données est effectué régulièrement dans les différents champs du système d'information. L'analyse et l'exploitation de ces contrôles sont également effectuées.	A

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

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

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

CHAPITRE III

PRISE EN CHARGE DU PATIENT

A – ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET MANAGEMENT DES SECTEURS D'ACTIVITÉ

Réf. 25	Les responsables des secteurs d'activité exercent pleinement leur rôle		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
25 a	Les responsables prévoient les évolutions de leur secteur d'activité en cohérence avec les choix stratégiques de l'établissement.	Les responsables de chaque secteur d'activité élaborent un projet. Ces projets s'inscrivent dans les orientations stratégiques de l'établissement.			A		
25 b	Les responsables organisent les activités de leur secteur et identifient les moyens nécessaires à leur réalisation.	L'implication des responsables permet d'assurer une organisation compétente et efficiente de leur secteur d'activité.			A		
25 c	Les responsables organisent la complémentarité avec les autres structures et la participation à des réseaux de santé dans leur domaine.	Tous les responsables des secteurs d'activité définissent les champs de complémentarité et les partenariats potentiels ; L'organisation mise en place est formalisée et les modes de fonctionnement permettent d'en assurer le suivi.			A		
25 d	Les responsables des secteurs d'activité décident, dans le cadre de leurs attributions, des actions à mettre en œuvre dans leur secteur.	Les 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 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.	Chaque responsable s'implique dans l'efficacité de son secteur d'activité et dispose d'outils et de moyens permettant de s'assurer de la bonne utilisation des ressources allouées. Il n'y a pas de budget de service proprement dit mais une communication de certaines lignes de charges sensibles.			B		
25 g	Les responsables développent des démarches d'évaluation et d'amélioration.	Les responsables sont institutionnellement impliqués dans l'évaluation et l'amélioration des performances de leur secteur d'activité. Ils disposent des outils et de la formation pour le faire.			A		

B – PARCOURS DU PATIENT

Réf. 26	Les droits et la dignité du patient (résidant – USLD) sont respectés		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
26 a	La confidentialité des informations relatives au patient (résidant – USLD) est garantie.	Les pratiques professionnelles et les moyens mis en place, en particulier les actions de sensibilisation, permettent d'assurer le respect de la confidentialité des données à caractère médical ou social et leur accès par les seules personnes autorisées.			A		
26 b	Le respect de la dignité et de l'intimité du patient (résidant – USLD) est préservé tout au long de sa prise en charge.	Les pratiques professionnelles et les moyens mis en place, en particulier les actions de sensibilisation, permettent d'assurer le respect de la dignité et de l'intimité des patients.			A		
26 c	La prévention de la maltraitance du patient (résidant – USLD) au sein de l'établissement est organisée.	Les professionnels sont sensibilisés à la prévention de la maltraitance et appliquent les bonnes pratiques notamment en matière de contention. Les situations à risque sont identifiées et un système de signalement est en place.			A		
26 d	La volonté du patient (résidant – USLD) est respectée.	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 formations et des actions de sensibilisation sur le thème du respect des droits et de la dignité du patient sont organisées et suivies.			A		

Réf. 27	L'accueil du patient (résident – USLD) et de son entourage est organisé		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
27 a	Les besoins et les attentes du patient (résident – USLD) sont identifiés, y compris les besoins sociaux.	Les informations concernant les besoins et les attentes du patient sont recherchées, rassemblées aux moments d'accueil et sont disponibles.			A		
27 b	Le patient (résident – USLD) reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de son séjour.	Les conditions de l'accueil, la sensibilisation du personnel et les supports d'information font que les patients reçoivent une information claire et adaptée sur les conditions de son séjour.			A		
27 c	L'accueil et les locaux sont adaptés aux handicaps du patient (résident – USLD) et/ou de son entourage.	L'établissement s'organise pour rendre l'ensemble des secteurs d'activité concernant le patient accessible aux handicapés.			A		
27 d	La permanence de l'accueil est organisée.	Les règles gérant l'accueil sont définies et assurent une réponse permanente et adaptée aux différents types de prise en charge.			A		
27 e	Une procédure spécifique d'accueil des détenus est organisée dans les établissements concernés.	Critère non applicable.			NA		

Réf. 28	La prise en charge du patient se présentant pour une urgence est organisée		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
28 a	L'accueil de toute personne se présentant pour une urgence est organisé par des professionnels formés à cet effet.	L'établissement n'a pas vocation à accueillir les urgences compte tenu de la spécificité de celui-ci. Les patients nécessitant une prise en charge en urgence sont orientés directement dans les centres hospitaliers de proximité.			NA		
28 b	Selon le degré d'urgence, une prise en charge, une réorientation ou un transfert est organisé dans un délai compatible avec les impératifs de sécurité.	Critère non applicable.			NA		
28 c	Le recours à un avis spécialisé est organisé selon les besoins.	Critère non applicable.			NA		
28 d	La disponibilité des lits d'hospitalisation est régulièrement évaluée et analysée au sein de l'établissement.	Critère non applicable.			NA		

Réf. 29	L'évaluation initiale de l'état de santé du patient (résident – USLD) donne lieu à un projet thérapeutique personnalisé, ajusté tout au long de sa prise en charge (son séjour – USLD)		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
29 a	Le patient (résident – USLD) et, s'il y a lieu, son entourage sont partie prenante dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique.	Une organisation formalisée impliquant le patient et, le cas échéant son entourage, dans l'élaboration et le suivi de son projet thérapeutique est mise en œuvre dans chaque secteur d'activité. Le point de vue du patient et de son entourage s'il y a lieu est systématiquement tracé dans le dossier du patient.			A		
29 b	Les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures sont accessibles 24 heures/24.	Une organisation assure l'accès 24 heures/24 à l'ensemble des données antérieures.			A		
29 c	Le projet thérapeutique prend en compte l'ensemble des besoins du patient (résident – USLD) et organise la coordination entre les professionnels des différents secteurs d'activité.	Les besoins des patients sont identifiés. Ils sont pris en compte de façon coordonnée par les professionnels des différents secteurs d'activité.			A		
29 d	La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient (résident – USLD).	Les professionnels ont défini les actes effectués en interne devant faire l'objet d'une traçabilité de la réflexion bénéfice-risque dans le dossier. Pour les actes effectués en externe, la mention dans le dossier de cette réflexion n'est pas systématique.			B		
29 e	Lorsqu'une restriction de liberté de circulation est envisagée dans l'intérêt du patient (résident – USLD), celle-ci fait l'objet d'une réflexion en équipe et d'une prescription écrite réévaluée à périodicité définie, et d'une information au patient (résident – USLD) et à son entourage.	Les situations de restriction de liberté de circulation sont identifiées et font l'objet d'une réflexion de l'équipe de soins, tracée dans le dossier du patient et d'une prescription écrite réévaluée à périodicité définie.			A		
29 f	Le projet thérapeutique fait l'objet d'ajustements en fonction d'évaluations	L'ensemble des professionnels tracent leurs observations dans le dossier du patient et se coordonnent pour ajuster de façon			A		

		Cotations							
	régulières de l'état de santé du patient (résidant – <i>USLD</i>).	régulière le projet thérapeutique.							

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

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

Réf. 31	Le patient (résidant – USLD) est informé de son état de santé et est partie prenante de sa prise en charge		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
31 a	Le patient reçoit une information coordonnée par les professionnels sur les soins et son état de santé tout au long de sa prise en charge.	La coordination des professionnels permet au patient de recevoir une information cohérente sur ses soins et son état de santé, tout au long de sa prise en charge.			A		
	USLD – Le résidant et/ou les personnes habilitées reçoivent une information coordonnée par les professionnels sur les soins et son état de santé tout au long de son séjour.						
31 b	Les professionnels délivrent une information adaptée à la compréhension du patient (résidant – USLD).	Les informations données au patient sont adaptées à sa compréhension et aux particularités de son état de santé, de sa situation ou de sa prise en charge.			A		
31 c	Le patient (résidant – USLD) désigne les personnes qu'il souhaite voir informer.	La mention de la personne à prévenir est toujours présente dans le dossier. L'information concernant la possibilité de désigner une personne de confiance figure dans le livret d'accueil. Toutefois l'appropriation de la notion de personne de confiance reste à systématiser parmi l'ensemble des soignants.			B		
31 d	Le consentement éclairé du patient (résidant – USLD) ou de son représentant légal est requis pour toute pratique le concernant.	Avant toute demande de consentement, le patient ou son représentant légal est informé sur les actes de prévention, d'exploration et de soins qui le concernent en particulier sur leurs risques et leurs bénéfices. Le consentement du patient ou de son représentant légal est systématiquement recueilli et tracé dans le dossier.			A		
31 e	Un consentement éclairé (résidant – USLD) du patient est formalisé dans les situations particulières.	Avant toute demande de consentement, le patient (le représentant légal, le cas échéant) est informé sur les actes de prévention, d'exploration et de soins qui le concernent en particulier sur leurs bénéfice-risque. Le recueil écrit systématique du consentement éclairé est réalisé dans			A		

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

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

Réf. 33	La continuité des soins est assurée		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
33 a	Des règles de responsabilité, de présence, et de concertation sont mises en œuvre pour assurer la continuité des soins.	La continuité des soins dans le secteur d'activité et entre secteurs d'activité est assurée grâce à une organisation concertée fixant les responsabilités et planifiant la présence de professionnels.			A		
33 b	La coordination entre les équipes médicales et paramédicales est organisée.	L'organisation des transmissions d'information entre les équipes médicales et paramédicales permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre elles.			A		
33 c	La prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement est assurée.	La prise en charge des urgences vitales est assurée dans chacun des secteurs d'activité de l'établissement grâce à un personnel formé et à une maintenance contrôlée du matériel d'urgence. Le dispositif en place est évalué.			A		

Réf. 34	La traçabilité des actes et la transmission, en temps opportun, des informations reposent sur une organisation adaptée du dossier du patient (résident – USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
34 a	L'information contenue dans le dossier du patient (résident – USLD) est actualisée tout au long de sa prise en charge et également après sa sortie.	Tous les éléments diagnostiques et thérapeutiques sont tracés dans le dossier du patient et notamment toutes les informations retraçant son état de santé. Le dossier est complété après la sortie du patient, le cas échéant.			A		
34 b	L'information contenue dans le dossier du patient (résident – USLD) est accessible aux professionnels en charge du patient (résident – USLD), en temps utile.	Une organisation de la tenue et de l'accessibilité du dossier du patient facilite la consultation des informations qu'il contient lorsque le professionnel de santé en a besoin.			A		
34 c	Tout acte diagnostique et/ou thérapeutique fait l'objet d'une prescription écrite, datée et signée.	Les prescriptions sont écrites, datées et signées pour tous les actes le nécessitant.			A		
34 d	L'information sur son état de santé et son traitement donnée au patient (résident – USLD) et/ou à son entourage est enregistrée dans le dossier du patient (résident – USLD).	L'information donnée au patient et/ou à son entourage n'est pas tracée de façon systématique dans le dossier.			B		

Réf. 35	Le fonctionnement des secteurs médicotechniques à visée diagnostique fait l'objet d'une concertation avec les secteurs d'activité (avec les USLD – USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
35 a	La prescription d'examens complémentaires est justifiée par l'état du patient (résidant – USLD) et mentionne les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande.	Chaque examen complémentaire s'appuie sur une évaluation de l'état du patient, et les demandes d'examens précisent les objectifs et les renseignements cliniques pertinents.			A		
35 b	Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies.	Les règles de coordination entre secteurs d'activité clinique et médicotechnique relatives à la réalisation des examens sont systématiquement définies et mises en œuvre.			A		
35 c	Les règles relatives à la communication des résultats sont établies et répondent aux besoins des secteurs d'activité clinique en termes de qualité et de délais de transmission.	Les règles de coordination entre secteurs d'activité clinique et médicotechnique relatives à la communication des examens sont systématiquement définies et mises en œuvre.			A		

Réf. 36	Les circuits du médicament et des dispositifs médicaux stériles sont organisés en concertation entre les professionnels de la pharmacie et ceux des autres secteurs (des USLD – USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
36 a	Les conditions de prescription, de validation, de dispensation et d'administration des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont maîtrisées afin de réduire le risque iatrogène évitable.	Le circuit du médicament et des dispositifs médicaux stériles est organisé et maîtrisé, par étape, interfaces incluses. Sa sécurisation permet la prévention des événements indésirables évitables.			A		
36 b	L'utilisation des médicaments suit les recommandations de bonne pratique en termes de pertinence de l'indication, de respect des contre-indications, et de connaissance des interactions et effets secondaires.	Les professionnels suivent les recommandations de bonne pratique de prescription des médicaments permettant d'assurer une bonne utilisation des médicaments. Les événements indésirables sont recueillis, analysés et exploités.			A		
36 c	L'administration du médicament au patient (résident – USLD) est conforme à la prescription et fait l'objet d'une traçabilité.	La conformité de l'administration du médicament à la prescription est assurée par les professionnels habilités. La traçabilité est réalisée.			A		
36 d	Les informations sur les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont à la disposition des utilisateurs.	Les responsables de la pharmacie délivrent aux professionnels des informations validées et actualisées sur les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux et mettent à disposition des patients des informations adaptées à leur état de santé.			A		
36 e	Les demandes urgentes de médicaments peuvent être satisfaites à tout moment.	Il existe une organisation concertée et connue de tous les professionnels pour satisfaire à tout moment les demandes urgentes de médicaments.			A		
	USLD – Les demandes urgentes de médicaments, formulées par les USLD, peuvent être satisfaites à tout moment.						

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

Réf. 38	Le don d'organe ou de tissus à visée thérapeutique est organisé		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
38 a	La participation de l'établissement aux activités ou à un réseau de prélèvements d'organes et de tissus est définie.	Non applicable.			NA		
38 b	Une information sur le don d'organes ou de tissus est disponible pour le public.	L'information du public sur les dons d'organes ou de tissus est organisée.			A		
38 c	Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes ou de tissus.	Les professionnels sont sensibilisés au don d'organe et de tissus grâce à des plaquettes d'informations.			A		
38 d	Les prélèvements d'organes ou de tissus sont réalisés conformément aux règles de bonnes pratiques.	Non applicable.			NA		

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

Réf. 40	L'éducation du patient (résidant – USLD) sur son état de santé, son traitement et les questions de santé publique susceptibles de le concerner est assurée		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
40 a	Un programme d'éducation thérapeutique adapté à son état est mis en place en veillant à la compréhension du patient (résidant – USLD).	Une organisation permet de faire bénéficier le patient d'une éducation adaptée à son état de santé. Cette éducation vise l'appropriation des pratiques et l'acquisition des compétences utiles pour améliorer son autonomie dans la gestion de sa maladie et de son traitement.			A		
40 b	L'entourage du patient est associé aux actions d'éducation, le cas échéant.	Une organisation permet d'associer, de façon adaptée, l'entourage aux actions d'éducation thérapeutique du patient.			A		
	USLD – L'entourage et/ou sa famille sont associés aussi souvent que possible à ces actions d'éducation thérapeutique.						
40 c	Une éducation aux questions de santé publique est délivrée au patient (résidant – USLD) 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 le plus tôt possible avec le patient, son entourage et le médecin traitant en tenant compte de ses besoins.			A		
	USLD – Le résident, l'entourage et le médecin traitant qu'il désigne, le cas échéant, sont associés à la planification de la sortie.						
41 b	Le patient est adressé aux professionnels et 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 en temps utile les professionnels d'aval afin de permettre la continuité de la prise en charge.			A		
41 d	La continuité de la prise en charge est assurée lors du transfert entre établissements.	Les conditions du transfert du patient entre établissements sont adaptées à sa situation. Les professionnels organisent les retours d'information nécessaires pour s'assurer de la continuité de sa prise en charge.			A		

Réf. 42	Les soins palliatifs font l'objet d'une réflexion pluriprofessionnelle en relation avec le médecin traitant et l'entourage – (USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
42 a	La volonté du patient (résidant – USLD) est prise en compte.	La volonté du patient est recueillie et prise en compte.			A		
42 b	La prise en charge des besoins spécifiques du patient (résidant – USLD) en fin de vie et de son entourage est assurée.	Les besoins spécifiques des patients en fin de vie sont identifiés et pris en charge.			A		
42 c	La formation des professionnels est organisée.	La formation des professionnels prodiguant des soins palliatifs est assurée.			A		
42 d	Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.	Les besoins d'accompagnement 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 de décès du patient.			A		
43 b	Les volontés et les convictions du défunt sont respectées.	Le recueil des volontés et convictions du patient en cas de décès est tracé dans le dossier. Celles-ci sont respectées en cas de décès.			A		
43 c	Un accompagnement psychologique de l'entourage est assuré.	Lors du décès du patient, les besoins d'accompagnement psychologique de l'entourage sont identifiés et pris en compte.			A		
43 d	Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.	Les besoins d'aide psychologique des professionnels confrontés au décès sont identifiés. L'accompagnement psychologique de ces professionnels est réalisé.			A		

CHAPITRE IV

ÉVALUATIONS ET DYNAMIQUES D'AMÉLIORATION

A – PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Réf. 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
44 a	La pertinence des hospitalisations est évaluée.	L'établissement a choisi d'étudier la pertinence des durées d'hospitalisation après mise en place d'une prothèse de genou. Le sujet a été validé en CME. L'étude est conduite par un groupe de travail pluriprofessionnel, médical et paramédical, la méthode utilisée est l'audit clinique ciblé. Les données de la littérature ont été prises en compte. Les objectifs sont définis et l'analyse des résultats conduit à des actions d'amélioration : utilisation de façon systématique d'une grille d'évaluation fonctionnelle adaptée de la littérature et définition d'un score seuil pour prononcer la sortie. Une première évaluation de ces actions a été réalisée au 2 ^e trimestre 2006. Les résultats ont été diffusés en CME et en réunion du personnel.	A
44 b	La pertinence des actes à risque est évaluée.	L'établissement a choisi la pertinence de l'infiltration de l'épaule douloureuse hémiplégique. Le sujet a été validé en CME. L'étude est menée par un groupe de travail multiprofessionnel médical et paramédical. La méthode utilisée est un audit clinique ciblé rétrospectif effectué à partir d'une grille de recueil établie d'après les recommandations de la société française de rhumatologie. L'analyse des résultats a montré une variabilité des pratiques dans le suivi de l'acte. Des actions d'amélioration ont été mises en place. Une première évaluation de ces actions est prévue en mars 2007.	B
44 c	La pertinence des prescriptions médicamenteuses est évaluée.	Le choix s'est porté sur l'analyse de la pertinence du traitement anticoagulant préventif de la maladie thromboembolique après mise en place d'une prothèse totale de hanche ou de genou. L'étude, validée en CME, a été menée par un groupe pluridisciplinaire (médecins de médecine physique et rééducation, cardiologue, pharmacienne). La méthode utilisée est un audit rétrospectif. Les objectifs sont définis et présentés sous l'aspect d'une amélioration des pratiques et du respect des recommandations correspondant aux données les plus récentes de la littérature. L'action d'amélioration a consisté en la rédaction d'un protocole précisant les modalités du traitement anticoagulant : choix du médicament, durée et surveillance du traitement. Une première évaluation a été faite en juillet 2006. Les résultats ont été diffusés à tous les médecins de l'établissement et validés en CME.	A

Réf. 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
44 d	La pertinence des examens de laboratoire et des examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle est évaluée.	Le thème choisi a été la prescription de l'écho Doppler veineux. Le sujet a été validé en CME. Le groupe de travail est pluridisciplinaire en termes de spécialités médicales. Les objectifs sont précisés et présentés sous l'aspect de l'amélioration de la traçabilité dans le dossier du patient de motifs justifiant la demande de cet examen. La méthode utilisée est l'analyse rétrospective de dossiers. L'analyse de résultats a conduit à une action d'amélioration : la mise en place d'une fiche de prescription comprenant plusieurs items à remplir lors de toute demande d'écho Doppler veineux, le double étant adressé au médecin réalisant l'examen. Les données de la littérature ont été prises en compte. L'information a été diffusée à tous les médecins de la clinique et en CME.	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.	Le sujet retenu est le risque de rupture itérative de la coiffe des rotateurs après chirurgie pour rupture de la coiffe des rotateurs. La littérature confirme ce risque élevé. Le sujet est validé en CME. Le groupe de travail est pluriprofessionnel. La méthode utilisée est un audit de pratique. L'analyse des résultats a permis d'identifier les moments à risque et de mettre en place des actions d'amélioration : un protocole de toilette pour les opérés de la coiffe, le marquage des coussins. L'information a été diffusée en CME et en réunion du personnel concerné. Une première évaluation des actions d'amélioration a été réalisée.			A		
45 b	L'analyse des événements indésirables et la mise en œuvre des actions de prévention et d'amélioration correspondantes sont assurées.	La chute a été le sujet choisi puisqu'il est l'événement indésirable le plus fréquent dans l'établissement. L'analyse des fiches d'événements indésirables concernant les chutes a permis d'identifier les patients à risque en orthopédie et en neurologie ainsi que les moments à risque dans la journée. Les données de la littérature ont été prises en compte. Plusieurs actions d'amélioration ont été mises en place : <ul style="list-style-type: none"> - la modification de la fiche de déclaration de chute afin d'obtenir un recueil plus exhaustif de l'ensemble des circonstances, cette nouvelle fiche est en place depuis avril 2006 ; - recommandations à l'attention des professionnels de la clinique ; - document d'information pour le patient. Il est prévu d'utiliser le nombre de chutes annuelles comme indicateur.			B		

Réf. 46	La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
46 a	Les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés.	<p>L'établissement a retenu la prévention des complications précoces après survenue d'un AVC ischémique. Ce choix tient à la fréquence et à la gravité de cette pathologie : celle-ci représente 13,46 % des patients admis en rééducation à la clinique, compte tenu du développement de l'orientation neurologique d'un service ; d'autre part, les patients sont admis de façon de plus en plus précoce après la phase aiguë. La prise en charge adaptée de cette pathologie fait partie des priorités de santé publique. Le groupe de travail est multiprofessionnel et implique l'ensemble des professionnels concernés. Les objectifs sont définis en termes d'amélioration du respect des recommandations de bonnes pratiques. La méthode utilisée est un audit clinique rétrospectif effectué à partir d'une grille adaptée de plusieurs référentiels de l'HAS. L'analyse des résultats a conduit à des actions d'amélioration sur 2 axes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - élaboration d'un protocole d'accueil du patient ; - élaboration d'un protocole de prise en charge des troubles de la déglutition. <p>Ces protocoles sont en place et l'un deux a déjà fait l'objet d'une évaluation en septembre 2006 ; l'évaluation du second est prévue d'ici la fin 2006.</p> <p>La diffusion des résultats a été faite en réunion auprès des personnels concernés.</p> <p>Le groupe de travail a contacté l'équipe du CHU de Limoges afin de comparer les pratiques et de bénéficier de l'expertise de cette équipe lors de l'élaboration des protocoles. La définition des indicateurs reste à préciser.</p>			A		
46 b	Les processus et les pratiques liés à la prise en charge sont analysés.						
46 c	Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte.						
46 d	Les objectifs d'amélioration sont définis et les actions mises en œuvre.						
46 e	Les données et les indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration.						
46 f	Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons.						

B – RESSOURCES HUMAINES

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

C – FONCTIONS HÔTELIÈRES ET LOGISTIQUES

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

D – SYSTÈME D'INFORMATION

Réf. 49	Une évaluation du système d'information est mise en œuvre		Cotation
49 a	Les dysfonctionnements du système d'information sont recensés, analysés et traités.	L'identification des dysfonctionnements du système d'information avec les acteurs concernés, permet de développer une analyse et un traitement pour y remédier.	A
49 b	La satisfaction des utilisateurs est évaluée et prise en compte.	Il existe un recueil régulier et adapté de la satisfaction des différents utilisateurs du système d'information. Cette évaluation est analysée, communiquée et permet de réajuster le système d'information. La satisfaction des utilisateurs sur la totalité des applications et de leur fonctionnalité va être initiée afin de rapprocher l'attente de l'établissement de la qualité de la prestation externe.	B
49 c	La gestion du dossier du patient est évaluée.	Une évaluation de la gestion du dossier est réalisée régulièrement dans tous les secteurs d'activité en relation avec les instances. L'analyse et l'exploitation de ces résultats permettent de faire progresser la gestion du dossier au niveau de l'institution.	A

E – QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

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

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

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

F – ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

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

PARTIE 3

COMMENTAIRES SYNTHÉTIQUES

I. Commentaires synthétiques par type de prise en charge

Soins de suite et de réadaptation

L'établissement développe l'activité de soins de suite et de réadaptation sur 2 orientations essentielles : la traumatologie orthopédie et la neurologie. La prise en charge du patient constitue un objectif prioritaire de l'établissement. Le patient et son entourage bénéficient d'un accueil attentif et organisé de la part de l'ensemble des intervenants. L'évaluation initiale de l'état de santé du patient donne lieu à 1 projet thérapeutique personnalisé et ajusté tout au long de son séjour. Les services organisent des réunions pluridisciplinaires et transversales rendant effective la collaboration et la complémentarité. Le patient prend une participation active à son projet thérapeutique. Les professionnels s'investissent dans la qualité de la prise en charge de la douleur, la reconnaissance des besoins spécifiques, l'information et le suivi des progrès réalisés. La confidentialité des informations relatives au patient est organisée. La réflexion bénéfice-risque est prise en compte et tracée dans le dossier du patient pour les actes les plus lourds. Malgré un dossier du patient éclaté, l'établissement s'organise pour que chaque professionnel dispose des éléments nécessaires à la prise en charge dont il a la responsabilité. Le circuit du médicament est organisé. L'état nutritionnel du patient est systématiquement évalué et ses besoins sont pris en compte. Les chutes des patients font l'objet d'une évaluation des pratiques professionnelles et cette étude conduit à l'amélioration de la qualité des soins sur l'ensemble de l'établissement. Le risque suicidaire est pris en compte et la prévention des escarres est organisée. L'information sur la personne à prévenir est notée dans le dossier. La notion de personne de confiance est connue des professionnels mais la rubrique à ce jour est inégalement renseignée. Le patient est informé lors de la survenue d'événements indésirables en particulier pour les infections nosocomiales. La continuité des soins entre les différents intervenants du service ainsi que celle avec les services d'amont et d'aval sont organisées. La sortie du patient est planifiée dès que possible, lorsque l'autonomie ne permet pas un retour à domicile dans des conditions satisfaisantes, des solutions alternatives sont recherchées avec des structures extérieures. Une organisation permet d'associer, de façon adaptée, l'entourage aux actions d'éducation thérapeutique des patients. La continuité des soins après la sortie est planifiée et coordonnée avec les patients et son entourage ainsi qu'avec les professionnels intervenants en aval. L'établissement sensibilise le personnel à la démarche qualité grâce à des actions d'évaluation. L'évaluation de la satisfaction des patients est réalisée par le biais des questionnaires de sortie et d'enquêtes de satisfaction. Suite à cela des actions d'amélioration sont mises en place dans la plupart des domaines.

II. Appréciation globale sur la dynamique qualité

Il existe un plan d'action qualité et gestion des risques qui est évalué annuellement par le comité de pilotage et gestion des risques. De plus un programme spécifique de certaines instances comme le CLIN, le GLUD, et le CHSCTest évalué au fur et à mesure des réunions de l'année. Les orientations stratégiques de l'établissement (2005 2010) sont définies au sein du projet d'établissement et du projet médical. Celles-ci sont connues et partagées par l'ensemble du personnel de l'établissement. Le bilan des orientations stratégiques 2000-2005 fait partie des orientations stratégiques 2005 2010 qui sont les suivantes :

- la nature des activités médicales à développer (maintien de la rééducation orthopédique et rhumatologique comme rééducation principale, développement de la rééducation de l'épaule, développement de la neurologie, le vasculaire et le rachis, développement de l'hôpital de jour et des réseaux) ;
- l'amélioration de la gestion, le développement de la politique qualité et l'appropriation de nouveaux moyens mis à disposition (formation sur la gestion du risque, sur les évaluations des pratiques professionnelles), le maintien et l'amélioration du management et du circuit organisationnel de l'entreprise, le développement du système d'information, l'amélioration de la gestion des ressources humaines ;
- le résultat d'exploitation et l'autonomie financière.

De nombreux professionnels sont impliqués dans la démarche qualité à savoir des référents concernant la douleur, l'hygiène, la qualité. De nombreuses enquêtes de satisfaction (patients, correspondants externes, prestations logistiques) sont réalisées et des actions d'amélioration sont mises en place suite aux résultats de ces enquêtes. Des audits internes (hygiène, douleur...) et des audits externes (management) sont effectifs au sein de la clinique Les Trois-Soleils.

Il existe une réelle dynamique d'amélioration en ce qui concerne la démarche qualité et *a fortiori* pour l'ensemble des évaluations engagées au sein de l'établissement.

Les actions réalisées et en cours de réalisation correspondent aux objectifs fixés.

III. Liste des actions exemplaires

Aucune action exemplaire n' a été retenue

PARTIE 4

DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Certification

Au vu des éléments contenus dans le présent rapport de certification issu des résultats de l'auto-évaluation et de la visite sur site, la HAS prononce la **certification**.

La HAS invite l'établissement à poursuivre sa démarche d'amélioration de la qualité.

INDEX

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

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

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

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

TGBT : Transformateur général de basse tension
TIAC : Toxi-infection alimentaire collective
TIM : Technicienne de l'information médicale
UCDM : Unité centrale d'archivage des dossiers médicaux
UCV : Unité cardio-vasculaire
UMSP : Unité médicale de soins palliatifs

UPATOU : Unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences
UPC : Unité de production culinaire
USP : Unité de soins palliatifs
USIC : Unité de soins intensifs cardiologiques
VIH : Virus d'immunodéficience humaine
VSL : Véhicule sanitaire léger