

**RAPPORT DE CERTIFICATION DE
LA POLYCLINIQUE SAINT-PRIVAT
ET LA CLINIQUE MARCHAND**

**46, avenue Enseigne-Albertini
34500 BÉZIERS**

**42 bis, rue Diderot
34500 BÉZIERS**

Février 2007

S O M M A I R E

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	p.	5	Chapitre IV – Évaluations et dynamiques d'amélioration	p.	77
PARTIE 1			A Pratiques professionnelles	p.	78
DÉMARCHE QUALITÉ ET ACCRÉDITATION	p.	7	B Ressources humaines	p.	89
I Historique et organisation de la démarche qualité	p.	9	C Fonctions hôtelières et logistiques	p.	90
II Suivi des décisions de la première procédure d'accréditation	p.	10	D Système d'information	p.	91
III Association des usagers à la procédure d'accréditation	p.	14	E Qualité et gestion des risques	p.	92
IV Interface avec les tutelles en matière de sécurité	p.	14	F Orientations stratégiques	p.	95
PARTIE 2			PARTIE 3		
CONSTATATIONS PAR CHAPITRE	p.	15	COMMENTAIRES SYNTHÉTIQUES	p.	96
Chapitre I – Politique et qualité du management	p.	17	I Commentaires synthétiques par type de prise en charge	p.	99
Chapitre II – Ressources transversales	p.	26	II Appréciation globale sur la dynamique qualité	p.	102
A Ressources humaines	p.	27	III Liste des actions exemplaires	p.	103
B Fonctions hôtelières et logistiques	p.	30	PARTIE 4		
C Organisation de la qualité et de la gestion des risques	p.	33	DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	p.	104
D Qualité et sécurité de l'environnement	p.	36			
E Système d'information	p.	43	INDEX	p.	111
Chapitre III – Prise en charge du patient	p.	49			
A Orientations stratégiques et management des secteurs d'activité	p.	51			
B Parcours du patient	p.	53			

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Nom de l'établissement	Polyclinique Saint-Privat et clinique Marchand	
Situation géographique	Ville : Béziers Département : Hérault	Région : Languedoc-Roussillon
Statut (<i>privé-public</i>)	Privé	
Type de l'établissement (<i>CHU, CH, CHS, HL, PSPH, Ets privé à but lucratif</i>)	Établissement privé à but lucratif	
Nombre de lits et places (<i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i>)	Site polyclinique Saint-Privat : 107 lits et 14 places Site clinique Marchand : 47 lits et 8 places	
Nombre de sites (<i>de l'ES et leur éloignement s'il y a lieu</i>)	Deux, éloignés de 500 mètres	
Activités principales (<i>par exemple ; existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i>)	Site polyclinique Saint-Privat : chirurgie et médecine Site clinique Marchand : médecine	
Activités spécifiques (<i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i>)	Site polyclinique Saint-Privat : UPATOU, soins ambulatoires sur les 2 sites	
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité		

<p>Coopération avec d'autres établissements <i>(GCS, SIH, conventions...)</i></p>	<p>Établissements en cours de fusion en vue d'un regroupement physique, sur un nouveau site (accord de l'ARH du 22 juin 2005). Fusion juridique prévue fin 2006. Construction en cours. Déménagement prévu pour septembre 2007.</p> <p>Conventions avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le CHG de Béziers pour les urgences ; - la clinique La Pergola pour les troubles psychiatriques ; - la clinique Champeau pour l'obstétrique ; - la clinique Le Pech du Soleil pour les produits sanguins ; - le Réseau de soins La Petite Paix ; - la clinique Le Val d'Orb pour les urgences et les réseaux de soins.
<p>Origine géographique des patients <i>(attractivité)</i></p>	<p>Origine locale : 36 % Origine départementale : 58 % Autres : 5 %</p>
<p>Transformations récentes <i>(réalisées ou projetées, ou projets de restructuration)</i></p>	<p>Polyclinique Saint-Privat : réorganisation du secteur des urgences. Clinique Marchand : réorganisation du service ambulatoire, extension et augmentation des chambres particulières, réaménagement et mise aux normes de la stérilisation. Rénovation du secteur désinfection des endoscopes et stérilisation. Établissements en cours de fusion en vue d'un regroupement physique, sur un nouveau site, en cours de construction. Travaux en cours pour le futur établissement.</p>

PARTIE 1
LA DÉMARCHE QUALITÉ ET L'ACCRÉDITATION

I Historique et organisation de la démarche qualité polyclinique Saint-Privat

Dans le cadre du projet de regroupement sur un nouveau site, la polyclinique Saint-Privat et la clinique Marchand ont décidé d'adopter une démarche qualité commune depuis avril 2005. Pour ce faire, une réorganisation de la démarche qualité s'est opérée. Un responsable qualité unique a été désigné. Le comité de pilotage et la cellule qualité communs aux deux sites ont été créés. Ils impulsent la démarche qualité et assurent le suivi du plan d'action. Le système documentaire regroupe les éléments communs et propres à chaque établissement.

Depuis 2002, les actions qualité mise en œuvre, ont porté sur les décisions de la première version d'accréditation : PAQ dossier du patient, évaluation de la satisfaction des patients, suivi des signalements d'incidents, identification et gestion des risques, sécurisation du circuit du médicament, des dispositifs stérilisables, lutte contre le risque infectieux...

II. Suivi des décisions de la première procédure d'accréditation pour la polyclinique Saint-Privat

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
Réserve levée par le Collège en 2003	Réorganiser l'accueil des patients se présentant aux urgences (DIP 7 OPC 3)	oui	L'accueil spécifique aux urgences a été aménagé pour séparer la prise en charge médicale et administrative. Un poste soignant d'accueil et administratif ont été créés.	oui	Des aménagements de locaux et la réorganisation du processus de prise en charge aux urgences ont permis des améliorations de la confidentialité et de l'accueil des patients. Cependant les contraintes liées à l'exiguïté des locaux ne permettent pas une confidentialité totale des données recueillies au guichet d'entrée des urgences.
Recommandation	Généraliser la traçabilité de l'analyse bénéfice-risque (DIP 5, DPA 5, OPC 4)	oui	L'analyse bénéfice-risque est tracée dans le dossier de certains praticiens. Une sensibilisation régulière est menée en CME. Un document preuve est remis au patient par le chirurgien et l'anesthésiste.	En cours	L'analyse bénéfice-risque est tracée pour les actes d'anesthésie et les gestes chirurgicaux. Les prises en charge en oncologie font l'objet d'une concertation médicale et sont également tracées dans le DPA. La traçabilité de l'analyse bénéfice-risque n'est pas encore systématisée à tous les gestes le requérant.
Recommandation	Systématiser la signature des prescriptions médicales (DPA 4)	oui	L'ergonomie du DPA a été revue pour faciliter la systématisation des prescriptions médicales écrites. Des audits ont été menés en 2002 et 2006.	En cours	Un travail conséquent sur le dossier a été réalisé. La plus grande partie des prescriptions médicales est rédigée et validée par les praticiens. Cependant il persiste quelques prescriptions médicales non signées et des recopiations infirmières qui ne sont pas validés par les praticiens. L'audit réalisé en juin 2006 montrait

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
					déjà ces constats.
Recommandation	Engager une réflexion sur la mise en place d'un encadrement de proximité (MEA 6)	oui	Depuis 2005, l'encadrement de proximité a été réorganisé avec, une surveillante par service et une responsable des services de soins. Ces fonctions sont formalisées dans des fiches de poste.	oui	L'établissement a mis en œuvre une organisation pour l'encadrement de proximité. Un cadre est identifié pour chaque secteur de soins et secteur médicotechnique. 1 DSSI pilote le service de soins. Dans le cadre du regroupement, un accompagnement sera prévu pour permettre une adaptation de cette organisation.
Recommandation	Impliquer davantage les médecins dans la démarche qualité (OPC 6, QPR 1, VST 1, SPI 3)	oui	Le président de la CME et le président (chirurgien) ont été intégrés dans le COFIL qualité. 2 praticiens ont suivi une formation à l'audit interne. Les praticiens participent à l'élaboration des protocoles. Des praticiens seront intégrés aux groupes de travail.	oui	Les praticiens participent aux PAQ qualité, à la rédaction des protocoles, à des évaluations de pratiques et à des groupes de travail. Certains praticiens sont très engagés et pilotes des PAQ. L'ensemble des praticiens a participé au groupe relatif à la construction du futur établissement. L'implication des praticiens dans les évaluations de pratiques reste variable.
Recommandation	Renforcer l'organisation des vigilances, en particulier la matériovigilance, et la pharmacovigilance et pour suivre	oui	Depuis 2002, une formation et une identification de professionnels référents ont secondé les correspondants des vigilances. Une sensibilisation <i>via</i> le livret d'accueil des agents est organisée. Les professionnels	En cours	Les vigilances sont organisées. Les pratiques sont formalisées. Le personnel est sensibilisé et formé. Différents PAQ ont été mis en œuvre pour les dispositifs médicaux et les dispositifs stérilisables... La sécurisation du circuit du

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
	l'implication et la formation des professionnels (VST1, VST3)		sont associés à l'acquisition et à l'évaluation des dysfonctionnements des dispositifs médicaux.		médicament et de l'hémovigilance est effective. La coordination des vigilances est peu opérationnelle.

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

Niveau de décision (Recommandation/ Réserve)	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des experts-visiteurs	
		Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires
Recommandation	Assurer l'exhaustivité de l'identification, de la signature et de la lisibilité des prescriptions (DPA4)	oui	Mise en place de nouveaux outils du DPA : fiches prescriptions, ordonnances nominatives, protocoles thérapeutiques ; Acquisition de logiciel aide à la prescription, de chariots spécifiques pour DPA ; Sensibilisation et audit des DPA	En cours	Un travail conséquent sur le dossier a été réalisé. Une grande partie des prescriptions médicales est rédigée et validée par les praticiens. Cependant il persiste quelques prescriptions médicales non signées
Recommandation	Intégrer le dossier transfusionnel dans le DPA (VST5)	oui	Réalisé depuis pour chaque patient	oui	Le dossier transfusionnel est créé, tenu et évalué.

III. Association des usagers à la procédure d'accréditation

Les représentants d'usagers, récemment associés à la démarche qualité et gestion des risques, interviennent dans la CRUQ et le CLIN. L'établissement a associé des représentants d'usagers à la procédure d'auto-évaluation avec succès. Ils ont assisté aux groupes d'auto-évaluation pour évaluer les critères 2, 26, 31 et 51 et ont rencontré les experts-visiteurs lors de la visite.

La direction affiche la volonté de renforcer la participation et l'association des représentants d'usagers à la démarche qualité de l'établissement et en soutien pour la prise en charge des patients (ligue contre le cancer, visiteurs des malades en milieu hospitalier).

IV. Interface avec les tutelles en matière de sécurité

La fiche navette sécurité a été transmise par la MRIICE sans observations pour les deux sites.

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. Toutefois, une demande d'autorisation d'HAD a été déposée sans que le projet d'établissement et le plan d'orientations stratégiques ne le prennent en compte.	B
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, sans en assurer le suivi.	B

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, sans que le respect des droits du patient soit formalisé dans le projet d'établissement.	B
2 b	L'expression du patient et de son entourage est favorisée.	Les entretiens et les échanges entre les professionnels, les patients et leur entourage sont réalisés dans des conditions propices à l'expression. Des 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, toutefois cette réflexion doit être étendue à toutes les instances concernées.	B
2 d	La politique hôtelière prend en compte les attentes des patients	Les attentes des patients sur le plan hôtelier sont recueillies et prises en compte. Elles permettent de définir et de mettre en œuvre une politique hôtelière.	A
2 e	Les représentants des patients participent à l'évaluation et à l'amélioration des services rendus par l'établissement.	Les représentants d'usagers sont désignés. Ils siègent aux instances et participent à la vie de l'établissement et aux démarches qualité et de certification. Leur avis est pris en compte pour améliorer le service rendu au patient.	A

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

Réf 4	La politique du système d'information et du dossier du patient est définie en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.		Cotations
4 a	Le schéma directeur du système d'information s'appuie sur les orientations stratégiques de l'établissement	Le schéma directeur n'est pas formalisé. Des PAQ informatiques existent. Ils s'appuient sur l'identification et la hiérarchisation des besoins stratégiques de l'établissement. L'établissement devra formaliser le schéma directeur du système d'information.	C
4 b	Les projets du système d'information sont définis et hiérarchisés en fonction des processus à optimiser, en recherchant l'adhésion des professionnels concernés et, en cas d'informatisation, de la maturité du marché.	Les projets du SI sont définis et hiérarchisés à partir d'une identification des domaines et non des processus à optimiser. Ils tiennent compte de la maturité du marché. Le calendrier n'est pas fixé. Les différents utilisateurs y sont associés.	B
4 c	Des méthodes de conduite de projet prenant en compte l'expression des besoins des utilisateurs permettent de réaliser les projets du système d'information.	Des méthodes de conduite de projet prenant en compte l'expression des besoins des utilisateurs sont utilisées. Leur efficacité n'est pas régulièrement évaluée.	B
4 d	Les professionnels concernés reçoivent un accompagnement et une formation pour traiter et utiliser les données.	Les personnels utilisateurs bénéficient d'une formation adaptée et d'un accompagnement personnalisé permettant un traitement et une utilisation efficace des données.	A
4 e	Une politique du dossier du patient est définie afin d'assurer la qualité et la continuité des soins.	La politique du dossier du patient n'est pas définie. Des PAQ d'amélioration du DPA existent. Les éléments sur la fiabilité, l'accessibilité, le stockage ne sont pas garantis sur tous les secteurs (dossiers des praticiens conservés en cabinet pour les consultations pré- et postopératoires, accessibilité des DPA à l'accueil lors de l'entrée des patients). Les professionnels ont participé à l'amélioration de l'outil.	C

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	
		L'établissement devra définir et formaliser la politique du dossier du patient	

Réf 5	L'établissement définit et met en œuvre une politique de communication.		Cotations
5 a	La direction et les responsables développent une politique de communication interne.	La direction et les responsables identifient les objectifs devant faire l'objet d'une communication interne, définissent les moyens et les personnes chargées de mettre en œuvre la politique de communication.	A
5 b	Les orientations stratégiques, leur mise en œuvre et leurs résultats sont connus de l'ensemble des professionnels de l'établissement.	L'organisation de la communication est en place dans l'établissement mais ne permet pas de s'assurer que l'ensemble des professionnels connaît les orientations stratégiques, leur mise en œuvre et leurs résultats.	B
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 de certains thèmes fait partie 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.	B
6 c	Les responsabilités concernant la gestion de la qualité et des risques sont identifiées.	Les responsabilités des professionnels concernant la qualité et la gestion des risques ne sont que partiellement définies. Un responsable qualité est identifié, un pilote est désigné pour chaque PAQ. Les vigilants sont identifiés ; cependant, il n'y a pas de coordination des vigilances et de la gestion des risques. Les professionnels méconnaissent les différents responsables du pilotage des PAQ.	C

Réf 7	L'établissement met en œuvre une politique d'optimisation de ses ressources et de ses moyens en adéquation avec les orientations stratégiques.		Cotations
7 a	Les coûts des activités sont connus et leur maîtrise est assurée.	Le coût de certaines activités logistiques et d'utilisations de ressources est connu et transmis partiellement à certains 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.	B
7 b	La réalisation et le financement des investissements sont planifiés de façon pluriannuelle.	La prévision et l'organisation des investissements à réaliser et à financer permettent une planification pluriannuelle. Celle-ci est opérationnelle et son suivi assuré par des responsables identifiés de l'établissement.	A
7 c	Une politique d'optimisation des équipements est mise en œuvre.	Les modalités d'utilisation 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 est organisée à l'échelle institutionnelle. Son impact est récemment formalisé et évalué et son programme réajusté.	B
9 c	La formation continue, y compris médicale, contribue à l'actualisation et à l'amélioration des compétences des personnels.	Il existe un plan de formation 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. Il n'existe pas de suivi formalisé par la CME pour les médecins libéraux exerçant dans l'établissement.	B
9 d	L'évaluation des personnels est mise en œuvre.	L'évaluation des personnels est mise en place et ses résultats sont utilisés dans le cadre de la politique de gestion des ressources humaines. Les modalités d'évaluation sont abordées dans le fonctionnement de la CME mais les praticiens ne font l'objet d'aucun entretien d'évaluation.	B

Réf 9	Les processus de gestion des ressources humaines sont maîtrisés.		Cotations
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 prises en compte. Les professionnels des différents secteurs y contribuent de façon coordonnée. Le CLAN est récemment constitué mais insuffisamment développé et connu des professionnels. La diététicienne récemment recrutée n'intervient pas encore sur le site Marchand.	B
10 d	Des solutions d'hébergement et de restauration sont proposées aux accompagnants.	Des possibilités d'hébergement et de restauration sont offertes aux accompagnants. Celles-ci sont connues des professionnels, des patients et de leur entourage.	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 traitement du linge, sont assurées.	Le programme qualité est assuré par l'application des protocoles établis à toutes les étapes de la fonction blanchisserie, en particulier sur le site Marchand. L'établissement assure la formation des personnels, la diffusion des protocoles et l'évaluation à périodicité définie. Sur le site de Saint-Privat, le linge sale est stocké dans des sacs, à l'air libre, en attente de l'enlèvement par le prestataire extérieur. Suite à nos remarques, durant la visite, l'établissement a réagi rapidement et a engagé des mesures correctives à cette situation (réunion avec l'EOH...).	C
11 c	Le transport du patient entre les secteurs d'activité internes et/ou externe de l'établissement permet la continuité des soins, le respect concernant la dignité, la confidentialité et la sécurité, notamment l'hygiène.	La fonction transport (interne et externe) est organisée et le personnel est formé dans le but d'assurer l'hygiène, la continuité des soins et le respect des droits du patient. Il persiste cependant des entrées et sorties du personnel brancardier du bloc avec des changements de chaussures mais avec une simple surblouse.	B

Réf 12	Les approvisionnements sont assurés.		Cotations
12 a	Les besoins des secteurs d'activité sont évalués sur le plan quantitatif et sur le plan qualitatif.	Les besoins des secteurs d'activité sont régulièrement évalués et pris en compte. Les procédures tiennent compte des évolutions de l'activité et du contexte. Les professionnels sont satisfaits de la réponse donnée à leurs besoins.	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
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 et mises en œuvre. Une multitude d'actions est mise en œuvre sans hiérarchisation. Les instances et les professionnels sont impliqués. Les professionnels ne connaissent pas les priorités, ni la totalité des actions mises en œuvre.	B
14 e	La gestion d'une éventuelle crise est organisée.	Une organisation est en place pour faire face à une situation de crise dans le cadre du plan blanc : cellule de crise, circuits d'alerte, formation des professionnels. L'établissement n'a pas organisé de scénarios de crise, ou d'exercices. Les modalités sont connues par les professionnels concernés et à disposition dans le système documentaire (papier et informatique).	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. Le plan blanc est formalisé. Les professionnels connaissent les modalités de mise en œuvre et leur rôle dans le dispositif. Ils n'ont pas réalisé de simulations, ni d'actions de formation ou de communication spécifiques. Cependant les éléments sont	B

Réf 14	La gestion des risques est organisée et coordonnée.	Cotations
		accessibles par le système documentaire (papier et informatique).

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 mais l'appropriation n'est pas évaluée.	B
15 b	La traçabilité des produits de santé est assurée.	L'établissement a défini les modalités de traçabilité des produits de santé et les met en œuvre. Les responsabilités sont définies. Ces modalités sont connues des professionnels concernés mais cette connaissance n'est pas évaluée. L'établissement s'assure de la fiabilité du système. L'évaluation de l'exhaustivité de la traçabilité est assurée uniquement pour le sang et les produits sanguins labiles.	B
15 c	Une organisation permettant de répondre à une alerte sanitaire concernant les produits de santé est en place.	L'établissement a mis en place une organisation permanente lui permettant de répondre à une alerte sanitaire concernant les produits de santé. Les responsabilités sont définies et les professionnels concernés, formés.	A
15 d	La coordination des vigilances entre elles et avec le programme global de gestion des risques est assurée.	L'établissement a mis en place une organisation, au sein du COPIL, permettant de connaître l'action des vigilances sans réelle coordination entre elles, ni avec la gestion des risques. La connaissance des professionnels, du signalement et de l'organisation des événements indésirables et des vigilances reste à évaluer.	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 n'est pas toujours évalué.	B
16 b	Une formation de l'ensemble des professionnels à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux spécifique à la prise en charge est assurée.	L'établissement a organisé 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. L'historique et le suivi des signalements ne sont pas toujours assurés.	B

Réf 16	Un programme de surveillance et de prévention du risque infectieux, adapté au patient et aux activités à risque, est en place.		Cotations
16 g	Un dispositif permettant l'alerte, l'identification, la gestion d'un phénomène épidémique est en place.	Une information et une formation 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. Cependant, sur le site de Saint-Privat, il persiste du stockage de matériel propre dans les locaux intermédiaires sales (chariots, potences, cartons de produits d'entretien...). Lors de la visite, l'établissement a immédiatement engagé un déménagement de ces différents éléments.	B
18 b	La maintenance et le contrôle de la qualité de l'eau sont adaptés à ses différentes utilisations.	L'établissement a mis en place une démarche permettant d'assurer la qualité de l'eau dans ses différentes utilisations, basée sur l'application des normes de sécurité, la formation des personnels, la mise en œuvre de contrôles périodiques et des actions d'amélioration.	A
18 c	La maintenance et le contrôle de la qualité de l'air sont adaptés aux secteurs d'activité et aux pratiques réalisées.	L'établissement a mis en place une démarche permettant d'assurer la qualité de l'air, adaptée aux secteurs d'activité et aux pratiques réalisées. Elle est basée sur l'application des normes de sécurité, la formation des personnels, la mise en œuvre de contrôles périodiques et des actions d'amélioration.	A
18 d	L'élimination des déchets, notamment d'activité de soins, est organisée.	Une organisation d'élimination des déchets est en place. Cependant il existe encore des dysfonctionnements. Le stockage intermédiaire des déchets est réalisé dans des locaux où sont stockés les chariots de ménage, des approvisionnements ou des barrières de lits, des potences...). Suite à nos remarques, durant la visite, l'établissement a réagi rapidement et a apporté des mesures correctives à cette situation : des emplacements ont été trouvés, les matériels ont été enlevés des locaux sales. Les professionnels sont formés, des mesures de protection sont en place. Les signalements sont analysés et suivis d'actions d'amélioration.	C

Réf 18	La gestion des risques liés à l'environnement, hors infrastructures et équipements, est assurée.		Cotations
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. La définition des besoins des professionnels en termes de contenu et d'accès documentaire est en œuvre mais l'évaluation de l'accessibilité et de l'utilité n'est pas réalisée.	B
21 b	Les données nécessaires à la prise en charge des patients sont communiquées en temps utile et de façon adaptée aux besoins.	L'organisation permet la mise à disposition des professionnels concernés des données nécessaires aux différents stades de la prise en charge du patient en temps utile et dans les différents secteurs d'activité, sous une forme adaptée aux besoins.	A
21 c	Le système de communication interne permet la coordination des acteurs de la prise en charge en temps voulu.	L'identification, l'organisation et l'adaptation des moyens de communication interne favorisent la coordination en temps voulu des acteurs de la prise en charge du patient. Les dossiers de consultations antérieures à l'hospitalisation demeurent dans les cabinets des praticiens libéraux. Le suivi des hospitalisations est également conservé en cabinet libéral, sans ajout d'information au dossier d'hospitalisation. Cependant, une lettre d'admission transmet les informations essentielles aux professionnels pour assurer la prise en charge.	B
21 d	Les données nécessaires au suivi des activités et au pilotage de l'établissement sont recueillies et transmises aux responsables.	L'établissement a identifié et recueilli les données nécessaires au suivi de son activité. Les responsables des secteurs d'activité sont destinataires d'une partie de ces informations. L'établissement initie la diffusion et l'analyse en CODIR et en CME de certains tableaux de bord.	B

Réf 21	Le recueil et la mise à disposition de l'information sont organisés dans l'établissement.		Cotations
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 par le responsable qualité et le CODIR. Ces éléments ne sont pas toujours communiqués aux professionnels concernés.	B

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

Réf 23	La sécurité du système d'information est assurée.		Cotations
23 a	Une politique de sécurité est mise en œuvre pour assurer l'intégrité, la disponibilité, la confidentialité des données et l'auditabilité du système d'information.	L'établissement n'a pas défini une politique de sécurité du système d'information, cependant il met en œuvre les mesures nécessaires pour assurer l'intégrité du système. La disponibilité des données est effective exceptée pour les consultations antérieures et le suivi d'hospitalisation réalisés en cabinet libéral. La confidentialité des données est respectée mais pas toujours totale pour les postes d'accueil sur le site de Marchand et au poste d'accueil administratif des urgences pour Saint-Privat. Certaines actions correctives ont été apportées durant la visite. L'auditabilité du système d'information a été réalisée. L'établissement devra formaliser la politique de sécurité du système d'information et poursuivre les actions garantissant la confidentialité des informations relatives aux patients.	C
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 en cours de définition, en fonction des résultats obtenus.	B
23 c	Les traitements de données à caractère personnel dont 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. Cependant les résultats obtenus aux différents audits démontrent la persistance, dans certains secteurs de dysfonctionnements (non-exhaustivité des prescriptions médicales, de la traçabilité de l'information bénéfice-risque, de la clôture du dossier médical, des observations relatives au suivi médical...). L'établissement devra généraliser l'application des règles de bonne tenue du DPA.	C
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 pour le site Marchand. Sur le site de Saint-Privat, les différents locaux de stockage des archives ne sont pas tous sécurisés, ni réservés aux seules personnes autorisées. L'établissement devra améliorer l'accès et la sécurisation des différents locaux d'archivage sur le site de Saint-Privat.	C
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 du secteur d'activité élaborent un projet qui s'inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement.	A				
25 b	Les responsables organisent les activités de leur secteur et identifient les moyens nécessaires à leur réalisation.	Les responsables organisent les activités de leur secteur, en particulier pour l'encadrement soignant. Ils sont peu impliqués dans l'identification des moyens nécessaires à leur réalisation. L'organisation pour le suivi des moyens et les réajustements éventuels en fonction des objectifs de gestion n'est pas opérationnelle. L'établissement devra généraliser les actions initiées.	C				
25 c	Les responsables organisent la complémentarité avec les autres structures et la participation à des réseaux de santé dans leur domaine.	Les responsables des secteurs d'activité définissent ou participent à la définition des champs de complémentarité et de partenariat potentiel. L'organisation mise en place est formalisée et les modes de fonctionnement permettent d'en assurer le suivi.	A				
25 d	Les responsables des secteurs d'activité décident, dans le cadre de leurs attributions, des actions à mettre en œuvre dans leur secteur.	Les responsables des secteurs d'activité définissent leur processus décisionnel dans le cadre de leurs attributions.	A				
25 e	Les responsables motivent les personnels de leur secteur d'activité en favorisant leur adhésion et leur implication.	Les responsables s'impliquent dans le développement de la motivation de leur équipe. Des moyens et mécanismes d'intéressement sont mis en œuvre pour favoriser la motivation tant individuelle que collective.	A				

			Cotations				
25 f	Les responsables veillent à la bonne utilisation des moyens alloués.	Les responsables s'impliquent dans l'efficience de leur secteur d'activité et disposent de certains outils et moyens permettant de s'assurer de la bonne utilisation des ressources, malgré l'absence de budget par secteur d'activité.	B				
25 g	Les responsables développent des démarches d'évaluation et d'amélioration	Les responsables sont impliqués dans l'évaluation et l'amélioration des performances de leur secteur d'activité, sans formation particulière. Ils disposent de quelques outils.	B				

B – PARCOURS DU PATIENT

Réf 26	Les droits et la dignité du patient (résidant – <i>USLD</i>) sont respectés.		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
26 a	La confidentialité des informations relatives au patient (résidant – <i>USLD</i>) est garantie.	Les conditions d'entretien et d'examen sont variables selon la configuration des locaux et ne permettent pas toujours le respect de la confidentialité. Les conditions de recueil des informations à l'accueil et au bureau des entrées et des sorties du patient ne garantissent pas la confidentialité. Ces situations seront améliorées dans la nouvelle construction. L'établissement devra généraliser les actions de sensibilisation sur ce thème.	C				
26 b	Le respect de la dignité et de l'intimité du patient (résidant – <i>USLD</i>) est préservé tout au long de sa prise en charge.	Les pratiques professionnelles et les moyens mis en place, en particulier les actions de sensibilisation, permettent d'assurer le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	A				
26 c	La prévention de la maltraitance du patient (résidant – <i>USLD</i>) au sein de l'établissement est organisée.	Les professionnels sont sensibilisés à la prévention de la maltraitance et appliquent les bonnes pratiques notamment en matière de contention. Les situations à risque sont identifiées et un système de signalement est en place.	A				
26 d	La volonté du patient (résidant – <i>USLD</i>) est respectée.	La volonté du patient est respectée pour ce qui concerne l'acceptation des soins, les pratiques religieuses et culturelles, dans les limites du possible et de la déontologie médicale.	A				
26 e	La formation des professionnels à l'écoute et au respect des droits du patient est organisée.	Des formations et des actions de sensibilisation sur le thème du respect des droits et de la dignité du patient sont organisées et suivies. Elles ne sont pas évaluées.	B				

Réf 27	L'accueil du patient (résidant – USLD) et de son entourage est organisé.		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
27 a	Les besoins et les attentes du patient (résidant – 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 (résidant – 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 (résidant – USLD) et/ou de son entourage.	L'établissement a adapté, dans la limite de ses possibilités architecturales, ses secteurs d'hébergement aux handicaps. Cependant, les bureaux d'accueil et d'entrées-sorties sont peu accessibles aux personnes en fauteuils roulants.	B				
27 d	La permanence de l'accueil est organisée.	Les règles gérant l'accueil sont définies et assurent une réponse permanente et adaptée aux différents types de prise en charge.	A				
27 e	Une procédure spécifique d'accueil des détenus est organisée dans les établissements concernés.		NA				

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

Réf 29	L'évaluation initiale de l'état de santé du patient (résident – <i>USLD</i>) donne lieu à un projet thérapeutique personnalisé, ajusté tout au long de sa prise en charge (son séjour – <i>USLD</i>).		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
29 a	Le patient (résident – <i>USLD</i>) et, s'il y a lieu, son entourage sont partie prenante dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique.	L'organisation du service de soins permet de définir et de suivre les objectifs thérapeutiques pour le patient. Le projet thérapeutique est en cours de formalisation. Le point de vue du patient et de son entourage s'il y a lieu n'est pas systématiquement recherché et tracé dans ce projet. Il sera intégré dans le futur projet thérapeutique.	B				
29 b	Les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures sont accessibles 24 heures/24.	Les dossiers de consultations sont conservés aux cabinets des praticiens libéraux. Les principaux éléments issus des consultations sont cependant transmis aux secteurs d'activité pour organiser la prise en charge du patient. Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements relatifs à ce dispositif ne sont pas réalisés.	B				
29 c	Le projet thérapeutique prend en compte l'ensemble des besoins du patient (résident – <i>USLD</i>) 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 du secteur 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 – <i>USLD</i>).	La réflexion bénéfice-risque dans l'élaboration du projet thérapeutique est globalement conduite mais pas systématiquement tracée pour chaque patient dans le DPA. L'établissement devra généraliser la démarche engagée sur ce thème.	C				

		Cotations					
29 e	Lorsqu'une restriction de liberté de circulation est envisagée dans l'intérêt du patient (résidant – <i>USLD</i>), celle-ci fait l'objet d'une réflexion en équipe et d'une prescription écrite réévaluée à périodicité définie, et d'une information au patient (résidant – <i>USLD</i>) et à son entourage.	Les situations de restriction de liberté de circulation sont identifiées et font l'objet d'une réflexion de l'équipe de soins, tracée dans le dossier du patient et d'une prescription écrite réévaluée à périodicité définie.	A				
29 f	Le projet thérapeutique fait l'objet d'ajustements en fonction d'évaluations régulières de l'état de santé du patient (résidant – <i>USLD</i>).	L'ensemble des professionnels se coordonnent pour ajuster de façon régulière le projet thérapeutique. La trace de ces observations dans le dossier du patient n'est pas systématique.	B				

Réf 30	Des situations nécessitant une prise en charge adaptée sont identifiées.		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
30 a	L'état nutritionnel du patient est évalué et ses besoins spécifiques sont pris en compte.	Sur le site Saint-Privat, grâce au recrutement récent d'une diététicienne, les patients dont l'état nutritionnel le nécessite sont identifiés et font l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique. Un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant. Une collaboration est envisagée avec le site Marchand, où la prise en charge est assurée par les soignants et le prestataire externe.	B				
	USLD – L'équilibre nutritionnel des résidents est assuré en fonction de leurs goûts et habitudes alimentaires.				NA		
30 b	Les conduites addictives sont identifiées et font l'objet d'une prise en charge adaptée.	Les conduites addictives sont généralement tracées sur la fiche de réservation de séjour ou dans l'observation médicale à l'entrée. L'identification des patients à risque n'est pas systématique ni suivie d'un plan de prise en charge ou de prévention adapté à chaque situation.	C				
30 c	La maladie thromboembolique fait l'objet d'une prévention dans les situations à risque.	Les patients concernés par le risque thromboembolique sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique et d'une prévention le cas échéant.	A				
30 d	Les chutes des patients font l'objet d'une prévention.	Les patients à risque de chute sont identifiés au cas par cas et un plan de prise en charge est alors mis en œuvre. L'établissement devra formaliser une démarche de prévention à partir de l'analyse des fiches d'incidents recueillies.	C				

			Cotations				
30 e	Le risque suicidaire est pris en compte.	L'identification des patients à risque repose sur les pratiques et compétences professionnelles. Elle n'est pas systématiquement tracée dans le dossier. En cas de besoin, une convention avec des structures spécialisées permet d'assurer la prise en charge. L'établissement devra sensibiliser le personnel à l'identification des situations à risque.	C				
30 f	Les escarres font l'objet d'une prévention.	L'identification des patients à risque repose sur les pratiques et compétences professionnelles. Elle n'est pas systématiquement tracée dans le dossier. Une organisation est en place pour la prise en charge du patient. L'établissement devra initier une démarche de prévention.	C				
30 g	<i>USLD</i> – Un projet de vie est individualisé pour chaque résidant en prenant en compte ses souhaits.				NA		

Réf 31	Le patient (résidant – USLD) est informé de son état de santé et est partie prenante de sa prise en charge.		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
31 a	Le patient reçoit une information coordonnée par les professionnels sur les soins et son état de santé tout au long de sa prise en charge.	L'organisation en place permet au patient de recevoir une information cohérente sur ses soins et son état de santé, tout au long de sa prise en charge. Cependant, la coordination de l'information n'est pas évaluée.	B				
31 b	USLD – Le résidant et/ou les personnes habilitées reçoivent une information coordonnée par les professionnels sur les soins et son état de santé tout au long de son séjour.						
31 c	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. Il n'y a pas de formation aux spécificités de la prise en charge de certains types de patients.	B				
31 d	Le patient (résidant – USLD) désigne les personnes qu'il souhaite voir informer.	Une organisation est en place pour recueillir les informations concernant les personnes que le patient souhaite voir informer. Cependant, l'information du patient est inégale, la traçabilité dans le dossier n'est pas systématique. L'établissement devra poursuivre la démarche en cours pour permettre aux professionnels de s'appropriier cette organisation et la connaissance des caractéristiques de la personne de confiance.	C				

			Cotations				
31 e	Le consentement éclairé du patient (résidant – <i>USLD</i>) ou de son représentant légal est requis pour toute pratique le concernant.	Avant une demande de consentement, le patient ou son représentant légal est généralement informé sur les actes de prévention, d'exploration et de soins qui le concernent en particulier sur leurs risques et leurs bénéfices. Cependant, le consentement du patient ou de son représentant légal n'est pas systématiquement recueilli et tracé dans le dossier.	B				
31 f	Un consentement éclairé (résidant – <i>USLD</i>) 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 certaines situations généralement connues des professionnels. Cependant, cette connaissance reste variable selon les secteurs d'activité.	B				
31 g	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 pour certaines situations : infections nosocomiales. L'information est parfois tracée dans le dossier, en particulier dans la lettre de sortie.	B				

Réf 32	La douleur est évaluée et prise en charge.		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
32 a	Une concertation est organisée entre les professionnels pour améliorer la prise en charge de la douleur selon les recommandations de bonne pratique.	Une organisation de la prévention et de la prise en charge systématique de la douleur connue des professionnels est mise en œuvre et tient compte des recommandations de bonnes pratiques.	A				
32 b	Le patient (résident – USLD) est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement.	Le patient et/ou son entourage est impliqué dans la prise en charge de sa douleur. L'évaluation périodique de sa satisfaction permet de faire évoluer la lutte contre la douleur. Cependant la traçabilité de la mesure de l'intensité de la douleur dans les documents à disposition n'est pas systématique.	B				
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 n'est pas évaluée.	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. Il n'y a pas de dysfonctionnement signalé.	B				
33 b	La coordination entre les équipes médicales et paramédicales est organisée.	L'organisation des transmissions d'information entre les équipes médicales et paramédicales permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre elles.	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 n'est pas évalué.	B				

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.	Les éléments diagnostiques et thérapeutiques sont tracés dans le dossier du patient. Les informations retraçant l'évolution de son état de santé ne sont pas toujours actualisées. Le dossier est complété après la sortie du patient, le cas échéant.	B				
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. Cependant cette organisation n'est pas évaluée. Les données relatives aux consultations antérieures à l'hospitalisation sont conservées dans les cabinets des médecins libéraux.	B				
34 c	Tout acte diagnostique et/ou thérapeutique fait l'objet d'une prescription écrite, datée et signée.	Les prescriptions sont écrites, datées et signées pour une grande partie des actes le nécessitant. Cependant, cette pratique n'est pas généralisée sur l'ensemble des secteurs d'activité ni pour tous les actes le nécessitant. Dans le cadre de l'utilisation du support informatique au bloc opératoire l'application des dispositions relatives à la signature électronique n'est pas conforme à la réglementation en vigueur.	C				
34 d	L'information sur son état de santé et son traitement donnée au patient (résident – USLD) et/ou à son entourage	L'information est donnée au patient et/ou à son entourage sur son état de santé. Elle n'est pas systématiquement tracée	B				

		Cotation					
	est enregistrée dans le dossier du patient (résidant – <i>USLD</i>).	dans le dossier du patient.					

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. Cependant les demandes d'examens ne précisent pas systématiquement les objectifs et les renseignements cliniques pertinents.	B				
35 b	Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies.	Les règles de coordination entre secteurs d'activité clinique et médicotechnique relatives à la réalisation des examens sont 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 cliniques en termes de qualité et de délais de transmission.	Les règles de coordination entre secteurs d'activité clinique et médicotechnique relatives à la communication des examens sont systématiquement définies et mises en œuvre.	A				

Réf 36	Les circuits du médicament et des dispositifs médicaux stériles sont organisés en concertation entre les professionnels de la pharmacie et ceux des autres secteurs (des USLD – USLD).		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
36 a	Les conditions de prescription, de validation, de dispensation et d'administration des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont maîtrisées afin de réduire le risque iatrogène évitable.	Le circuit du médicament/des dispositifs médicaux stériles est organisé, par étape, interfaces incluses. Sa sécurisation permet dans la plupart des cas la prévention des événements indésirables évitables. Cependant malgré le travail réalisé pour sécuriser le circuit du médicament et améliorer la tenue du dossier du patient, certaines prescriptions ou recopiage des prescriptions restent non signées par le prescripteur.	C				
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 généralement assurée par les professionnels habilités. Sa traçabilité, avec identification de la personne administrant le médicament, n'est pas généralisée. Les supports du dossier du patient ont été réajustés pour faciliter cette traçabilité.	B				
36 d	Les informations sur les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont à la disposition des utilisateurs.	Les responsables de la pharmacie délivrent aux professionnels des informations validées et actualisées sur les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux et	A				

			Cotation				
		mettent à disposition des patients des informations adaptées à leur état de santé.					
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				
	<i>USLD</i> – Les demandes urgentes de médicaments, formulées par les USLD, peuvent être satisfaites à tout moment.						

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

Réf 38	Le don d'organe ou de tissus à visée thérapeutique est organisé.		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
38 a	La participation de l'établissement aux activités ou à un réseau de prélèvement d'organes et de tissus est définie.	L'établissement n'a pas défini dans ses orientations stratégiques sa participation aux activités ou à un réseau de prélèvements d'organes ou de tissus. Il n'y a pas d'organisation interne ou de coordination avec d'autres établissements. L'établissement devra s'inscrire dans cette démarche.	D				
38 b	Une information sur le don d'organes ou de tissus est disponible pour le public.	Le livret d'accueil d'un des deux sites intègre un item sur le don d'organes. L'établissement devra poursuivre l'information du public.	C				
38 c	Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes ou de tissus.	Il n'y a pas d'actions de communication, d'information ou formation auprès des professionnels concernant le don d'organes. L'établissement devra poursuivre la sensibilisation du personnel.	D				
38 d	Les prélèvements d'organes ou de tissus sont réalisés conformément aux règles de bonnes pratiques.	Il n'y a pas de dispositif permettant un prélèvement d'organes ou de tissus. L'établissement n'est, à ce jour, pas confronté à ces situations. L'établissement devra dans la démarche de sensibilisation participer à un réseau local de don d'organe.	D				

Réf 39	Les activités de rééducation et/ou de soutien sont coordonnées par les professionnels concernés, en lien avec ceux des secteurs d'activité cliniques (au sein des USLD – USLD).		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
39 a	Le patient (résidant – USLD) et son entourage sont partie prenante des activités de rééducation et/ou de soutien.	<p>Actuellement il n'y a pas d'élaboration partagée avec le patient des objectifs de rééducation ou de soutien.</p> <p>Il n'y a pas de participation active du patient et/ou de son entourage à son projet de rééducation, celui-ci est cependant défini par les professionnels.</p> <p>L'établissement devra intégrer le patient et son entourage dans l'élaboration des activités de rééducation et de soutien.</p>	C				
39 b	La prise en charge du patient associe les professionnels des secteurs d'activité cliniques et de rééducation et de soutien ; l'information réciproque et la collaboration sont effectives.	<p>L'information réciproque et la coordination des professionnels sont organisées en vue d'une collaboration effective dans la prise en charge du patient, cependant celle-ci n'est pas tracée dans le dossier. Il n'y a pas de réunions pluridisciplinaires d'échange et concertation entre les professionnels de rééducation et les personnels des secteurs d'activité.</p> <p>Pour certaines interventions (amputation en chirurgie vasculaire) il existe une collaboration entre le chirurgien et le kiné pour la prise en charge de rééducation.</p> <p>L'établissement devra systématiser et tracer dans le dossier l'information réciproque et la coordination des professionnels.</p>	C				
	USLD – La prise en charge pluriprofessionnelle du résidant associe les professionnels des USLD et ceux de la rééducation et du soutien psychologique.						

		Cotation					
39 c	La prise en charge du patient (résidant – <i>USLD</i>) est évaluée régulièrement par l'équipe pluriprofessionnelle et rajustée si besoin.	Il n'existe pas dans le dossier du patient la trace d'une évaluation régulière par l'équipe pluriprofessionnelle des résultats des activités de rééducation et/ou de soutien permettant à l'équipe pluridisciplinaire de réajuster la prise en charge si besoin. L'établissement devra assurer l'évaluation de la prise en charge du patient.	C				

Réf 40	L'éducation du patient (résidant – <i>USLD</i>) sur son état de santé, son traitement et les questions de santé publique susceptibles de le concerner est assurée.		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
40 a	Un programme d'éducation thérapeutique adapté à son état est mis en place en veillant à la compréhension du patient (résidant – <i>USLD</i>).	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. Cependant cette organisation n'est pas formalisée, les responsables ne sont pas clairement identifiés.	B				
40 b	L'entourage du patient est associé aux actions d'éducation, le cas échéant.	Il n'y a pas d'organisation formalisée permettant d'associer, de façon adaptée, l'entourage aux actions d'éducation thérapeutique du patient, en dehors de l'intervention d'une stomathérapeute et de la diététicienne. L'établissement devra formaliser l'association de l'entourage du patient aux actions d'éducation.	C				
	<i>USLD</i> – L'entourage et/ou sa famille sont associés aussi souvent que possible à ces actions d'éducation thérapeutique.						
40 c	Une éducation aux questions de santé publique est délivrée au patient (résidant – <i>USLD</i>) selon le cas.	L'établissement n'a pas formalisé l'identification des thèmes d'éducation de la santé ni organisé l'éducation pour la santé. L'établissement devra organiser pour les patients des activités d'éducation pour la santé.	C				

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, cependant la traçabilité des actions menées pour prendre en compte ces besoins n'est pas retrouvée dans le dossier.	B				
42 c	La formation des professionnels est organisée.	La formation des professionnels prodiguant des soins palliatifs est assurée.	A				
42 d	Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.	Les besoins d'accompagnement psychologiques des professionnels prodiguant des soins palliatifs sont identifiés ; leur prise en compte se traduit par des modalités institutionnelles d'accompagnement psychologique des professionnels concernés.	A				

Réf 43	Le décès du patient (résidant – <i>USLD</i>) fait l'objet d'un accompagnement.		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
43 a	Les personnes à prévenir sont contactées en cas d'état critique du patient (résidant – <i>USLD</i>) 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. La procédure sur la conduite à tenir en cas de décès du patient ne décline pas les modalités d'appel de la personne à prévenir. Il n'existe pas d'organisation opérationnelle pour la prise en compte des volontés et convictions du défunt.	B				
43 b	Les volontés et les convictions du défunt sont respectées.	Le recueil des convictions du patient en cas de décès est tracé dans le dossier, mais pas ses volontés. Celles-ci sont respectées en cas de décès.	B				
43 c	Un accompagnement psychologique de l'entourage est assuré.	Lors du décès du patient, les besoins d'accompagnement psychologique de l'entourage sont identifiés et pris en compte.	A				
43 d	Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.	Les besoins d'aide psychologique des professionnels confrontés au décès sont identifiés. L'accompagnement psychologique de ces professionnels est réalisé.	A				

CHAPITRE IV
ÉVALUATIONS ET DYNAMIQUES D'AMÉLIORATION

A – PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Réf 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
44 a	La pertinence des hospitalisations est évaluée.	<p><u>Thème</u> :</p> <p>L'établissement a décliné deux projets : la pertinence du recours à l'hospitalisation complète pour les deux gestes suivants : la cataracte et l'arthroscopie du genou. Après avoir exposé ces deux projets l'établissement a retenu La pertinence du recours à l'hospitalisation complète pour l'arthroscopie du genou.</p> <p><u>Objectifs</u> :</p> <p>L'arthroscopie du genou représente une activité importante de l'établissement (198 en 2005) et, en raison de la disparité des pratiques médicales, la justification des hospitalisations complètes a été analysée.</p> <p><u>Méthode</u> :</p> <p>La méthodologie élaborée conjointement entre les praticiens et le médecin DIM a été une étude rétrospective sur un échantillon de 31 dossiers, dont 6 ont été écartés car ne concernant que des actes en ambulatoire.</p> <p>Une grille d'évaluation des critères de prise en charge a été élaborée par le groupe de travail, orientant vers la prise en charge en hospitalisation complète :</p> <p>Contexte sociogéographique, contexte médical (urgence, existence de comorbidité, complication peropératoire, nature du geste).</p> <p>Sur les 31 dossiers de l'échantillon, 25 ont concerné une hospitalisation complète.</p> <p>La prise en charge des arthroscopies en chirurgie complète relève d'un motif médical dans 20 % des cas uniquement. Une disparité selon les praticiens variant de 40 % à 100 % de prise en charge en hospitalisation complète a été mise en évidence.</p> <p>L'engagement de la direction et de la CME a été effectif.</p> <p>Le médecin DIM, 2 IDE, 2 TIM, et la direction ont participé au projet, l'implication est partielle pour les spécialistes concernés.</p> <p><u>Résultats et conclusions</u> :</p> <p>L'avancement du projet n'a pas permis d'identifier un plan d'amélioration.</p> <p>Le Suivi du projet n'a pas été formalisé.</p> <p>L'établissement devra poursuivre cette évaluation, en identifiant un plan d'amélioration et des indicateurs de suivi.</p>	C

Réf 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
44 b	La pertinence des actes à risque est évaluée.	<p><u>Thème</u> :</p> <p>L'évaluation de la pertinence de l'indication de la coloscopie en ambulatoire a été retenue.</p> <p><u>Objectifs</u> :</p> <p>Évaluer la pertinence de l'indication des coloscopies réalisées en ambulatoire dans les deux sites.</p> <p>Évaluer la cohérence avec la politique de l'établissement au travers d'un examen fréquemment réalisé sur les deux sites (M et SP).</p> <p>Favoriser l'harmonisation des différents intervenants (11 gastro-entérologues) dans les indications de cet examen.</p> <p>Initier une démarche d'évaluation ciblée sur les indications de la coloscopie dans le cadre du programme national de prévention du cancer colorectal et participer à une démarche de santé publique : la prévention du cancer colorectal par la détection et l'ablation des polypes.</p> <p><u>Méthode</u> :</p> <p>Un groupe de travail pluridisciplinaire (3 gastro, 2 TIM, 1 médecin DIM, directeur) a été composé. L'étude rétrospective a porté sur un échantillon défini de patients pris en charge dans l'établissement.</p> <p>Les recommandations professionnelles de l'ANAES avril 2004, EPAGE, l'enquête prospective nationale de la société d'endoscopie digestive, l'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation (HAS juin 2005) ont été prises en compte et ont servi de référentiels.</p> <p><u>Résultats et conclusions</u> :</p> <p>Les résultats obtenus sont comparables avec : l'étude prospective nationale, la pertinence dans les indications de dépistage et dans les indications pathologiques et de surveillance.</p> <p>Le projet a bénéficié d'un engagement de la direction, des praticiens concernés et de la CME.</p> <p>L'implication des acteurs concernés a été effective.</p> <p>Un plan d'amélioration a été identifié avec une évaluation continue prospective afin de suivre l'évolution des résultats grâce à des indicateurs prédéfinis.</p>	A

Réf 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
		Par l'intermédiaire de la CME, les pilotes du projet ont communiqué sur cette évaluation et sur la suite envisagée.	
44 c	La pertinence des prescriptions médicamenteuses est évaluée.	<p><u>Thème</u> :</p> <p>L'évaluation a porté sur le respect du protocole d'antibioprophylaxie dans la cholécystectomie à froid, pathologie fréquemment prise en charge dans l'établissement.</p> <p><u>Objectifs</u> :</p> <p>Harmoniser la prise en charge de cette pathologie au sein de l'établissement et sur les deux sites, par les divers chirurgiens. Initier une démarche d'évaluation ciblée sur le bon usage des antibiotiques dans le cadre du programme national 2005-2008 de lutte contre les infections nosocomiales. Maîtriser l'antibiorésistance.</p> <p><u>Méthode</u> :</p> <p>L'établissement a retenu comme méthode l'audit clinique grâce à l'élaboration d'une grille comportant des critères prédéfinis, conformes aux recommandations de pratiques.</p> <p><u>Résultats et conclusions</u> : la méthodologie retenue est peu adaptée aux objectifs fixés, ce qui a entraîné une inadéquation au regard des résultats, obtenus et des attentes des professionnels. La direction et la CME se sont engagées et ont soutenu institutionnellement ce projet. L'implication des acteurs concernés (cf. PV de réunion), président et vice-président du CLIN, pharmacienne, médecin DIM, responsable des services soins, deux infirmières correspondantes en hygiène a été effective.</p> <p><u>Des actions d'amélioration ont été identifiées</u> :</p> <p>Sensibiliser les praticiens au respect du protocole d'antibioprophylaxie en vigueur. Une proposition sera faite au CLIN d'élaborer et valider un protocole d'antibiothérapie pour la cholécystite. L'établissement envisage de faire le même audit au cours du premier trimestre 2007</p>	C

Réf 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
		<p>pour assurer le suivi de ce projet. La communication sur ce projet a été assurée par l'intermédiaire du CLIN et de la CME. L'établissement devra améliorer la méthodologie et l'adapter aux objectifs fixés d'évaluation de la pertinence fixés.</p>	
44 d	<p>La pertinence des examens de laboratoire et des examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle est évaluée.</p>	<p><u>Thème et objectifs :</u> Compte tenu de la fréquence de prescription de cet examen l'établissement à retenu comme projet la pertinence de recherche d'anticorps irréguliers antiérythrocytaire (RAI). <u>Méthode :</u> L'établissement a adopté, la méthode de revue de pertinence pour assurer cette évaluation : évaluation de la pertinence des demandes de recherche d'agglutines irrégulières. Une grille d'évaluation a été réalisée sur la base des critères présents dans les recommandations : type intervention, antécédent de transfusion, groupe sanguin, RAI précédentes, pertinence de RAI sur une période d'un mois. <u>Résultats et conclusions :</u> Les résultats obtenus sont différents sur les deux sites. Le pourcentage de non-pertinence a permis d'établir une action d'amélioration : établir liste des pathologies pour lesquelles il est nécessaire de demander des RAI. L'engagement de la direction et de la CME a soutenu ce projet. L'implication est restée très limitée pour le corps médical, un seul médecin anesthésiste a assisté aux trois réunions. Une nouvelle évaluation est envisagée en octobre 2006 pour assurer le suivi du projet. La communication sur le projet a été réalisée en CME et sur la lettre mensuelle, diffusée à tous les professionnels.</p>	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.	<p>Le thème retenu est « évaluation de l'acte transfusionnel ».</p> <p>Les critères de choix n'ont pas été précisés.</p> <p>Pour évaluer cette pratique, le groupe de travail a choisi d'élaborer d'un guide permettant de tracer les différents processus de l'acte transfusionnel. Étude prospective à base d'item reprenant les obligations réglementaires.</p> <p>Différents moyens ont été mis en œuvre pour analyser les fiches du dossier transfusionnel : vérification de la prescription, vérification de la conservation à la réception, contrôle ultime vérifié et contrôlé, réalisation du test d'agglutination, assurer la surveillance et la traçabilité (respect des obligations légales).</p> <p>L'évaluation de la mise en œuvre des actions assurant la sécurité de la pratique a été effectuée, avec des taux variant selon les items retenus et évalués.</p> <p>L'établissement a identifié et mis en œuvre des actions d'amélioration.</p> <p>Le suivi du projet est prévu avec des indicateurs identifiés.</p>	B				
45 b	L'analyse des événements indésirables et la mise en œuvre des actions de prévention et d'amélioration correspondantes sont assurées.	<p>Un événement indésirable a été retenu.</p> <p>Le choix provient de la fréquence du geste.</p> <p>La méthode d'analyse a été un recueil des données de manière prospective durant deux semaines.</p> <p>Les résultats n'ont pu être exploités de façon globale et pertinente.</p> <p>Des actions d'amélioration ont été mises en œuvre. Une procédure de signalement face à ce type d'incident a été formalisée et sera suivie par le CLIN.</p>	B				

Réf 46	La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation.		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
46 a	Les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés.	<p>Thème traité : évaluation de la prise en charge de la Pneumopathies communautaires vue aux urgences et hospitalisées pour s'assurer de la cohérence de cette prise en charge entre les divers praticiens.</p> <p>L'activité de pneumologie représente environ 40 % du service d'hospitalisation de médecine. Les pneumopathies communautaires représentent 15 % des motifs d'admission pour cette discipline. Par ailleurs ce problème correspond à un besoin en matière de santé publique.</p> <p>Il existe des marges d'amélioration possible.</p> <p>Ce projet est soutenu par la CME et la direction de l'établissement.</p> <p>Tous les patients concernés sont vus aux urgences par un pneumologue qui assure la prise en charge initiale.</p> <p>Audit clinique prospectif.</p> <p>Il a été décidé de comparer l'ensemble de la prise en charge pneumologique au référentiel publié par la société</p>	B				
46 b	Les processus et les pratiques liés à la prise en charge sont analysés.						
46 c	Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte.						
46 d	Les objectifs d'amélioration sont définis et les actions mises en œuvre.						
46 e	Les données et indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration.						

		Cotation					
46 f	<p>Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons.</p>	<p>savante (SPLF) concernant « la prise en charge des patients hospitalisés pneumologiques », conduite à tenir devant une infection respiratoire basse communautaire de l'adulte (SPLF 1999).</p> <p>Des actions ont été mises en œuvre suite à l'évaluation initiale des pratiques et à l'étude réalisée, afin d'optimiser la prise en charge des patients : protocole de surveillance des patients sous salbutamol, règles de présence des praticiens dans l'établissement, protocole de nettoyage et désinfection des endoscopes, ventilation non invasive, aspiration trachéale, poursuite de l'auto-évaluation dans la prise en charge des pneumopathies communautaires.</p> <p>Les indicateurs ont été retenus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - validité diagnostic d'admission ; - justification de l'hospitalisation ; - respect des référentiels d'antibiothérapie ; - durée d'hospitalisation moyenne et extrême. <p>Les durées moyennes de séjour ont été analysées et se révèlent inférieures aux moyennes nationales, tant pour les dossiers sans CMA que pour les dossiers avec CMA.</p> <p>Il a été décidé de systématiser l'intervention d'un pneumologue aux urgences pour la prise en charge des patients atteints d'une pneumopathie communautaire.</p>					

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'évaluation des pratiques professionnelles chirurgicales a été centrée sur la « prise en charge du patient pour le traitement chirurgical de l'adénome de prostate par RTU » en raison du nombre important de patients concernés pour les 2 établissements.</p> <p>Les enjeux ont été identifiés et sont liés aux objectifs définis pour cette démarche :</p> <ul style="list-style-type: none"> - harmoniser la prise en charge des patients pour les 2 sites ; - limiter les risques iatrogènes liés à cette prise en charge ; - réduire la variabilité des durées de séjours liés à la variabilité de la prise en charge ; - améliorer la sécurité et le confort du patient ; - apporter un service médical de qualité pour les patients du biterrois touchés par cette pathologie. <p>Les processus et les pratiques des professionnels impliqués dans cette prise en charge des patients ont été identifiés,</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 indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration.						

		Cotation				
46 f	<p>Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons.</p> <p><input type="checkbox"/> Existence de comparaison des résultats de ces EPP à ceux d'autres équipes à l'intérieur du même établissement ou avec des équipes extérieures.</p>					
	<p><input type="checkbox"/> Actions mises en œuvre à la suite de ces comparaisons.</p>	<p>Polyclinique Saint-Privat et clinique Marchand/Code FINESS 340780113/Février 2007</p> <p>- 89/114 -</p>				

B – RESSOURCES HUMAINES

Réf 47	Une évaluation de la politique des ressources humaines est mise en œuvre.		Cotation
47 a	La réalisation des actions définies dans les orientations stratégiques est mesurée périodiquement dans chacun des domaines de la gestion des ressources humaines.	L'établissement de santé 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 de la satisfaction des responsables des secteurs d'activité est organisée par l'établissement sur certaines prestations logistiques une fois par an. Elle permet l'identification d'actions d'amélioration et des bilans d'évaluation avec certains prestataires externes sont formalisés.	B
48 b	L'analyse des prestations logistiques donne lieu à des actions d'amélioration.	L'analyse des prestations logistiques n'est pas exhaustive. Seules celles qui ont donné lieu à évaluation permettent de mettre en œuvre des actions d'amélioration, à l'exemple de la restauration, la blanchisserie, la maintenance.	B

D – SYSTÈME D'INFORMATION

Réf 49	Une évaluation du système d'information est mise en œuvre.		Cotation
49 a	Les dysfonctionnements du système d'information sont recensés, analysés et traités.	L'identification des dysfonctionnements du système d'information avec les acteurs concernés ne couvre pas l'ensemble du système d'information. Elle ne permet pas à ce jour de développer une analyse efficace et un traitement pour y remédier.	B
49 b	La satisfaction des utilisateurs est évaluée et prise en compte.	Il existe un recueil régulier et adapté de la satisfaction des différents utilisateurs pour certains champs du système d'information. Cette évaluation est analysée, communiquée et permet de réajuster le système d'information sur les champs concernés.	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 ne permettent pas encore de faire progresser la gestion du dossier au niveau de l'institution.	B

E – QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

Réf 50	La mise en œuvre du programme d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques est évaluée.		Cotation
50 a	L'atteinte des objectifs du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est régulièrement évaluée.	Les objectifs qualité sont partiellement définis, cependant l'établissement a mis en place un système comprenant la définition et le suivi des objectifs qualités concernés. L'atteinte des objectifs et les mesures correctives appropriées en cas d'écart entre la prévision et la réalisation sont assurées.	B
50 b	L'efficacité de la gestion des risques et des vigilances est évaluée.	L'établissement a défini les critères lui permet d'évaluer des vigilances. L'absence de coordination des vigilances et de la gestion des risques ne permet pas d'en assurer l'évaluation et les mesures correctives appropriées. L'efficacité des vigilances et de la gestion des risques est initiée.	B
50 c	La maîtrise de la documentation est évaluée.	L'établissement s'assure que les modalités de gestion documentaire définies dans l'établissement sont appliquées. L'évaluation de la satisfaction des utilisateurs n'est pas exploitée.	B

Réf 51	La satisfaction du patient et de son entourage est évaluée.		Cotation
51 a	Le recueil de la satisfaction des patients est suivi d'actions d'amélioration.	Il existe un dispositif de recueil et d'analyse de la satisfaction des patients et de leur entourage dont les résultats sont pris en compte dans un plan d'amélioration de la qualité.	A
51 b	Les délais d'attente sont analysés et des actions d'amélioration sont entreprises.	Il existe un dispositif de recueil quotidien des délais d'attente, notamment aux urgences et au bloc opératoire mais l'analyse n'est pas réalisée. L'établissement devra mettre en œuvre l'analyse des délais d'attentes et les actions d'améliorations éventuelles.	C
51 c	Les réclamations et les plaintes des patients sont suivies d'actions d'amélioration.	Un dispositif opérationnel de gestion des plaintes et réclamations permet une analyse et une réponse individuelles 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 évalué les besoins des correspondants, mais n'a pas recensé les actions à mettre en œuvre pour impliquer les correspondants.	B
52 b	La satisfaction des correspondants est évaluée et prise en compte.	La mesure de la satisfaction des correspondants est ponctuellement organisée. Les actions d'améliorations éventuelles ne sont pas mises en place.	B

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 partiellement organisé. Le recueil et l'exploitation des données permettent aux responsables de procéder aux réajustements de certains objectifs internes.	B
53 b	La direction et les instances disposent d'éléments permettant les comparaisons avec des établissements similaires.	Un dispositif permettant les comparaisons avec des établissements similaires 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 les résultats de la mise en œuvre des orientations stratégiques aux responsables et aux professionnels concernés. Toutefois les moyens d'actions d'améliorations ne sont pas clairement identifiés.	B

PARTIE 3
COMMENTAIRES SYNTHÉTIQUES

I. Commentaires synthétiques par type de prise en charge

Soins de courte durée

La direction, les médecins et les cadres s'impliquent dans la réalisation des orientations stratégiques de l'établissement. Les droits et la dignité du patient sont respectés. Toutefois, la géographie des lieux d'accueil ne permet pas toujours une confidentialité totale. L'accueil est organisé et permet au patient de recevoir les informations nécessaires sur les conditions de séjour. La prise en charge des patients se présentant pour une urgence est opérationnelle et permet la réorientation éventuelle vers des structures adaptées. L'évaluation initiale et régulière de l'état de santé du patient, avec les différents intervenants, permet la mise en place et le suivi d'un projet thérapeutique qui ne comprend pas toujours l'information bénéfice-risque. La coordination et la continuité des soins entre services de soins et secteurs médicotechniques sont assurées. Les situations nécessitant une prise en charge spécifique sont traitées, cependant les critères d'identification et les actions de prévention sont peu développés, notamment pour les conduites addictives. Le patient est informé de son état de santé et participe à sa prise en charge. Le dossier du patient est organisé. Cependant, la traçabilité des actes diagnostiques et thérapeutiques n'est pas exhaustive ni généralisée à l'ensemble de l'établissement. Cette pratique met en difficulté le circuit du médicament, malgré le travail important réalisé pour le sécuriser. L'établissement s'est peu impliqué dans la démarche d'information et de sensibilisation du public et des professionnels relative aux dons d'organes. La sortie du patient est organisée. L'accompagnement des patients en fin de vie est assuré.

Psychiatrie et santé mentale

Soins de suite et de réadaptation

Soins de longue durée

Hospitalisation à domicile

II. Appréciation globale sur la dynamique qualité

Les orientations stratégiques de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques sont définies dans le cadre du COM (2002-2006) validé par les tutelles en 2002. Le COPIL qualité commun aux 2 sites a été recomposé en 2005, avec l'identification d'un responsable assurance qualité unique.

Les PAQ (plans d'amélioration de la qualité) formalisés par le COPIL sont planifiés. Ils sont déclinés d'après les orientations stratégiques, complétées par les actions d'amélioration issues des premières versions de l'accréditation, les actions identifiées par les professionnels au cours de l'auto-évaluation de la V2 et les analyses des signalements d'incident sans toutefois de hiérarchisation. Différents groupes de travail et comités sont chargés de la conduite des PAQ. Les professionnels des deux sites sont impliqués dans la mise en œuvre d'actions ciblées. Toutes les informations relatives à la qualité et la gestion des risques sont accessibles aux professionnels sur le site intranet ou dans les classeurs du système documentaire. Ils ne sont pas toujours connus ou appropriés par les professionnels concernés.

L'évaluation des pratiques et le suivi d'indicateurs sont mis en œuvre sur de nombreux thèmes : l'hygiène, la tenue du dossier du patient, la satisfaction des patients et des professionnels... L'évaluation des pratiques médicales est en vigueur pour la prise en charge de la douleur et la surveillance des infections nosocomiales. La deuxième démarche d'accréditation a été l'occasion d'initier l'évaluation d'autres pratiques médicales avec une grande variabilité de l'engagement médical.

III. Liste des actions exemplaires

« Les experts-visiteurs ont remarqué les actions suivantes, réussies et pérennes, susceptibles de provoquer la mise en œuvre d'actions similaires dans d'autres établissements »

Aucune action exemplaire n'a été retenue.

PARTIE 4
DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Certification

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

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

- Formaliser une politique du dossier patient garantissant une confidentialité des informations et la coordination entre les professionnels (24 a, c)
- Clarifier les missions des intervenants dans la qualité et la coordination des vigilances et de la gestion des risques (06c)
- Étendre la mise sous sécurité des stockages du linge sale sur le site de Saint Privat (11 b)
- Étendre la mise sous sécurité des locaux de stockage intermédiaire des déchets sur le site de saint Privat (18 d)
- Identifier les patients à risque de conduites addictives et développer des prises en charge intégrant des actions de prévention (30 b MCO)
- Supprimer la transcription des prescriptions (36 a MCO)
- Généraliser la signature des prescriptions des actes diagnostiques et thérapeutiques (34 c)

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