

**RAPPORT DE CERTIFICATION DU
CENTRE HOSPITALIER
DE BEAUVAIS**

**40, avenue Léon-Blum
60021 BEAUVAIS**

Octobre 2007

| | |
|---|------------|
| PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT | 4 |
| PARTIE 1 – DÉMARCHE QUALITÉ ET ACCRÉDITATION | 6 |
| I Historique et organisation de la démarche qualité | 7 |
| II Suivi des décisions de la première procédure d'accréditation | 8 |
| III Association des usagers à la procédure d'accréditation | 19 |
| IV Interface avec les tutelles en matière de sécurité | 19 |
| PARTIE 2 – CONSTATATIONS PAR CHAPITRE | 20 |
| CHAPITRE I – POLITIQUE ET QUALITÉ DU MANAGEMENT | 21 |
| CHAPITRE II – RESSOURCES TRANSVERSALES | 29 |
| A – RESSOURCES HUMAINES | 30 |
| B – FONCTIONS HÔTELIÈRES ET LOGISTIQUES | 32 |
| C – ORGANISATION DE LA QUALITÉ ET DE LA GESTION DES RISQUES | 35 |
| D – QUALITÉ ET SÉCURITÉ DE L'ENVIRONNEMENT | 39 |
| E – SYSTÈME D'INFORMATION | 45 |
| CHAPITRE III – PRISE EN CHARGE DU PATIENT | 49 |
| A – ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET MANAGEMENT DES SECTEURS D'ACTIVITÉ | 50 |
| B – PARCOURS DU PATIENT | 52 |
| CHAPITRE IV – ÉVALUATION ET DYNAMIQUES D'AMÉLIORATION | 76 |
| A – PRATIQUES PROFESSIONNELLES | 77 |
| B – RESSOURCES HUMAINES | 92 |
| C – FONCTIONS HÔTELIÈRES ET LOGISTIQUES | 93 |
| D – SYSTÈME D'INFORMATION | 94 |
| E – QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES | 95 |
| F – ORIENTATIONS STRATÉGIQUES | 98 |
| LISTE DES ACTIONS EXEMPLAIRES | 99 |
| PARTIE 3 - DÉCISION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ | 100 |
| INDEX | 102 |

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Date de la visite de certification : du 4 au 8 juin 2007

| | | |
|---|--|--------------------------|
| Nom de l'établissement | Centre hospitalier de Beauvais | |
| Situation géographique | Ville : Beauvais Département : Oise | Région : Picardie |
| Statut (<i>privé-public</i>) | Public | |
| Type de l'établissement (<i>CHU, CH, CHS, HL, PSPH, Ets privé à but lucratif</i>) | CH | |
| Nombre de lits et places (<i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i>) | 907 lits et places (MCO : 420 lits et 27 places, SSR : 40 lits, SLD : 209 lits, HAD : 20 lits, maison de retraite : 157 lits) + 12 lits d'UHCD, 12 lits d'urgence, 13 places de dialyse, 17 de médecine gériatrique, et 8 places d'accueil de jour | |
| Nombre de sites (<i>de l'ES et leur éloignement s'il y a lieu</i>) | 1 site | |
| Activités principales (<i>par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i>) | | |
| Activités spécifiques (<i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i>) | Urgences, HAD | |
| Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité | Stérilisation : renouvellement de la certification en février 2007 | |
| Coopération avec d'autres établissements (<i>GCS, SIH, conventions...</i>) | Diverses conventions, participation à des réseaux | |
| Origine géographique des patients (<i>attractivité</i>) | Territoire Sud-Ouest, 93 % provenant de l'ancien secteur 5 | |

| | |
|---|--|
| <p>Transformations récentes <i>(réalisées ou projetées, ou projets de restructuration)</i></p> | <p>Le service de réanimation a été complètement refait en 2004. En octobre de la même année, un bâtiment de 103 lits voués au SLD a été ouvert pour les malades Alzheimer. En septembre 2005, les travaux de sécurité incendie ont débuté sur le bâtiment Bois Brûlet. Un bâtiment permettant la restructuration du service des urgences ainsi que l'agrandissement des consultations externes et des locaux administratifs a été ouvert en octobre 2005. En mars 2006, un accueil de jour a ouvert pour les personnes atteintes d'Alzheimer. Le service de néonatalogie ainsi que deux salles d'opérations ont été refaits à neuf. En février 2007, une unité de médecine gériatrique et une unité de médecine polyvalente d'urgence ont été ouvertes. En avril 2007, les travaux du bloc opératoire et de la SSPI ont été engagés. En juillet 2007, le concours de maîtrise d'œuvre pour la construction d'un nouveau bâtiment de radiothérapie et d'hôpital de jour a été publié.</p> |
|---|--|

PARTIE 1 – DÉMARCHE QUALITÉ ET ACCRÉDITATION

I Historique et organisation de la démarche qualité

La démarche qualité avait été lancée avant la première itération de l'accréditation, avec la mise en place en 1999 d'un comité de pilotage de cette démarche. Constituée de différents responsables administratifs, techniques, médicaux et paramédicaux, présidé par un médecin, sa mission était de définir la politique de l'établissement en matière de qualité, d'élaborer un projet dans ce domaine, et d'en suivre l'exécution.

Avant la réalisation de l'accréditation, et au vu des résultats de l'auto-évaluation, il a donc contribué à la définition d'un programme d'actions, qui a fait l'objet d'une mise à jour avant d'être entériné et officialisé, au vu des conclusions de la visite d'accréditation.

Différents groupes de travail ont ensuite été constitués sur certains thèmes, pour préciser les conditions de réalisation de ce programme ; on citera par exemple :

- l'accueil des nouveaux embauchés ;
- le groupe escarres ;
- le groupe transmissions ciblées ;
- le groupe entretien des locaux ;
- le groupe sur la tenue du dossier du patient ;
- le groupe gestion documentaire dans les services de soins ;
- le groupe suivi des déchets.

Si le comité de pilotage n'a pas alors au sens plein piloté ces actions, il en a suivi le déroulement, à travers des réunions mensuelles.

Pour compléter cette organisation, il a été décidé en 2004 de constituer un groupe d'auditeurs internes de 12 personnes formés à cette fin.

En vue d'assurer la diffusion des réflexions sur le terrain, ainsi que pour favoriser la remontée des informations et des propositions, il a été décidé en 2006 de procéder à la désignation de référents médicaux dans chaque service (opération incomplètement réalisée à ce jour), en sachant que les cadres des services de soins sont pour leur part, considérés comme référents paramédicaux.

Pour la réalisation de l'auto-évaluation, 10 groupes de professionnels ont été constitués, chargés chacun d'une partie des différents chapitres, l'un d'entre eux étant chargé de piloter et superviser – en relais – avec la direction qualité, les 20 démarches d'évaluation des pratiques professionnelles.

II Suivi des décisions de la première procédure d'accréditation

| Niveau de décision (Recommandation/ Réserve) | Libellé de la décision | Réponses de l'établissement | | Appréciation des experts-visiteurs | |
|--|---|--|--|--|--|
| | | Suivi de la décision (Oui/non/en cours) | Commentaires | Suivi de la décision (Oui/non/en cours) | Commentaires |
| Reco | Assurer la traçabilité de l'évolution de l'état du patient | Oui | <p>- Du point de vue paramédical : En 2004, bilan réalisé sur les transmissions dans les services de soins. Formation obligatoire sur les transmissions mises en œuvre (objectif : former 6 services par an jusqu'en 2011). Les transmissions ciblées sont de plus en plus harmonisées sur l'établissement et font l'objet d'évaluations régulières à l'aide d'une grille d'évaluation quantitative et d'une grille qualitative. Elles s'intègrent dans le parcours du patient et permettent d'évaluer en temps réel l'état du patient.</p> <p>- Du point de vue médical : Recommandation renouvelée en CME : faire au moins une fois par semaine une mise au point dans le dossier du patient. L'évaluation de la tenue du dossier du patient faite en 2006 a montré que les informations actualisées</p> | Partiellement | De gros efforts ont été réalisés par les personnels paramédicaux. Concernant le dossier médical, la traçabilité est retrouvée dans 75 % des cas. |

| 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 |
| | | | sur l'évolution de l'état du patient figurent dans 75 % des dossiers. | | |
| Reco | Généraliser la traçabilité de la réflexion bénéfico-risque et du consentement | En cours | <p>Plusieurs réflexions menées au sein du COPIL de la qualité. Lors de la présentation des résultats de l'évaluation de la tenue du dossier du patient en 2005, des discussions ont porté sur l'opportunité d'intégrer cet item dans l'évaluation. En l'absence d'une standardisation du recueil de cette réflexion dans les dossiers, l'évaluation de cette traçabilité paraissait difficile. Ce sera intégré dans le prochain recueil.</p> <p>BÉNÉFICE-RISQUE</p> <p>La traçabilité de la réflexion est organisée dans certains cas particuliers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - RCP en cancérologie - Dans les semaines à venir pour la transfusion sanguine pour le pôle médecine puis dans celui de cancérologie. - Dans les situations de refus de soins, la traçabilité est mieux assurée. | En cours | <p>Il n'a pas été noté d'évolution significative de la traçabilité de la réflexion bénéfico-risque depuis la V1.</p> <p>Un guide d'utilisation du dossier du patient a été élaboré. Des documents d'information et de recueil du consentement ont été élaborés et commencent à être utilisés dans certains secteurs.</p> |

| Niveau de décision (Recommandation/ Réserve) | Libellé de la décision | Réponses de l'établissement | | Appréciation des experts-visiteurs | |
|--|---------------------------|--|---|--|--------------|
| | | Suivi de la décision (Oui/non/en cours) | Commentaires | Suivi de la décision (Oui/non/en cours) | Commentaires |
| | | | <p>Si l'on retrouve dans les dossiers du patient, la trace de l'information donnée au patient, il reste à sensibiliser sur celle de la discussion bénéfice-risque. La prochaine évaluation du dossier intégrera cet item.</p> <p>CONSENTEMENT</p> <p>Un guide d'utilisation du dossier du patient a été élaboré, avec des documents uniformisés sur le refus de soins ou la sortie contre avis médical. Des documents d'information et de recueil du consentement ont été élaborés et sont utilisés.</p> <p>En chirurgie viscérale, le double du document d'information personnalisé donné au patient est agrafé dans le dossier.</p> <p>Dans le cadre de la pose des chambres implantables, il existe une traçabilité de l'information donnée (c'est un critère de l'EPP). Modification en 2004 de la demande d'examen de sérologie pour permettre l'enregistrement du consentement du patient.</p> | | |

| 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 |
| | | | Document expliquant les risques de la transfusion remis au patient avant ou après une transfusion. | | |
| Reco | Veiller au respect de la confidentialité due aux patients | Oui | <p>Un groupe de travail sur l'identitovigilance, dont l'objectif est d'assurer la sécurité de l'identité, travaille sur les procédures liées à l'anonymat, ainsi que sur le moyen d'adapter le logiciel existant pour garantir l'anonymat lors de la saisie informatique.</p> <p>Une campagne de sensibilisation des membres du personnel au respect de la confidentialité est en place depuis le second semestre 2003 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - article paru dans le journal interne sur la confidentialité après notre première auto-évaluation ; - réunions au sein des services sur la confidentialité, le respect du droit des patients, le secret professionnel, avec une stagiaire juriste et le médecin chef de service du Service d'informations médicales. | Oui, partiellement | Diverses actions ont bien été menées en matière de sensibilisation des personnels, et de réels progrès sont constatés. Cependant les dispositions architecturales restent un frein. |

| Niveau de décision (Recommandation/ Réserve) | Libellé de la décision | Réponses de l'établissement | | Appréciation des experts-visiteurs | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | Suivi de la décision (Oui/non/en cours) | Commentaires | Suivi de la décision (Oui/non/en cours) | Commentaires |
| | | | <p>- depuis avril 2006 : diffusion régulière d'articles dans le journal mensuel de l'hôpital et réalisation d'affiches.</p> <p>Tampon nominatif remis à chaque interne.</p> <p>Un audit sur la sécurité informatique est prévu pour avril/mai 2007.</p> | | |
| Reco | Généraliser les prescriptions écrites, datées et signées | En cours | <p>L'amélioration de la traçabilité de la prescription médicale est attendue, pour les médicaments, de l'informatisation du circuit du médicament. Pour les autres prescriptions, la sensibilisation des médecins se fait dans le cadre de l'évaluation des dossiers du patient et du retour aux services.</p> <p>La dernière analyse du dossier du patient montre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 89 % de prescriptions rédigées par un praticien ; - datées dans les mêmes proportions ; - heurées dans 40 % des cas ; - la signature n'est retrouvée que dans 1/3 des cas. | En cours | Il persiste des difficultés de lisibilité de la signature et la transcription des prescriptions médicales ; l'informatisation de la prescription est démarrée sur certains services ; celle-ci doit se poursuivre progressivement sur l'ensemble de l'établissement. |

| 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'importance de cette traçabilité est systématiquement rappelée aux internes lors de la séance d'accueil. Il leur est également remis un tampon nominatif. | | |
| Reco | Veiller à la qualité des conditions d'archivage des dossiers | En cours | <p>Plusieurs actions réalisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accessibilité des dossiers élargie sur les périodes de fermeture des archives médicales, et procédure diffusée en février 2006 Recherche d'un dossier du patient commun en dehors des heures d'ouverture des archives médicales. - Dans le local à archives, les dossiers retournés par les services et non archivés sont mis dans une armoire à casiers, puis archivés dans la ½ journée. - Réunions d'informations réalisées en 2004, auprès d'environ 200 personnes (personnel médical et paramédical) concernant le secret médical et la confidentialité. - Dans les secrétariats, stockage des dossiers de soins amélioré par le renouvellement des armoires. | En cours | Des progrès en matière d'organisation ont été accomplis. Les locaux restent inappropriés par leurs dimensions et leur éclatement géographique. Cette situation devrait être réglée dans le cadre d'un projet prévu à terme de plusieurs années. En attendant, des aménagements ponctuels et très partiels devraient apporter quelques améliorations. |

| 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 |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Pour la sécurisation des locaux, aménagements ponctuels réalisés à Beauré. - De plus, une restructuration complète en 2 tranches va être réalisée, 1^{re} tranche à 3 ans, 2^e tranche à 8 ans. | | |
| Reco | Généraliser la rédaction des fiches de poste | Oui | <p>Un groupe de travail a été mis en place, composé de cadres supérieurs de santé, de cadres administratifs, de cadres médicotechniques, du directeur des RH et de la directrice des soins.</p> <p>Ce groupe a déterminé la trame commune des profils de poste.</p> <p>La rédaction des profils de poste est en cours de finalisation.</p> | Oui | Le problème est en passe d'être entièrement réglé. |
| Reco | Veiller au respect effectif de l'assurance qualité tout au long de la chaîne de restauration, réunir le CLAN | Oui | <ul style="list-style-type: none"> - Relevés de température réalisés par une diététicienne avant la distribution des aliments, plusieurs fois par mois et au moins une fois par service. - Un tableau de bord va être mis en place d'ici fin 2006. - Une procédure « Fonction repas dans les services de soins » | Oui | Les améliorations apportées dans la gestion quotidienne de la restauration sont réelles ; par ailleurs, le CLAN existe et joue son rôle. |

| 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 |
| | | | diffusée en novembre 2005, qui a pour objet d'optimiser la distribution des repas à partir des offices alimentaires centraux et vise IDE et ASD. - formation sur la fonction repas mise en place par le service diététique et le service d'hygiène depuis janvier 2006. Elle vise ASD, auxiliaires, et ASH. Objectif : former entre 100 et 120 personnes par an. Le CLAN se réunit régulièrement en séance plénière et en sous-groupes. | | |
| Reco. | Respecter les règles d'hygiène pour le transport du linge et veiller à la formation des personnels | Oui en grande partie | La blanchisserie organise le circuit du linge afin de gérer et de maîtriser au mieux l'hygiène dans des locaux anciens. La reconstruction complète est prévue sur la zone industrielle de Beauvais dans un délai de 2 à 3 ans. La nouvelle installation intégrera la mise en œuvre de la méthode RABC. Les chariots de linge utilisés dans les services sont nettoyés chaque jour par une société extérieure, | En cours | Dans l'attente de l'échéance prévue pour la réinstallation de la blanchisserie dans d'autres locaux beaucoup plus adaptés, des mesures importantes ont été prises (nettoyage quotidien des chariots, contrôle effectué par la cellule d'hygiène...). |

| 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 |
| | | | avec enregistrement sur une fiche de suivi. La cellule hygiène contrôle systématiquement ces chariots. Ceux-ci sont stockés dans une pièce prévue à cet effet. Les modalités d'utilisation et de stockage du linge dans les unités de soins ne sont pas formalisées. | | |
| Reco. | Formaliser les protocoles de nettoyage, les évaluer, former le personnel | Oui | Le service logistique propreté assure un contrôle journalier sur le personnel des entreprises extérieures de ménage avec un enregistrement sur des fiches de contrôle et également sur des fiches de pénalités. La société prestataire a formé son personnel sur les protocoles d'utilisation des produits. Depuis le renouvellement de contrat, l'ensemble des chariots de ménage est conforme aux règles d'hygiène et de sécurité. Le bio nettoyage est mis en place depuis 2004. Le nouveau personnel est systématiquement formé, y compris dans le cadre des contrats aidés et des remplacements. | Oui | Les actions menées en matière de formation du personnel de la société prestataire, la mise aux normes des matériels utilisés, et le contrôle exercé par l'établissement sur la qualité de la prestation constituent autant de progrès majeurs. L'actualisation en cours du protocole permettra de finaliser l'ensemble de ces améliorations. |

| 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 |
| | | | Un protocole est en cours de réactualisation sur l'entretien des locaux. | | |
| Reco | Renforcer la qualité du suivi posttransfusionnel et veiller à la formation des personnes aux vigilances sanitaires et à la sécurité transfusionnelle | Oui | Les conditions du suivi posttransfusionnel ont été modifiées par la circulaire du 11 janvier 2006. Les actions envisagées notamment quant au renfort en personnel n'ont donc pas été mises en œuvre. Néanmoins un coordonnateur a été nommé effectuant des d'actions d'informations au sein des différents services. Il veille notamment à la mise à jour du guide pratique de transfusion dont un audit a été réalisé en 2005. Il existe par ailleurs un référent en hémovigilance dans chaque service, et le coordinateur veille à ce que la liste soit toujours réactualisée. Il organise 2 à 3 fois par an des réunions avec l'ensemble des membres référents. Une fiche de déclaration « Fiche de déclaration des événements indésirables en lien avec la sécurité (vigilances – sécurité | Oui | Le coordonnateur a été désigné et joue son rôle. Un réseau a été mis en place qui repose sur des référents désignés dans chaque service. Par ailleurs, des formations ont été organisées pour le personnel. |

| Niveau de décision (Recommandation/ Réserve) | Libellé de la décision | Réponses de l'établissement | | Appréciation des experts-visiteurs | |
|--|---------------------------|--|---|--|--------------|
| | | Suivi de la décision (Oui/non/en cours) | Commentaires | Suivi de la décision (Oui/non/en cours) | Commentaires |
| | | | <p>sanitaire – gestion des risques) » a été élaborée.</p> <p>Elle permet de n'avoir qu'un seul document de déclaration d'incident (matéiovigilance, hémovigilance, gestion des risques...).</p> <p>Un guide explique quoi déclarer et comment le faire.</p> <p>L'ingénieur qualité diffuse la fiche de déclaration et le guide, en allant dans les services de soins, 51 % des services sont informés, les autres d'ici la fin du 1^{er} semestre 2007.</p> <p>Les modalités de formation à la gestion des risques et aux vigilances pour le personnel médical ont été validées en CME.</p> | | |

III Association des usagers à la procédure d'accréditation

L'association des usagers à la procédure de certification s'est effectuée en plusieurs temps :

- la démarche de certification a été présentée aux membres de la CRUQPC et donc aux représentants des usagers ;
- un questionnement des associations d'usagers connues des différents services (insuffisants rénaux, insuffisants respiratoires, malades atteints du cancer, familles de patients Alzheimer...) a été organisé sur des thèmes concernant la prise en charge du patient (accessibilité, accueil aux urgences, dans les services, hôtellerie, préparation de la sortie, délai d'obtention de rendez-vous) ;
- le retour de ces questionnaires a permis une exploitation des résultats pratiquée avec ces associations et soumise à la CRUQPC.

Par ailleurs, la synthèse de l'auto-évaluation a été soumise aux représentants des usagers qui siègent au conseil d'administration et à la CRUQPC, qui l'ont validée.

IV Interface avec les tutelles en matière de sécurité

La fiche navette sécurité a été retournée par la MRIICE après validation. Elle n'apporte pas de contradiction aux précisions affichées par l'établissement.

Elle complète ces informations :

- en mentionnant des dates d'arrêtés d'autorisation concernant la PUI, ou l'activité de stérilisation ;
- en signalant une inspection effectuée (par IGS, PHISP, MISP-DRASS en septembre 2006) sur le traitement de l'IRC par la pratique de l'épuration extrarénale, en précisant que cette inspection est en cours d'instruction contradictoire, mais que n'y figurent que des remarques et aucune mise en demeure. On a pu voir sur place les premiers éléments de réponse en cours d'élaboration par la direction de l'établissement ;
- en demandant la mise en place du plan blanc, qui existe en fait, comme les experts-visiteurs ont pu le constater au cours de leur visite.

En ce qui concerne le reste des domaines contrôlés, il apparaît que lorsque les visites ou inspections effectuées ont abouti à des remarques, celles-ci ont, soit été traitées, soit sont en cours de l'être.

PARTIE 2 – CONSTATATIONS PAR CHAPITRE

CHAPITRE I – POLITIQUE ET QUALITÉ DU MANAGEMENT

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

| Réf. 2 | L'établissement accorde une place primordiale au patient et à son entourage | | Cotations |
|--------|--|--|-----------|
| 2 a | Le respect des droits et l'information du patient sont inscrits dans les priorités de l'établissement. | L'établissement intègre le respect des droits et de l'information du patient dans la mise en œuvre de ses orientations stratégiques et dans son organisation. La sensibilisation des professionnels est assurée. | A |
| 2 b | L'expression du patient et de son entourage est favorisée. | Les entretiens et les échanges entre les professionnels, les patients et leur entourage sont réalisés dans des conditions propices à l'expression. Des locaux adaptés sont disponibles à cet effet. La procédure de désignation éventuelle de la personne de confiance reste à mieux faire connaître aux usagers. Le recueil des suggestions et des plaintes est organisé, mais son efficacité est à accroître dans le cadre d'une politique plus déterminée en matière d'accompagnement de la diffusion du questionnaire de sortie. | B |
| 2 c | Une réflexion éthique autour de la prise en charge du patient est conduite. | Les besoins vécus par les services en matière d'éthique ont conduit certains d'entre eux à mener des réflexions, sans toutefois que cela s'effectue dans un cadre structuré qui n'a pas été mis en place par l'établissement. L'établissement prévoit la création d'un comité local d'éthique et l'organisation de la réflexion éthique. | C |
| 2 d | La politique hôtelière prend en compte les attentes des patients. | Les attentes des patients sur le plan hôtelier sont recueillies et prises en compte. Elles permettent de définir et de mettre en œuvre une politique hôtelière. | A |
| 2 e | Les représentants des patients participent à l'évaluation et à l'amélioration des services rendus par l'établissement. | Les représentants d'usagers sont désignés. Ils siègent aux instances et participent à la vie de l'établissement et aux démarches qualité et de certification. Leur avis est pris en compte pour améliorer le service rendu au patient. | A |

| Réf. 3 | La politique des ressources humaines est en conformité avec les missions et les orientations stratégiques de l'établissement | | Cotations |
|--------|---|---|-----------|
| 3 a | Les responsabilités dans la gestion des ressources humaines sont identifiées. | Les différents intervenants sur la gestion des ressources humaines sont identifiés tant au niveau de l'établissement que des secteurs d'activité. Leurs rôles respectifs et leurs interfaces ne font pas l'objet d'une définition formalisée – notamment par l'établissement de procédures – qui faciliterait leur connaissance par tous. | B |
| 3 b | Une gestion prévisionnelle permet l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement. | L'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 s'effectue de manière ponctuelle, sans reposer sur des outils et indicateurs partagés qui restent à élaborer. | B |
| 3 c | L'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques professionnels font partie des objectifs de la politique des ressources humaines. | Les conditions de travail et les risques professionnels sont évalués et un plan d'amélioration des conditions de travail est élaboré. Des actions de suivi et d'évaluation sont planifiées sans un plan d'actions structuré. | B |
| 3 d | La motivation des personnels est recherchée en favorisant leur adhésion et leur implication. | Des actions sont définies et conduites au sein de l'établissement de santé pour favoriser l'adhésion, la participation et la motivation des personnels. | A |

| Réf. 4 | La politique du système d'information et du dossier du patient est définie en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement | | Cotations |
|--------|---|--|------------------|
| 4 a | Le schéma directeur du système d'information s'appuie sur les orientations stratégiques de l'établissement. | Le schéma directeur a été élaboré et approuvé en s'appuyant sur l'identification et la hiérarchisation des besoins stratégiques de l'établissement en information. | A |
| 4 b | Les projets du système d'information sont définis et hiérarchisés en fonction des processus à optimiser, en recherchant l'adhésion des professionnels concernés et, en cas d'informatisation, de la maturité du marché. | Les projets du SI sont définis et hiérarchisés à partir d'une identification des domaines et processus à optimiser, en tenant compte de la maturité du marché. Les différents utilisateurs y sont associés. | A |
| 4 c | Des méthodes de conduite de projet prenant en compte l'expression des besoins des utilisateurs permettent de réaliser les projets du système d'information. | Des méthodes de conduite de projet prenant en compte l'expression des besoins des utilisateurs sont utilisées. 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. | Une politique du dossier du patient cohérente avec les orientations stratégiques est définie en associant les instances et les professionnels concernés. Cette politique favorise la confidentialité, la fiabilité, l'accessibilité et le stockage des informations. Toutefois, cette politique encore insuffisamment déployée, ne permet pas l'optimisation de la coordination des professionnels et des secteurs d'activité, laquelle ne sera parachevée que lors de l'informatisation complète du dossier de soins. | B |

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

| Réf. 6 | L'établissement définit une politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques intégrée aux orientations stratégiques | | Cotations |
|--------|--|--|-----------|
| 6 a | La direction et les instances définissent les priorités et les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de gestion des risques. | Les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de gestion des risques sont définis de manière concertée entre la direction et les instances. Cependant, La définition et la hiérarchisation des risques ne sont que partiellement engagées. Ils sont communiqués aux professionnels. | B |
| 6 b | La politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques intègre l'évaluation des pratiques professionnelles. | L'intention est affichée de faire que l'EPP devienne partie intégrante de la démarche d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement. Dans ce cadre, une stratégie de développement, notamment des actions de communication et de formation, et le suivi d'actions d'évaluation des pratiques professionnelles sont encourus de mise 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 sont définies à certains niveaux d'intervention (responsable hiérarchique, responsable de fonction transversale). Cette définition est à compléter par la désignation systématique de référents dans les secteurs d'activité, et pour les actions nouvelles par la désignation de responsables. | B |

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

CHAPITRE II – RESSOURCES TRANSVERSALES

A – RESSOURCES HUMAINES

| Réf. 8 | Le dialogue social est organisé au sein de l'établissement | | Cotations |
|---------------|---|---|------------------|
| 8 a | Les instances représentatives des personnels sont consultées à périodicité définie et traitent des questions relevant de leur compétence. | Les instances sont réunies périodiquement conformément à la réglementation. Un suivi est assuré sur des thèmes ayant fait l'objet d'avis ou de 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 n'est pas assuré. | B |

| Réf. 9 | Les processus de gestion des ressources humaines sont maîtrisés | | Cotations |
|--------|--|--|-----------|
| 9 a | Le recrutement de l'ensemble des personnels est organisé. | La procédure de recrutement des personnels est définie. Ses acteurs sont identifiés. Les modalités du recrutement n'ont pas été formalisées. | B |
| 9 b | L'accueil et l'intégration des personnels sont assurés. | Une politique d'accueil et d'intégration est organisée à l'échelle institutionnelle. Son impact est régulièrement évalué et son programme réajusté. | A |
| 9 c | La formation continue, y compris médicale, contribue à l'actualisation et à l'amélioration des compétences des personnels. | Un plan de formation a été établi pour le seul personnel non médical ; il 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. | B |
| 9 d | L'évaluation des personnels est mise en œuvre. | L'évaluation des personnels n'est mise en place que pour le personnel non médical ; ses résultats sont utilisés dans le cadre de la politique de gestion des ressources humaines. | B |
| 9 e | La gestion administrative des personnels assure la qualité et la confidentialité des informations individuelles. | Des modalités de gestion sont connues, 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 quoique non formalisées. Toutefois, elles ne font l'objet d'aucune formalisation. | B |

B – FONCTIONS HÔTELIÈRES ET LOGISTIQUES

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

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

| Réf. 12 | Les approvisionnements sont assurés | | Cotations |
|---------|---|---|-----------|
| 12 a | Les besoins des secteurs d'activité sont évalués sur le plan quantitatif et sur le plan qualitatif. | Les besoins des secteurs d'activité sont régulièrement évalués et pris en compte. Les procédures tiennent compte des évolutions de l'activité et du contexte. Les professionnels sont satisfaits de la réponse donnée à leurs besoins, mais l'évaluation de la satisfaction des professionnels n'est pas organisée. | B |
| 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. | Il existe un programme d'amélioration continue de la qualité. Toutefois, les échéances, la désignation des responsables des actions et les modalités de suivi et de communication sont en cours de définition. | B |
| 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 un programme d'amélioration de la qualité qui n'est néanmoins pas actuellement décliné en plan d'actions. | B |
| 13 d | La formation des professionnels à la qualité est assurée. | L'établissement analyse les besoins de formation à la qualité et met en œuvre une formation adaptée aux besoins du programme qualité. Cette formation n'a pas été encore étendue à l'ensemble des professionnels. | B |
| 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. Une démarche active mais encore non totalement aboutie d'identification de référents par secteurs est mise en œuvre. Des actions sont conduites dans divers secteurs. | B |
| 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 n'a pas encore mis en place l'ensemble des dispositions permettant d'assurer le suivi du programme d'amélioration de la qualité. Les dispositions en placet sont appliquées. | B |

| Réf. 14 | La gestion des risques est organisée et coordonnée | | Cotations |
|---------|--|---|-----------|
| 14 a | Les informations relatives aux risques sont rassemblées et organisées. | Il n'y a pas d'organisation en vue du regroupement des informations, ni de visibilité sur l'ensemble des risques permettant de définir les priorités, et d'ailleurs pas de document de synthèse sur les risques (hormis le seul document obligatoire sur les risques professionnels). Il n'existe pas de réelle organisation de gestion des risques à l'exception d'un suivi des différentes vigilances dont les rapports annuels sont diffusés à l'ensemble des professionnels. La coordination des vigilances et des risques et la formalisation de celle-ci fait partie des objectifs du programme Qualité de l'établissement. | C |
| 14 b | Des dispositions sont en place pour identifier et analyser <i>a priori</i> les risques. | Il n'existe pas de démarche structurée d'identification et d'analyse des risques <i>a priori</i> , en dehors des risques professionnels rassemblés dans le document unique. Les responsabilités ne sont pas clairement définies par domaine de risques. | C |
| 14 c | Des dispositions sont en place pour identifier et analyser <i>a posteriori</i> les risques. | L'établissement met en œuvre une démarche d'identification et d'analyse des incidents et accidents survenus, mais celle-ci reste à structurer. Les responsabilités sont définies pour l'identification, le signalement et en partie quant à leur analyse. | B |
| 14 d | Les résultats issus des analyses de risque permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter. | Les analyses de risque ne prennent pas en compte la totalité des risques. Les risques issus des vigilances (infectiovigilance, pharmaco-, matério-, hémo-vigilance, réactovigilance) sont traités en fonction de leur fréquence et de leur gravité. Les états de synthèse permettent également une priorisation de traitement, mais il n'existe pas de programme global de réduction des risques, des actions ponctuelles sont mises en place de façon empirique. | C |
| 14 e | La gestion d'une éventuelle crise est organisée. | Une organisation est en place pour faire face à une situation de crise : cellule de crise, circuits d'alerte, formation des professionnels, scénarios de crise, exercices de crises, modalités de communication. Elle est connue des professionnels. | A |

| Réf. 14 | La gestion des risques est organisée et coordonnée | | Cotations |
|---------|--|---|-----------|
| 14 f | L'organisation des plans d'urgence pour faire face aux risques exceptionnels est en place. | L'établissement est organisé pour faire face aux risques exceptionnels. Les plans d'urgence sont formalisés et actualisés ; les professionnels connaissent les modalités de mise en œuvre et leur rôle dans le dispositif par la formation et la participation à des simulations. Des actions de communication complètent cette organisation. | A |

| Réf. 15 | Un dispositif de veille sanitaire est opérationnel | | Cotations |
|---------|---|---|-----------|
| 15 a | Les procédures à mettre en œuvre en cas d'événement indésirable sont en place et sont connues des professionnels. | L'établissement a défini les procédures à mettre en œuvre en cas d'événement indésirable. Les procédures sont connues de la plupart des professionnels, mais les responsabilités ne sont pas clairement identifiées. | B |
| 15 b | La traçabilité des produits de santé est assurée. | L'établissement a défini les modalités de traçabilité des produits de santé et les met en œuvre. Les responsabilités sont définies. Ces modalités sont connues des professionnels concernés. L'établissement s'assure de la fiabilité et de l'exhaustivité du système. | A |
| 15 c | Une organisation permettant de répondre à une alerte sanitaire concernant les produits de santé est en place. | L'établissement a mis en place une organisation permanente lui permettant de répondre à une alerte sanitaire concernant les produits de santé. Les responsabilités sont définies et les professionnels concernés, formés. | A |
| 15 d | La coordination des vigilances entre elles et avec le programme global de gestion des risques est assurée. | Il n'existe pas de programme global de gestion des risques, pas de modalités définies de coordination des risques et des vigilances (ni structure de coordination dans ce domaine, ni articulation des programmes...). La coordination reste à l'état de projet dont l'échéance n'est d'ailleurs toujours pas précisée. | C |
| 15 e | Une coordination est assurée entre l'établissement et les structures régionales et nationales de vigilances. | L'établissement a mis en place une organisation assurant la coordination des vigilances avec les structures régionales et nationales de vigilance. | A |

D – QUALITÉ ET SÉCURITÉ DE L'ENVIRONNEMENT

| Réf. 16 | Un programme de surveillance et de prévention du risque infectieux, adapté au patient et aux activités à risque, est en place | | Cotations |
|---------|---|---|------------------|
| 16 a | Les patients et les activités à risque infectieux sont identifiés et un programme de surveillance adapté est en place. | Une identification des patients et des activités à risque, dans ce type d'établissement, a été réalisée et un programme de surveillance est mis en œuvre. Son suivi est assuré. | A |
| 16 b | Une formation de l'ensemble des professionnels à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux spécifique à la prise en charge est assurée. | L'établissement a organisé pour l'ensemble du personnel une formation régulière adaptée aux besoins spécifiques de la prise en charge, actualisée sous la direction du CLIN et régulièrement évaluée. | A |
| 16 c | Des protocoles ou procédures de maîtrise du risque infectieux, validés, sont utilisés. | Il existe des protocoles et procédures de maîtrise du risque infectieux, validés par le CLIN, adaptés aux activités de l'établissement. L'évaluation des protocoles n'est pas systématisée. | B |
| 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. Un programme concerté de prévention et de prise en charge des infections est élaboré et mis en œuvre, auquel échappe une partie des praticiens. | B |
| 16 f | Le signalement des infections nosocomiales est organisé et opérationnel. | Le dispositif de signalement des infections nosocomiales est connu des professionnels de l'établissement. Il repose sur la formation et l'information de tous les professionnels de l'établissement. Toutefois le dispositif est en cours d'amélioration. | 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 des professionnels les plus exposés permettent de connaître le dispositif (alerte, identification et gestion) mis en place face à un phénomène épidémique. Il reste à généraliser et pérenniser la formation. Des mesures préventives permettent d'éviter la survenue ou la récurrence d'un tel phénomène. | B |

| Réf. 17 | La gestion des risques liés aux dispositifs est assurée | | Cotations |
|---------|--|--|-----------|
| 17 a | Le prétraitement et la désinfection des équipements et dispositifs médicaux font l'objet de dispositions connues des professionnels concernés. | Les professionnels chargés du prétraitement et de la désinfection des dispositifs médicaux et des équipements sont formés et utilisent des protocoles validés ; l'ensemble des protocoles n'est pas formalisé. | B |
| 17 b | En stérilisation, la maîtrise de la qualité est assurée. | Le service de stérilisation du centre hospitalier de Beauvais est certifié depuis le 5 janvier 2001 en ISO 9002. | 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, dont la pérennité sera assurée par la réactualisation (en cours) du protocole d'entretien. | 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. Les professionnels sont formés, des mesures de protection sont en place. Les dysfonctionnements sont régulièrement analysés et suivis d'actions d'amélioration. | A |
| 18 e | Le CLIN et l'équipe opérationnelle d'hygiène sont associés à tout projet pouvant avoir des conséquences en termes de risque infectieux. | Tout nouveau projet d'aménagement des locaux, d'équipement matériel ou de réorganisation est soumis à la consultation du CLIN pour en apprécier les risques infectieux. Une coordination des acteurs, intégrant l'EOHH est mise en place. | A |

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

| Réf. 20 | La sécurité des biens et des personnes est assurée | | Cotations |
|---------|---|--|-----------|
| 20 a | La conservation des biens des patients et des professionnels est organisée. | Des dispositions, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement, sont mises en œuvre pour assurer la conservation des biens des patients et des professionnels. Ces dispositions s'accompagnent de groupes de travail afin d'améliorer le dispositif encore perfectible (vols d'effets personnels). | B |
| 20 b | Des mesures préventives pour assurer la sécurité des personnes sont mises en œuvre. | L'établissement a mis en œuvre des mesures préventives de sécurité des personnes dans la plupart des secteurs. | B |
| 20 c | Des dispositions d'alerte concernant la sécurité des biens et des personnes sont en place et connues de tous. | Des dispositions d'alerte concernant la sécurité des biens et de personnes sont mises en œuvre mais ne sont pas formalisées. Les rôles respectifs des professionnels et des patients (entourage) sont connus. | B |

E – SYSTÈME D'INFORMATION

| Réf. 21 | Le recueil et la mise à disposition de l'information sont organisés dans l'établissement | | Cotations |
|---------|---|--|-----------|
| 21 a | Les bases de connaissances utiles à la réalisation des différentes activités sont à la disposition des professionnels. | Les supports et le mode de communication permettent l'accès des professionnels aux connaissances nécessaires à leur exercice professionnel. La fonction documentaire n'est pas étendue à tous les domaines. | 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 ne permet pas toujours 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. Le suivi du patient pendant le séjour est parfois compliqué par l'absence d'évaluation régulière de l'état médical, des informations incomplètes relatives aux prescriptions et les interprétations différées de certains examens complémentaires. Le suivi du patient à sa sortie de l'établissement est rendu difficile par les délais de transmission des comptes rendus d'hospitalisation aux médecins traitants. L'établissement compte sur l'informatisation en cours du dossier du patient pour pallier ces difficultés. | C |
| 21 c | Le système de communication interne permet la coordination des acteurs de la prise en charge en temps voulu. | L'identification, l'organisation et l'adaptation des moyens de communication interne favorisent la coordination en temps voulu des acteurs de la prise en charge du patient. | A |
| 21 d | Les données nécessaires au suivi des activités et au pilotage de l'établissement sont recueillies et transmises aux responsables. | L'établissement a identifié et recueilli les données nécessaires au suivi de son activité. Les responsables des secteurs d'activité en sont destinataires. | A |
| 21 e | Le contrôle qualité des données est en place. | Un contrôle de la qualité des données est effectué régulièrement dans les différents champs du système d'information. Toutefois, l'analyse et l'exploitation de ces contrôles ne donnent pas toujours lieu à des actions correctrices, notamment en ce qui concerne l'amélioration du recueil des informations contenues dans le dossier médical. | 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 un renforcement récent des procédures de contrôle de l'identification du patient tout au long de sa prise en charge, notamment par la mise en place d'un groupe d'identitovigilance. Ces procédures ne sont pas évaluées. | B |
| 22 c | Lorsque l'établissement échange des données personnelles de santé avec une autre structure sanitaire, il veille à mettre en concordance les identités que les deux structures utilisent (rapprochement). | Il existe des modalités de mise en concordance des identités lors des échanges de données entre l'établissement et d'autres structures sanitaires par le biais du groupement de régional de télémédecine. Leur mise en œuvre récente n'a pas encore fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation. | B |

| Réf. 23 | La sécurité du système d'information est assurée | | Cotations |
|---------|--|---|-----------|
| 23 a | Une politique de sécurité est mise en œuvre pour assurer l'intégrité, la disponibilité, la confidentialité des données et l'auditabilité du système d'information. | L'établissement a défini une politique de sécurité, il met en œuvre les mesures nécessaires pour assurer l'intégrité, la disponibilité, la confidentialité des données et l'auditabilité du système d'information. Toutefois, il n'existe pas de procédure de vérification systématique de l'intégrité des données. | B |
| 23 b | La sécurité du système d'information est évaluée lors d'un diagnostic initial puis à périodicité définie. | L'ES n'a procédé à aucune évaluation de la sécurité du système d'information. Un appel d'offres est en cours afin de confier cette évaluation à un prestataire extérieur. | D |
| 23 c | Les traitements de données à caractère personnel font l'objet des démarches et formalités prévues par la législation Informatique et libertés. | Les démarches et formalités prévues concernant les déclarations à la CNIL et l'information du patient sont réalisées. | A |

| Réf. 24 | Le dossier du patient obéit à des règles de gestion définies pour l'ensemble des secteurs d'activité | | Cotations |
|---------|---|---|-----------|
| 24 a | Les règles de tenue du dossier de patient sont connues des différents intervenants. | Des règles définissant le contenu et la tenue du dossier du patient sont élaborées. Elles sont connues des professionnels concernés, mais ne sont pas appliquées par tous les acteurs. | B |
| 24 b | Les règles de communication du dossier du patient sont connues des professionnels concernés. | Des règles précisant les modalités de communication du dossier du patient sont élaborées, les professionnels en sont tenus informés, mais elles ne sont pas toujours appliquées, notamment en ce qui concerne la transmission de service à service et la transmission à des correspondants extérieurs. Cet état de fait génère des pertes d'éléments du dossier dont les pièces ne sont pas répertoriées. L'établissement a identifié le problème, mais n'est pas actuellement en mesure d'obtenir de certains praticiens qu'ils modifient leur mode de fonctionnement. | C |
| 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. Toutefois, cette procédure n'est pas encore suffisamment appliquée par tous les professionnels. | B |
| 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. Toutefois, des pancartes de lit ont été vues dans quelques services au cours de la visite. L'établissement poursuit une politique de suppression des pancartes au lit des patients. | B |
| 24 e | L'accès aux dossiers est organisé pour le patient et/ou les personnes habilitées. | L'organisation mise en place par les responsables assure l'accès au dossier pour le patient et les personnes habilitées. Elle est connue des professionnels et des patients. | A |

CHAPITRE III – PRISE EN CHARGE DU PATIENT

A – ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET MANAGEMENT DES SECTEURS D'ACTIVITÉ

| Réf. 25 | Les responsables des secteurs d'activité exercent pleinement leur rôle | | Cotations | | | | |
|---------|--|--|-----------|-----|-----|-----|-----|
| | | | MCO | PSY | SSR | SLD | HAD |
| 25 a | Les responsables prévoient les évolutions de leur secteur d'activité en cohérence avec les choix stratégiques de l'établissement. | Les responsables de chaque secteur d'activité élaborent un projet qui s'inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement. | A | | A | A | A |
| 25 b | Les responsables organisent les activités de leur secteur et identifient les moyens nécessaires à leur réalisation. | L'implication des responsables permet d'assurer une organisation compétente et efficiente de leur secteur d'activité, mais les délégations de responsabilités ne sont pas définies et il n'y a pas d'outils de recueil de la charge de travail. | B | | B | B | B |
| 25 c | Les responsables organisent la complémentarité avec les autres structures et la participation à des réseaux de santé dans leur domaine. | Les responsables des secteurs d'activité définissent ou participent à la définition des champs de complémentarité et de partenariat potentiel. Cependant toutes les complémentarités ne sont pas formalisées. | B | | B | B | B |
| 25 d | Les responsables des secteurs d'activité décident, dans le cadre de leurs attributions, des actions à mettre en œuvre dans leur secteur. | Les responsables des secteurs d'activité définissent leur processus décisionnel dans le cadre de leurs attributions. Les délégations ne sont que rarement formalisées mais, en ce qui concerne les paramédicaux, il existe une organisation visant à suppléer les absences des cadres. | B | | B | B | B |
| 25 e | Les responsables motivent les personnels de leur secteur d'activité en favorisant leur adhésion et leur implication. | Les responsables s'impliquent dans le développement de la motivation de leur équipe. Des moyens sont mis en œuvre pour favoriser la motivation individuelle ; des mécanismes d'intéressement sont en cours de définition dans les contrats de pôles à venir. Les performances collectives ne sont pas encore formellement identifiées. | B | | B | B | B |

| | | | 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 d'outils et de moyens permettant de s'assurer de la bonne utilisation des ressources. | A | | A | A | A |
| 25 g | Les responsables développent des démarches d'évaluation et d'amélioration. | L'implication des responsables dans l'évaluation et l'amélioration des performances de leur secteur d'activité est variable. Le partage d'expérience n'est pas encore effectif, mais il existe des dispositifs d'évaluation de la satisfaction des usagers. | B | | B | B | B |

B – PARCOURS DU PATIENT

| Réf. 26 | Les droits et la dignité du patient (résidant – <i>USLD</i>) sont respectés | | Cotations | | | | |
|---------|---|---|-----------|-----|-----|-----|-----|
| | | | MCO | PSY | SSR | SLD | HAD |
| 26 a | La confidentialité des informations relatives au patient (résidant – <i>USLD</i>) est garantie. | Les pratiques professionnelles et les moyens mis en place, en particulier les actions de sensibilisation, permettent d'assurer le respect de la confidentialité des données à caractère médical ou social et leur accès par les seules personnes autorisées. | A | | A | A | A |
| 26 b | Le respect de la dignité et de l'intimité du patient (résidant – <i>USLD</i>) est préservé tout au long de sa prise en charge. | En MCO – SSR – SLD, 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, sauf dans certains secteurs en raison de contraintes architecturales. En HAD, 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. | B | | B | B | A |
| 26 c | La prévention de la maltraitance du patient (résidant – <i>USLD</i>) au sein de l'établissement est organisée. | En MCO, les professionnels sont sensibilisés à la prévention de la maltraitance. Les situations à risque sont identifiées, mais le système de signalement n'est pas en place. En SSR, SLD et HAD, 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, mais le système de signalement n'est pas tracé. | B | | B | B | B |
| 26 d | La volonté du patient (résidant – <i>USLD</i>) est respectée. | La volonté du patient est respectée pour ce qui concerne l'acceptation des soins, les pratiques religieuses et culturelles, dans les limites du possible et de la déontologie médicale, mais son recueil n'est pas toujours systématisé. | B | | B | B | B |

| | | Cotations | | | | | |
|------|---|---|---|--|---|---|---|
| 26 e | La formation des professionnels à l'écoute et au respect des droits du patient est organisée. | Des formations et des actions de sensibilisation sur le thème du respect des droits et de la dignité du patient sont organisées et suivies. | A | | A | A | A |

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

| Réf. 28 | La prise en charge du patient se présentant pour une urgence est organisée | | Cotations | | | | |
|---------|---|--|-----------|-----|-----|-----|-----|
| | | | MCO | PSY | SSR | SLD | HAD |
| 28 a | L'accueil de toute personne se présentant pour une urgence est organisé par des professionnels formés à cet effet. | L'accueil des patients au service des urgences est organisé par un personnel dédié, formé et identifié. | A | | NA | NA | NA |
| 28 b | Selon le degré d'urgence, une prise en charge, une réorientation ou un transfert est organisé dans un délai compatible avec les impératifs de sécurité. | Au SAU adulte, l'organisation en place permet aux professionnels de santé la mise en œuvre de la décision de prise en charge, de réorientation ou de transfert des patients dans des délais compatibles avec leur état de santé. En revanche, l'organisation n'est pas optimisée pour le service des urgences pédiatriques. | B | | NA | NA | NA |
| 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. L'évaluation de la disponibilité des spécialistes dans des délais adaptés n'a pas été réalisée. La commission des admissions non programmées ne s'est jamais réunie. | B | | NA | NA | NA |
| 28 d | La disponibilité des lits d'hospitalisation est régulièrement évaluée et analysée au sein de l'établissement. | Une organisation adaptée de la gestion des lits d'hospitalisation permet d'évaluer et d'analyser régulièrement la disponibilité des lits afin de réduire les délais d'attente d'hospitalisation. Il n'existe pas de gestion centralisée des lits qui permette de connaître la disponibilité des lits en temps réel ; en revanche, une organisation est en place pour informer le service des urgences des disponibilités des lits plusieurs fois par jour. | B | | NA | NA | NA |

| Réf. 29 | L'évaluation initiale de l'état de santé du patient (résidant – USLD) donne lieu à un projet thérapeutique personnalisé, ajusté tout au long de sa prise en charge (son séjour – USLD) | | Cotations | | | | |
|---------|--|--|-----------|-----|-----|-----|-----|
| | | | MCO | PSY | SSR | SLD | HAD |
| 29 a | Le patient (résidant – USLD) et, s'il y a lieu, son entourage sont partie prenante dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique. | Une organisation formalisée impliquant le patient et, le cas échéant son entourage, dans l'élaboration et le suivi de son projet thérapeutique est mise en œuvre dans chaque secteur d'activité. En MCO, SSR, le point de vue du patient et de son entourage n'est pas tracé dans le dossier du patient. | B | | B | A | A |
| 29 b | Les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures sont accessibles 24 heures/24. | L'organisation assurant l'accès 24 heures/24 à l'ensemble des données antérieures n'est pas toujours possible. | B | | B | B | B |
| 29 c | Le projet thérapeutique prend en compte l'ensemble des besoins du patient (résidant – USLD) et organise la coordination entre les professionnels des différents secteurs d'activité. | Les besoins des patients sont identifiés. Ils sont pris en compte de façon coordonnée par les professionnels des différents secteurs d'activité. | A | | A | A | 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 (résidant – USLD). | Les praticiens n'ont pas défini leurs responsabilités en matière de traçabilité de la réflexion bénéfice-risque. Celle-ci n'est pas systématiquement tracée dans les dossiers de soins. L'établissement prévoit la poursuite de la sensibilisation des professionnels à la traçabilité bénéfice-risque. | C | | C | C | C |

| | | | | | | | |
|------|---|---|---|--|---|---|---|
| 29 e | Lorsqu'une restriction de liberté de circulation est envisagée dans l'intérêt du patient (résidant – USLD), celle-ci fait l'objet d'une réflexion en équipe et d'une prescription écrite réévaluée à périodicité définie, et d'une information au patient (résidant – USLD) et à son entourage. | <p>SSR – SLD – HAD</p> <p>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.</p> <p>En MCO, les situations de restriction ne sont pas identifiées, la réflexion à propos de la liberté de circuler n'est pas généralisée. Il n'existe pas de prescription médicale pour la contention et cet acte n'est pas tracé.</p> | C | | A | A | A |
|------|---|---|---|--|---|---|---|

| Réf. 29 | L'évaluation initiale de l'état de santé du patient (résident – USLD) donne lieu à un projet thérapeutique personnalisé, ajusté tout au long de sa prise en charge (son séjour – USLD) | | Cotations | | | | |
|---------|--|---|-----------|--|---|---|---|
| 29 f | Le projet thérapeutique fait l'objet d'ajustements en fonction d'évaluations régulières de l'état de santé du patient (résident – USLD). | L'ensemble des professionnels se coordonne pour ajuster de façon régulière le projet thérapeutique, cependant ces observations ne sont pas tracées de façon systématique dans les dossiers en MCO. SSR – SLD – HAD L'ensemble des professionnels trace leurs observations dans le dossier du patient et se coordonne pour ajuster de façon régulière le projet thérapeutique. | B | | A | A | A |

| Réf. 30 | Des situations nécessitant une prise en charge adaptée sont identifiées | | Cotations | | | | |
|---------|---|--|-----------|-----|-----|-----|-----|
| | | | MCO | PSY | SSR | SLD | HAD |
| 30 a | L'état nutritionnel du patient est évalué et ses besoins spécifiques sont pris en compte. | Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique. Un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant mais la traçabilité de l'évaluation n'est pas systématique en MCO. | B | | A | | A |
| | <i>USLD</i> – L'équilibre nutritionnel des résidents est assuré en fonction de leurs goûts et habitudes alimentaires. | Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement 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. | | | | A | |
| 30 b | Les conduites addictives sont identifiées et font l'objet d'une prise en charge adaptée. | Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique. Un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant. Ce dispositif est perfectible en ce qui concerne la prise en charge du tabagisme où il n'y a pas de traçabilité d'une évaluation régulière dans le dossier médical. | B | | B | B | B |
| 30 c | La maladie thromboembolique fait l'objet d'une prévention dans les situations à risque. | Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique. Un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant mais l'évaluation n'est pas systématiquement tracée dans le dossier. | B | | B | B | B |
| 30 d | Les chutes des patients font l'objet d'une prévention. | Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique. Un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant. Ce dispositif n'est pas généralisé en MCO. | B | | A | A | A |

| | | | Cotations | | | | |
|------|--|--|------------------|--|---|---|---|
| 30 e | Le risque suicidaire est pris en compte. | Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique. Un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant. | A | | A | A | A |
| 30 f | Les escarres font l'objet d'une prévention. | Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique. Un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant. | A | | A | A | A |
| 30 g | <i>USLD</i> – Un projet de vie est individualisé pour chaque résidant en prenant en compte ses souhaits. | Un projet de vie intégré au dossier est élaboré pour chaque résidant. Il tient compte de ses souhaits et de ses capacités physiques et intellectuelles. | | | | A | |

| Réf. 31 | Le patient (résidant – USLD) est informé de son état de santé et est partie prenante de sa prise en charge | | Cotations | | | | |
|---------|--|--|-----------|-----|-----|-----|-----|
| | | | MCO | PSY | SSR | SLD | HAD |
| 31 a | Le patient reçoit une information coordonnée par les professionnels sur les soins et son état de santé tout au long de sa prise en charge. | La coordination des professionnels permet au patient de recevoir une information cohérente sur ses soins et son état de santé tout au long de sa prise en charge, mais la traçabilité de cette information est inégalement répartie. | B | | B | | 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. | La coordination des professionnels permet au patient de recevoir une information cohérente sur ses soins et son état de santé tout au long de sa prise en charge, mais la traçabilité de cette information est inégalement répartie. | | | | B | |
| 31 b | Les professionnels délivrent une information adaptée à la compréhension du patient (résidant – USLD). | Les informations données au patient sont adaptées à sa compréhension et aux particularités de son état de santé, de sa situation ou de sa prise en charge. Cependant les actions d'évaluation et de mesure d'impact sur la compréhension du patient ne sont pas encore en place. | B | | B | B | B |
| 31 c | Le patient (résidant – USLD) désigne les personnes qu'il souhaite voir informer. | Dans les secteurs SLD et HAD, les coordonnées des personnes que le patient souhaite voir informer sont recueillies et tracées dans le dossier. En revanche, cette procédure n'est pas généralisée dans les autres secteurs, notamment pour ce qui concerne la personne de confiance, pour laquelle l'information n'est pas systématiquement donnée. | C | | C | A | A |
| 31 d | Le consentement éclairé du patient (résidant – USLD) ou de son représentant légal est requis pour toute pratique le concernant. | Le consentement éclairé est recueilli le plus souvent de manière orale et n'est pas tracé le plus souvent. La réflexion bénéfico-risque est rarement retrouvée. Toutefois, une dynamique a pu être constatée à ce sujet, l'établissement ayant engagé une réflexion active en vue d'en obtenir la généralisation et la traçabilité. | C | | C | C | C |

| | | Cotations | | | | | |
|------|--|--|---|--|---|---|---|
| 31 e | 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 risques et leurs bénéfices. Le recueil écrit du consentement éclairé n'est pas systématiquement réalisé. | B | | B | B | B |
| 31 f | Le patient (résidant – <i>USLD</i>) est informé de la survenue d'un événement indésirable lors de sa prise en charge. | Les modalités d'information du patient pendant son séjour et après sa sortie, concernant la survenue d'un événement indésirable sont formalisées, mais l'information donnée n'est pas tracée dans le dossier de façon exhaustive. | B | | B | B | 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 | | A | A | A |
| 32 b | Le patient (résidant – USLD) est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement. | Le patient et/ou son entourage est impliqué dans la prise en charge de sa douleur. Cependant une enquête réalisée pour l'auto-évaluation de la visite de certification a montré des réajustements à prévoir dans la remise du contrat douleur. | B | | B | B | 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 et évaluée, mais le nombre de personnes formées annuellement est limité. | B | | B | B | 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 | | A | A | A |

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

| Réf. 34 | La traçabilité des actes et la transmission, en temps opportun, des informations reposent sur une organisation adaptée du dossier du patient (résident – USLD) | | Cotation | | | | |
|---------|---|---|----------|-----|-----|-----|-----|
| | | | MCO | PSY | SSR | SLD | HAD |
| 34 a | L'information contenue dans le dossier du patient (résident – USLD) est actualisée tout au long de sa prise en charge et également après sa sortie. | <p>En SSR, SLD et HAD, tous les éléments diagnostiques et thérapeutiques sont tracés dans le dossier du patient et notamment toutes les informations retraçant son état de santé. Le dossier est complété après la sortie du patient, le cas échéant.</p> <p>En MCO, les informations retraçant l'évolution de l'état de santé du patient sont actualisées dans le dossier de soins infirmiers, mais de manière variable selon les services. Une enquête a montré la présence d'une observation médicale actualisée dans 75 % des dossiers. Les dossiers des patients ne sont pas tous complétés après la sortie par les informations émanant des correspondants prenant en charge le patient. Pourtant l'assurance de la traçabilité de l'état du patient faisait l'objet d'une recommandation lors de la première visite d'accréditation.</p> | C | | A | A | A |
| 34 b | L'information contenue dans le dossier du patient (résident – USLD) est accessible aux professionnels en charge du patient (résident – USLD), en temps utile. | Une organisation de la tenue et de l'accessibilité du dossier du patient facilite la consultation des informations qu'il contient lorsque le professionnel de santé en a besoin, dans les services. Cependant, les différents lieux de conservation des dossiers dans les secrétariats ne permettent pas de rendre accessibles de façon exhaustive toutes les informations issues des consultations. | B | | B | B | B |
| 34 c | Tout acte diagnostique et/ou thérapeutique fait l'objet d'une prescription écrite, datée et signée. | À l'exception de l'HAD, les prescriptions des actes diagnostiques et/ou thérapeutiques ne sont pas systématiquement identifiées, datées et signées. | B | | B | B | A |
| 34 d | L'information sur son état de santé et son traitement donnée au patient (résident – USLD) et/ou à son entourage est enregistrée dans le dossier du patient (résident – USLD). | Toute information donnée au patient et/ou à son entourage est tracée dans le dossier du patient. En MCO, la trace de l'information donnée au patient n'est pas retrouvée de façon systématique dans le dossier. | B | | A | A | A |

| 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. | En HAD, chaque examen complémentaire s'appuie sur une évaluation de l'état du patient, et les demandes d'examens précisent les objectifs et les renseignements cliniques pertinents. Dans les autres secteurs, la demande d'examens ne comporte pas toujours les renseignements cliniques utiles. Cependant, les examens spécialisés font l'objet d'une concertation informelle directe entre le prescripteur et le secteur médicotechnique. Souvent menée, la réflexion bénéfico-risque, n'est pas systématiquement tracée. | B | | B | B | A |
| 35 b | Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies. | Les règles de coordination entre secteurs d'activité clinique et médicotechnique relatives à la réalisation des examens sont systématiquement définies et mises en œuvre. | A | | A | A | A |
| 35 c | Les règles relatives à la communication des résultats sont établies et répondent aux besoins des secteurs d'activité clinique en termes de qualité et de délais de transmission. | Les règles de coordination entre secteurs d'activité clinique et médicotechnique relatives à la communication des examens sont systématiquement définies et mises en œuvre. Processus organisé, connaissance des délais, validation des résultats, modalités de communication. | A | | A | A | 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. | SSR – SLD – HAD Le circuit du médicament/des dispositifs médicaux stériles est organisé, par étape, interfaces incluses. Sa sécurisation permet la prévention des événements indésirables évitables. En MCO, le circuit du médicament/des dispositifs médicaux stériles est organisé, par étape, interfaces incluses. Sa sécurisation partielle permet la prévention des événements indésirables évitables. En effet, l'identité des prescripteurs est parfois difficile à établir. Il existe encore des retranscriptions, notamment dans les divers services de soins non encore informatisés. | C | | A | A | A |
| 36 b | L'utilisation des médicaments suit les recommandations de bonne pratique en termes de pertinence de l'indication, de respect des contre-indications, et de connaissance des interactions et effets secondaires. | Les professionnels suivent les recommandations de bonne pratique de prescription des médicaments permettant d'assurer une bonne utilisation des médicaments. Les événements indésirables sont recueillis, analysés et exploités. | A | | A | A | A |
| 36 c | L'administration du médicament au patient (résident – USLD) est conforme à la prescription et fait l'objet d'une traçabilité. | SSR – SLD – HAD La conformité de l'administration du médicament à la prescription est assurée par les professionnels habilités. Sa traçabilité est réalisée. En MCO, La conformité de l'administration du médicament à la prescription est assurée par les professionnels habilités. Sa traçabilité est réalisée. Cependant, il persiste des retranscriptions dans les secteurs où l'informatisation n'est pas encore en place. | B | | A | A | A, |

| | | | Cotation | | | | |
|------|--|---|-----------------|--|---|---|---|
| 36 d | Les informations sur les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont à la disposition des utilisateurs. | Les responsables de la pharmacie délivrent aux professionnels des informations validées et actualisées sur les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux et mettent à disposition des patients des informations adaptées à leur état de santé. | A | | A | A | A |
| 36 e | Les demandes urgentes de médicaments peuvent être satisfaites à tout moment. | Il existe une organisation concertée et connue de tous les professionnels pour satisfaire à tout moment les demandes urgentes de médicaments. | A | | A | | A |
| | <i>USLD</i> – Les demandes urgentes de médicaments, formulées par les <i>USLD</i> , 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 | |

| Réf. 37 | Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle fait l'objet d'une organisation formalisée, élaborée par les professionnels concernés, validée par les instances de l'établissement et connue de tous | | Cotation | | | | |
|---------|---|--|----------|-----|-----|-----|-----|
| | | | MCO | PSY | SSR | SLD | HAD |
| 37 a | Les activités interventionnelles, traditionnelles et ambulatoires, sont planifiées et organisées en concertation avec les professionnels des secteurs d'activité clinique et en intégrant la prise en charge des éventuelles activités d'urgence. | L'organisation et la planification des activités interventionnelles, définies en concertation avec les professionnels concernés, prennent en compte les contraintes internes de l'établissement et celles liées aux situations de prise en charge du patient. La définition et le suivi d'indicateurs permettent de faire progresser cette organisation. | A | | NA | NA | NA |
| 37 b | Afin d'assurer la continuité de la prise en charge pré-, per- et postinterventionnelle du patient, les différents professionnels concernés assurent, à chaque étape, une transmission précise, orale et écrite, des informations. | 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 | | NA | NA | NA |
| 37 c | Les événements indésirables graves spécifiques aux secteurs interventionnels font l'objet d'un suivi régulier, d'une analyse et d'actions correctives et préventives. | Les événements indésirables graves en secteurs interventionnels sont identifiés, mais ne font pas l'objet d'une analyse systématique. Toutefois, les services de réanimation et de gynécologie-obstétrique tiennent des réunions de morbidité et de mortalité. | B | | NA | NA | NA |
| 37 d | Les compétences professionnelles au sein des secteurs d'activité interventionnelle sont régulièrement évaluées. | Les qualifications requises pour l'exercice dans les secteurs interventionnels sont identifiées. Les compétences sont régulièrement évaluées au regard des activités interventionnelles pour le personnel paramédical. Il n'y a pas d'évaluation des compétences des personnels médicaux. | B | | NA | NA | NA |

| Réf. 38 | Le don d'organe ou de tissus à visée thérapeutique est organisé | | Cotation | | | | |
|---------|--|--|----------|-----|-----|-----|-----|
| | | | MCO | PSY | SSR | SLD | HAD |
| 38 a | La participation de l'établissement aux activités ou à un réseau de prélèvements d'organes et de tissus est définie. | L'établissement a défini dans ses orientations stratégiques sa participation aux activités ou à un réseau de prélèvements d'organes ou de tissus. Une organisation interne et une coordination avec d'autres établissements sont en place. | A | | A | A | A |
| 38 b | Une information sur le don d'organes ou de tissus est disponible pour le public. | L'organisation de l'information du public sur les dons d'organes ou de tissus est réalisée dans certains secteurs mais n'est pas généralisée. | B | | B | B | B |
| 38 c | Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes ou de tissus. | Les professionnels sont informés et formés aux enjeux concernant les dons d'organes ou de tissus. Les actions de communication auprès des professionnels n'ont pas été programmées. Le médecin coordonnateur assure des cours à l'IFSI. | B | | B | B | B |
| 38 d | Les prélèvements d'organes ou de tissus sont réalisés conformément aux règles de bonnes pratiques. | Les prélèvements sont effectués dans un autre établissement. | NA | | | | |

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

| Réf. 40 | L'éducation du patient (résident – USLD) sur son état de santé, son traitement et les questions de santé publique susceptibles de le concerner est assurée | | Cotation | | | | |
|---------|--|---|----------|-----|-----|-----|-----|
| | | | MCO | PSY | SSR | SLD | HAD |
| 40 a | Un programme d'éducation thérapeutique adapté à son état est mis en place en veillant à la compréhension du patient (résident – USLD). | Une organisation permet de faire bénéficier le patient d'une éducation adaptée à son état de santé. Cette éducation vise l'appropriation des pratiques et l'acquisition des compétences utiles pour améliorer son autonomie dans la gestion de sa maladie et de son traitement. | A | | A | A | A |
| 40 b | L'entourage du patient est associé aux actions d'éducation, le cas échéant. | Une organisation permet d'associer, de façon adaptée, l'entourage aux actions d'éducation thérapeutique du patient. | A | | A | | A |
| | USLD – L'entourage et/ou sa famille sont associés aussi souvent que possible à ces actions d'éducation thérapeutique. | Une organisation permet de proposer au patient des activités d'éducation pour la santé. | | | | A | |
| 40 c | Une éducation aux questions de santé publique est délivrée au patient (résident – USLD) selon le cas. | Une organisation permet de proposer au patient des activités d'éducation pour la santé. | A | | A | A | A |

| Réf. 41 | La continuité des soins après la sortie est planifiée et coordonnée avec le patient (résident – USLD) et son entourage ainsi qu’avec les professionnels intervenant en aval | | Cotation | | | | |
|---------|---|---|----------|-----|-----|-----|-----|
| | | | MCO | PSY | SSR | SLD | HAD |
| 41 a | Le patient, l’entourage et le médecin traitant sont associés à la planification de la sortie. | La sortie est planifiée le plus tôt possible avec le patient, son entourage et le médecin traitant en tenant compte de ses besoins. Cependant en MCO, le médecin traitant n’est pas associé à la gestion de la sortie du patient. | B | | A | | A |
| | USLD – Le résident, l’entourage et le médecin traitant qu’il désigne, le cas échéant, sont associés à la planification de la sortie. | La sortie est planifiée le plus tôt possible avec le patient, son entourage en tenant compte de ses besoins mais sans associer le médecin traitant. | | | | B | |
| 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 | | A | | A |
| | USLD – Le résident est adressé aux professionnels et structures appropriés en fonction de ses besoins de santé et de ses choix. | La connaissance des ressources disponibles dans le territoire de santé permet d’adresser le patient aux professionnels et structures appropriés. | | | | A | |
| 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. Cependant en MCO, les secteurs d’activité n’informent pas et n’associent pas en temps utile les professionnels d’aval. Les comptes rendus d’hospitalisation ne sont pas toujours exhaustifs. | C | | A | A | A |
| 41 d | La continuité de la prise en charge est assurée lors du transfert entre établissements. | Les conditions du transfert du patient entre établissements sont adaptées à sa situation. Les professionnels n’organisent pas les retours d’information nécessaires pour s’assurer de la continuité de sa prise en charge. | B | | B | B | B |

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

| Réf. 43 | Le décès du patient (résidant – USLD) fait l'objet d'un accompagnement | | Cotation | | | | |
|---------|---|---|----------|-----|-----|-----|-----|
| | | | MCO | PSY | SSR | SLD | HAD |
| 43 a | Les personnes à prévenir sont contactées en cas d'état critique du patient (résidant – USLD) et/ou en cas de décès. | Le recueil des coordonnées des personnes à prévenir est systématique et une organisation permet de prévenir ces personnes en cas d'état critique et/ou de décès du patient. En MCO, une enquête effectuée de janvier 2005 à octobre 2006 n'a pas permis de retrouver d'une façon exhaustive les coordonnées des personnes à prévenir. | B | | A | A | A |
| 43 b | Les volontés et les convictions du défunt sont respectées. | Le recueil des volontés et convictions du patient en cas de décès est tracé dans le dossier. Celles-ci sont respectées en cas de décès. En MCO et en SSR, les volontés et les convictions religieuses ne sont pas systématiquement tracées dans le dossier. | B | | B | A | A |
| 43 c | Un accompagnement psychologique de l'entourage est assuré. | Lors du décès du patient, les besoins d'accompagnement psychologique de l'entourage sont identifiés et pris en compte. | A | | A | A | 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 | | A | A | A |

CHAPITRE IV – ÉVALUATION 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>MCO Pertinence de l'hébergement des patients médicaux dans un service inadapté. L'objectif de cette étude conduite dans deux services de médecine est d'étudier la problématique de l'orientation des patients à partir de l'évaluation de la pertinence ou non pertinence de leur hébergement. Il s'agit de rationaliser la gestion des lits. La méthodologie est basée sur la grille AEPF. Les résultats ont mesuré le taux de séjours inappropriés et permis d'identifier des facteurs incriminés dans cette inadéquation. Les axes d'amélioration ont été définis. Le plan d'amélioration n'est pas encore mis en œuvre. Une deuxième évaluation identique est prévue dans quelques mois. Le travail a été présenté en CME.</p> | B |
| 44 b | La pertinence des actes à risque est évaluée. | <p>MCO Évaluation de la pertinence de biopsie de l'artère temporale dans le diagnostic de la maladie de Horton. Un groupe multiprofessionnel a été constitué pour évaluer la pertinence de la demande de réalisation de biopsie de l'artère temporale. À partir de références bibliographiques, le groupe a conduit une étude rétrospective sur 25 dossiers de patients. En croisant les critères cliniques et biologiques retrouvés dans la maladie de Horton et le résultat des biopsies, le groupe a proposé des mesures correctives de façon à éviter les demandes abusives. Les mesures correctives sont représentées par des recommandations écrites aux prescripteurs. Un échéancier et une évaluation de l'efficacité des recommandations sont prévus.</p> | A |
| 44 c | La pertinence des prescriptions médicamenteuses est évaluée. | <p>MCO Pertinence de la prescription thromboprophylactique par HBPM chez la personne âgée et la femme en post-partum. Le choix de ce sujet a été motivé par la fréquence de cette mesure prophylactique, son coût et ses complications potentielles.</p> | B |

| Réf. 44 | Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques | | Cotation |
|---------|--|---|----------|
| | | La méthodologie est celle de l'audit clinique prospectif avec recueil réalisé par des enquêteurs de la pharmacie à l'aide d'une grille établie sur les référentiels retenus. Les résultats restitués aux services concernés et présentés en CME et au COMEDIM gériatrique ont montré des écarts dans les pratiques et ont abouti à un plan d'amélioration à venir qui sera évalué en fin d'année. | |
| 44 d | La pertinence des examens de laboratoire et des examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle est évaluée. | <p>MCO</p> <p>L'objectif était d'évaluer la pertinence de l'échographie et du scanner dans le diagnostic de l'appendicite aiguë, afin d'établir des recommandations tenant compte des enjeux économiques et du risque d'irradiation chez l'enfant et le vieillard. Le caractère pluridisciplinaire du groupe de travail n'apparaît pas dans cette EPP. La littérature ne fournissant aucun référentiel, une étude rétrospective a été entreprise sur la base d'indicateurs définis par l'établissement. Quatre recommandations ont été établies qui font l'objet d'un guide de bonnes pratiques et sont déjà en application. Il n'a pas encore été procédé à une évaluation.</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>La pose de chambres implantables en cancérologie (300 chambres implantables posées par an) a été identifiée comme un processus à risque. Un groupe multidisciplinaire (chirurgiens, anesthésistes, cadres de santé et personnel soignant) a participé à l'étude rétrospective de 30 dossiers. Cette étude a reçu le soutien institutionnel de l'établissement. La méthode choisie est l'analyse de processus avec adjonction de nouveaux critères à évaluer, se basant sur le référentiel de l'HAS. Les résultats de l'étude ont abouti à 100 % des critères remplis, à l'exception de l'un des critères pouvant être une contre indication. Une restitution a été faite aux services concernés, avec un plan d'amélioration mis en œuvre : sensibilisation des professionnels aux bonnes pratiques, respect de la procédure validée. Une réévaluation est prévue au troisième trimestre 2007.</p> | A | | | | |
| 45 a | Les professionnels identifient les actes, les processus et les pratiques à risque et évaluent leurs conditions de sécurité. | <p>Le risque lié à l'alimentation du sujet âgé dément en SSR. Les critères de choix qui ont conduit à cette analyse sont : l'augmentation du nombre de patients déments accueillis en service de convalescence, la fréquence de la perte de poids chez ce type de patients, et son incidence sur le devenir des patients. L'objectif de ce travail est d'identifier et d'évaluer le risque de la non-alimentation des patients déments afin de prévenir les accidents liés à la non-alimentation. Le groupe de travail est pluriprofessionnel (médical et paramédical) et a reçu le soutien institutionnel de la commission médicale d'établissement. Les références bibliographiques n'existaient pas.</p> | | | C | | |

| | | | Cotation | | | | |
|------|---|--|----------|--|--|--|---|
| | | <p>Le travail a consisté en l'élaboration d'une grille de recueil de données sur la gestion de différentes étapes de l'alimentation (ou en lien) par les professionnels de santé. La méthode retenue est l'audit clinique ciblé mené du 8 au 23 janvier 2007. L'identification et l'évaluation des risques n'ont pas été spécifiquement étudiées.</p> <p>Les résultats préliminaires présentés sont exploités comme une analyse de conformité des pratiques liées à la gestion de l'alimentation. La poursuite du travail s'oriente sur une formulation d'axes d'amélioration sans lien spécifique avec les objectifs proposés. À ce jour l'établissement a mis en place certaines de ces actions.</p> | | | | | |
| 45 a | Les professionnels identifient les actes, les processus et les pratiques à risque et évaluent leurs conditions de sécurité. | <p>La qualité et la sécurité de la pratique de la transfusion et la chimiothérapie en HAD.</p> <p>Souhaitant renforcer la qualité et la sécurité de la pratique de la transfusion et la chimiothérapie en HAD, le groupe de l'HAD a procédé à une étude rétrospective des dossiers sur une période de trois années. L'analyse faite d'après des grilles élaborées à partir d'un référentiel ANAES 2003 et des protocoles de transfusion de l'établissement, a permis de distinguer des points forts et des points à améliorer. Quatre actions d'amélioration ont été mises en œuvre qui n'ont pas encore donné lieu à une évaluation.</p> | | | | | A |
| 45 a | Les professionnels identifient les actes, les processus et les pratiques à risque et évaluent leurs conditions de sécurité. | <p>Prévenir le risque lié aux contentions</p> <p>Ce choix repose sur deux aspects : encourager une dynamique d'amélioration des pratiques soignantes et s'appropriier les bonnes pratiques. Un groupe de travail pluriprofessionnel a été constitué. Il s'agit d'une approche processus et la méthode utilisée a été celle de l'audit clinique ciblé. Les données de la littérature et d'une conférence de consensus ont été utilisées.</p> | | | | | A |

| | | Cotation | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | Suite à l'analyse des résultats, des propositions d'amélioration ont été définies et mises en œuvre, notamment avec une sensibilisation des professionnels et la création d'une fiche de contention. Une nouvelle évaluation est prévue dans 6 mois. | | | | | |

| Réf. 45 | Les professionnels évaluent le risque lié aux soins | | Cotation | | | | |
|---------|--|--|----------|-----|-----|-----|-----|
| | | | MCO | PSY | SSR | SLD | HAD |
| 45 b | L'analyse des événements indésirables et la mise en œuvre des actions de prévention et d'amélioration correspondantes sont assurées. | À la suite d'un événement indésirable, le service de réanimation a souhaité améliorer la prise en charge à court terme des nombreux patients opérés de la sphère ORL pour néoplasie . Des réunions de morbidité et de mortalité, ont permis de dégager cinq actions d'amélioration, avec un début de mise en œuvre dont le caractère récent n'a pas permis d'évaluation. La tenue de réunions de morbidité et de mortalité est également employée pour d'autres événements sentinelles. Le diaporama présenté ne respectait pas la méthodologie de l'EPP. | B | | | | |
| 45 b | L'analyse des événements indésirables et la mise en œuvre des actions de prévention et d'amélioration correspondantes sont assurées. | Réduire le risque de décès inattendus ou d'accidents morbides en SSR. Basée sur la méthodologie des revues de morbimortalité cette revue trimestrielle menée de façon pluriprofessionnelle a pour objectifs de porter un regard critique sur la prise en charge en s'interrogeant sur le caractère évitable ou non des événements, en recherchant les causes de défaillance et en proposant des axes d'amélioration dont certains sont effectifs. | | | B | | |
| 45 b | L'analyse des événements indésirables et la mise en œuvre des actions de prévention et d'amélioration correspondantes sont assurées. | Réduire le risque lié aux chutes L'établissement souhaite diminuer la fréquence de survenue des chutes notamment chez la personne âgée. Ce sujet s'inscrit institutionnellement dans la gestion des risques du projet de vie 2006-2011. Un groupe de travail multiprofessionnel a été mis en place. Un audit de dossiers, ainsi que des entretiens ont été réalisés. L'établissement s'est appuyé sur les recommandations de la HAS (2005) et de la société de gériatrie. | | | | A | |

| | | | Cotation | | | | |
|------|--|--|----------|--|--|--|---|
| | | L'analyse a permis d'identifier et de mettre en œuvre 3 axes d'amélioration. L'établissement a prévu un nouvel audit dans 6 mois. | | | | | |
| 45 b | L'analyse des événements indésirables et la mise en œuvre des actions de prévention et d'amélioration correspondantes sont assurées. | <p>Réduire le risque lié aux dysfonctionnements rencontrés lors de la prise en charge en HAD.</p> <p>Méthodologie des réunions trimestrielles de RMM retenue pour analyser les décès et événements indésirables graves de cette HAD où le problème est fréquent étant donné le type de patients pris en charge. À partir des dysfonctionnements constatés ont été définies des actions d'amélioration dont la mise en œuvre est effective ; l'évaluation se fait au fil des réunions.</p> | | | | | A |

| 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>Améliorer la prise en charge préventive des lymphœdèmes du membre supérieur.</p> <p>Cette étude est justifiée par la fréquence potentielle de cette complication de la chirurgie du cancer du sein et l'absence de structure de prise en charge dans la région obligeant les patientes à consulter ailleurs. Les objectifs sont doubles : amélioration de la prise en charge et amélioration de l'information des patientes.</p> <p>La méthodologie du groupe de travail pluridisciplinaire et pluriprofessionnel est celle de l'audit clinique rétrospectif à l'aide d'un questionnaire élaboré à partir de l'enseignement d'un DIU de lymphologie considéré comme référent dans le domaine.</p> <p>L'analyse des résultats a abouti à un plan d'actions dont certaines sont mises en œuvre comme la réalisation d'un protocole de prise en charge préventive ou l'organisation d'une formation des professionnels avec un projet de réseau ville hôpital. L'incidence du lymphœdème est retenue comme indicateur de suivi et des comparaisons avec d'autres centres sont envisagées.</p> | A | | | | |
| 46 b | Les processus et les pratiques liés à la prise en charge sont analysés. | | | | | | |
| 46 c | Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte. | | | | | | |
| 46 d | Les objectifs d'amélioration sont définis et les actions mises en œuvre. | | | | | | |
| 46 e | Les données et les indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration. | | | | | | |
| 46 f | Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons. | | | | | | |

| 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>Prise en charge du cancer du côlon. Un groupe multiprofessionnel a étudié la prise en charge du cancer du côlon. Ce choix est justifié par l'impact de cette pathologie en termes de santé publique. Une grille d'évaluation sur la prise en charge a été élaborée à partir de conférences de consensus et du thésaurus de la société de gastro-entérologie. À partir de l'étude rétrospective de 30 dossiers comparant les données recueillies à celles des références, le groupe a pu mesurer les écarts de certains items, les analyser et proposer des axes d'amélioration pour les plus significatifs (délai de réalisation de la coloscopie, inclusion des patients dans une RCP, information au patient admis en urgence, stade TNM dans le compte rendu anatomopathologique, projet de sortie mentionné dans le dossier), avec mise en œuvre des actions correctives. Un échéancier est défini avec une évaluation à terme.</p> | A | | | | |
| 46 b | Les processus et les pratiques liés à la prise en charge sont analysés. | | | | | | |
| 46 c | Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte. | | | | | | |
| 46 d | Les objectifs d'amélioration sont définis et les actions mises en œuvre. | | | | | | |
| 46 e | Les données et les indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration. | | | | | | |
| 46 f | Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons. | | | | | | |

| 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>Prise en charge des AVC. Un groupe de travail multiprofessionnel a étudié les conditions de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, pathologie fréquente et grave, au centre hospitalier. À partir du référentiel HAS, le groupe a élaboré une grille d'analyse de cette prise en charge et, à partir d'une étude rétrospective sur 30 dossiers tirés au sort sur un an, a identifié et analysé les écarts portant sur des items définis (score NIHSS à l'admission, délai d'accès à l'imagerie, avis neurologique, organisation d'une filière AVC, protocole de prise en charge des AVC). Des axes d'amélioration ont été définis (accès à l'imagerie, délai de la consultation neurologique), avec évaluation projetée, sans échéancier précis.</p> | B | | | | |
| 46 b | Les processus et les pratiques liés à la prise en charge sont analysés. | | | | | | |
| 46 c | Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte. | | | | | | |
| 46 d | Les objectifs d'amélioration sont définis et les actions mises en œuvre. | | | | | | |
| 46 e | Les données et les indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration. | | | | | | |
| 46 f | Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons. | | | | | | |

| 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>Qualité de la tenue du partogramme. Au CHB, où l'activité de la maternité est très importante (2513 par an), l'amélioration de la prise en charge materno-fœtale passe par une amélioration de la qualité de la tenue du partogramme. Un groupe de travail multidisciplinaire (un médecin, une sage-femme cadre supérieur, une sage-femme cadre et une sage-femme) a mené cette étude rétrospective portant sur 30 dossiers, en reprenant les grilles de l'ANAES. Ce choix a reçu le soutien institutionnel de l'établissement. L'analyse de processus a permis l'identification des points forts et des points faibles. Les objectifs d'amélioration ont été clairement définis : d'une part « améliorer la traçabilité de la continuité du déroulement du travail », d'autre part « améliorer la traçabilité des actes, événements et traitements survenus au cours du travail ». Les 12 critères de bonne tenue d'un partogramme ont été évalués : les critères sont mentionnés dans 80 % des cas, laissant apparaître encore quelques points faibles, mais une très nette amélioration par rapport à une étude faite dans l'établissement en 2001. Ces points faibles serviront d'indicateurs de suivi. Ce travail a abouti à la mise à jour d'une nouvelle trame de partogramme, qui sera complétée par la prise en compte de la douleur. Une nouvelle évaluation de la tenue du partogramme aura lieu en mars 2008.</p> | A | | | | |
| 46 b | Les processus et les pratiques liés à la prise en charge sont analysés. | | | | | | |
| 46 c | Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte. | | | | | | |
| 46 d | Les objectifs d'amélioration sont définis et les actions mises en œuvre. | | | | | | |
| 46 e | Les données et les indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration. | | | | | | |
| 46 f | Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons. | | | | | | |

| 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>La prise en charge de la personne âgée en cas de déshydratation. La nécessité de faire une évaluation de cette prise en charge dans le champ de la prévention et de l'éducation du personnel soignant sur l'ensemble des services de gériatrie a été identifiée. Cette EPP a reçu un soutien institutionnel. La méthode de travail retenue est un audit clinique ciblé. Un groupe de travail multidisciplinaire médical, soignant a mené cette EPP. Les références support de cette EPP sont des recommandations professionnelles et des références bibliographiques. L'organisation de ce projet a débuté par l'élaboration d'un questionnaire. Les résultats préliminaires présentés sont exploités comme une analyse de conformité. L'analyse des résultats a permis de proposer des actions d'amélioration. Des actions sont prévues pour le second semestre 2007.</p> | | | | A | |
| 46 b | Les processus et les pratiques liés à la prise en charge sont analysés. | | | | | | |
| 46 c | Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte. | | | | | | |
| 46 d | Les objectifs d'amélioration sont définis et les actions mises en œuvre. | | | | | | |
| 46 e | Les données et les indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration. | | | | | | |
| 46 f | Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons. | | | | | | |

| 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. | Diagnostic de la maladie d'Alzheimer La prépondérance de la prise en charge des patients atteints de troubles cognitifs a conduit l'établissement à évaluer la démarche diagnostique de la maladie d'Alzheimer, selon les données et recommandations de la littérature (grille ANAES de 51 critères). L'identification de points d'amélioration a conduit à la mise en place de plans d'actions, d'amélioration et de suivi. Une fiche de suivi a été élaborée, des réunions interdisciplinaires ont été tenues et des formations programmées. Une évaluation est prévue. | | | A | | |
| 46 b | Les processus et les pratiques liés à la prise en charge sont analysés. | | | | | | |
| 46 c | Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte. | | | | | | |
| 46 d | Les objectifs d'amélioration sont définis et les actions mises en œuvre. | | | | | | |
| 46 e | Les données et les indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration. | | | | | | |
| 46 f | Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons. | | | | | | |

| 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. | Améliorer la prise en charge en cas de dénutrition de la personne âgée. Enjeu important de l'établissement étant donné le nombre de lits de SLD, la fréquence de la dénutrition et la gravité de ses conséquences potentielles. Travail d'une équipe pluriprofessionnelle sur un audit prospectif élaboré à partir de données de la littérature en l'absence de recommandations validées et diffusé à l'ensemble des secteurs du SLD. L'analyse de ces questionnaires a abouti à un programme d'amélioration avec définition d'indicateurs et la mise en œuvre des actions correctives. Un nouvel audit sur le thème est prévu au 2 ^e semestre 2007. Il n'y a pour l'instant pas de comparaisons avec d'autres structures. | | | | A | |
| 46 b | Les processus et les pratiques liés à la prise en charge sont analysés. | | | | | | |
| 46 c | Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte. | | | | | | |
| 46 d | Les objectifs d'amélioration sont définis et les actions mises en œuvre. | | | | | | |
| 46 e | Les données et les indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration. | | | | | | |
| 46 f | Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons. | | | | | | |

| 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>Améliorer les conditions de l'accès à une prise en charge en soins palliatifs.</p> <p>Ce travail mené par une équipe multidisciplinaire et multiservice, avec participation d'un médecin libéral et d'une association de bénévoles a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins palliatifs des patients d'HAD, selon la méthodologie de l'audit clinique avec une grille établie à partir de recommandations professionnelles validées. Des points forts et des points faibles ont été dégagés aboutissant à des actions d'amélioration avec un calendrier de mise en œuvre.</p> | | | | | |
| 46 b | Les processus et les pratiques liés à la prise en charge sont analysés. | | | | | | |
| 46 c | Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte. | | | | | | |
| 46 d | Les objectifs d'amélioration sont définis et les actions mises en œuvre. | | | | | | |
| 46 e | Les données et les indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration. | | | | | | |
| 46 f | Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons. | | | | | | |
| | | | A | | | | |

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 n'a pas défini d'indicateurs d'évaluation de sa politique qui lui permettraient un contrôle de la mise en œuvre effective des projets, une évaluation des résultats de la politique mise en œuvre, et une régulation des dysfonctionnements. Le projet social 2006-2010 prévoit l'évaluation de certaines de ses fiches actions. | C |
| 47 b | La satisfaction des professionnels de l'établissement est évaluée et prise en compte. | Des enquêtes de satisfaction du personnel et des audits sociaux ont été menés de façon irrégulière. Certains résultats ont été pris en compte en relation avec les instances et les partenaires sociaux. | B |

C – FONCTIONS HÔTELIÈRES ET LOGISTIQUES

| Réf. 48 | Une évaluation des prestations logistiques est réalisée auprès des secteurs d'activité utilisateurs | | Cotation |
|----------------|--|--|-----------------|
| 48 a | La satisfaction des utilisateurs est évaluée et prise en compte. | L'analyse à périodicité définie de la satisfaction des responsables des secteurs d'activité n'est pas organisée pour l'ensemble des prestations logistiques. Toutefois des actions ponctuelles sont menées. L'établissement n'a pas donné suite à la mise en place d'un questionnaire de satisfaction testé en 2004. | C |
| 48 b | L'analyse des prestations logistiques donne lieu à des actions d'amélioration. | L'analyse des prestations logistiques n'est pas systématique et ne permet la mise en œuvre d'actions d'amélioration que dans quelques domaines. Le questionnaire d'évaluation des prestations logistiques n'est que peu diffusé. | 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, se structure autour de l'acquisition très récente d'un logiciel de gestion du parc des équipements informatiques. L'analyse des dysfonctionnements permet une réponse adaptée. | B |
| 49 b | La satisfaction des utilisateurs est évaluée et prise en compte. | La satisfaction des utilisateurs n'est pas évaluée bien qu'une enquête ponctuelle ait été menée. L'établissement prévoit de mettre en place une évaluation de la satisfaction des utilisateurs. | D |
| 49 c | La gestion du dossier du patient est évaluée. | Une évaluation de la gestion du dossier est réalisée régulièrement dans tous les secteurs d'activité en relation avec les instances. L'analyse et l'exploitation de ces résultats permettent de faire progresser la gestion du dossier au niveau de l'institution. | A |

E – QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

| Réf. 50 | La mise en œuvre du programme d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques est évaluée | | Cotation |
|---------|--|---|----------|
| 50 a | L'atteinte des objectifs du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est régulièrement évaluée. | L'établissement a mis en place un système comprenant la définition et le suivi d'objectifs qualité. Il suit l'atteinte des objectifs mais sans indicateurs de suivi. Des mesures correctives appropriées en cas d'écart entre la prévision et la réalisation sont ponctuellement réalisées. | B |
| 50 b | L'efficacité de la gestion des risques et des vigilances est évaluée. | L'établissement a défini les critères lui permettant d'évaluer l'efficacité de son dispositif de gestion des vigilances. Il procède régulièrement à cette évaluation et prend les mesures correctives appropriées. Il n'en est pas de même pour la gestion globale des risques, puisqu'il n'y a pas d'organisation réelle de la gestion des risques. Les risques ne sont pas identifiés <i>a priori</i> , ni hiérarchisés, l'établissement n'en est pas au stade de l'évaluation de l'efficacité de leur gestion. | C |
| 50 c | La maîtrise de la documentation est évaluée. | L'établissement s'assure régulièrement que les modalités de gestion documentaire qualité définies dans l'établissement sont appliquées et qu'elles donnent satisfaction aux utilisateurs. | A |

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

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

F – ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

| Réf. 53 | La mise en œuvre des orientations stratégiques de l'établissement est évaluée et analysée | | Cotation |
|---------|--|---|----------|
| 53 a | Le suivi est réalisé et les évaluations sont utilisées pour réajuster si nécessaire les objectifs. | Le suivi de la mise en œuvre des orientations stratégiques n'est pas organisé de manière systématique. Les réajustements des objectifs auxquels le recueil et l'exploitation des données ont pu donner lieu n'ont pas fait l'objet d'un suivi particulier. Le prochain projet d'établissement prévoit que chaque comité de pilotage suive son volet. Par ailleurs, l'établissement prévoit la formalisation du suivi de ses orientations stratégiques. | C |
| 53 b | La direction et les instances disposent d'éléments permettant les comparaisons avec des établissements similaires. | Un dispositif permettant les comparaisons avec des établissements similaires est en place et permet, le cas échéant, aux responsables de procéder aux réajustements des orientations stratégiques. | A |
| 53 c | Les résultats font l'objet d'une communication interne. | Une organisation de la communication est en place afin de transmettre régulièrement les résultats de la mise en œuvre des orientations stratégiques aux responsables et aux professionnels concernés. | A |

LISTE DES ACTIONS EXEMPLAIRES

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

▪ **Libellé de l'action exemplaire : la réflexion menée dans l'établissement sur la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.**

Il s'agit là d'un projet – concrétisé – de création d'une unité de vie pour patients atteints de troubles cognitifs : projet mené par le chef de service du secteur gériatrique en collaboration avec l'équipe soignante et les médecins du secteur.

L'objectif était ouverture d'une unité de SLD fermée d'une importante capacité (103 lits) destinée à l'accueil et à la prise en charge, depuis le diagnostic jusqu'à la fin de vie, de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer, ceci en lien avec un hôpital de jour, avec le fonctionnement de nombreuses activités, et des lieux de réunions pour les familles et les aidants.

Ce projet s'est développé en s'inscrivant dans le cadre du réseau ville-hôpital Aloïse interrégional voué à la prise en charge des patients Alzheimer ou apparentés.

Toute l'architecture du lieu a été réfléchi et réalisée en fonction des besoins particuliers de ces patients.

À côté de cette réflexion architecturale, une autre réflexion a été menée en parallèle quant à l'organisation des soignants, chacun menant une activité en lien avec l'animation mise à disposition des résidents.

Ce projet a été concrétisé dans le cadre de la restructuration des bâtiments du secteur des personnes âgées, par l'installation d'un nouveau bâtiment de 103 lits de soins de longue durée « les Héliades » ouvert en octobre 2004, et donc voué à l'accueil des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de démences apparentées.

Le projet médical pour 2006-2011 prévoit l'extension de ce dispositif avec la création d'un autre bâtiment sur un espace proche à libérer pour y compléter la prise en charge institutionnelle avec des soins palliatifs. Cette action est exemplaire comme création d'un lieu de prise en charge de ces patients, la plus humanisée possible avec un personnel complètement intégré au projet.

PARTIE 3 - DÉCISION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Certification avec suivi

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

- Organiser et coordonner la gestion des risques (14 a, 14 b, 14 d) ;
- Mettre en oeuvre une coordination des vigilances dans le cadre d'un programme de gestion des risques (15 d) ;
- Garantir le respect des règles de bonnes pratiques en matière de restriction de liberté en court séjour (29 e).

Un rapport de suivi sera produit sur les sujets concernés dans un délai **de 1 an** à l'issue de la date d'envoi du présent rapport.

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

- Assurer en temps utile la communication des données nécessaires à la prise en charge des patients (21 b) ;
- Mettre en place une évaluation de la sécurité du système d'information (23 b) ;
- S'assurer que les règles de communication du dossier du patient sont connues et appliquées par l'ensemble des professionnels (24 b) ;
- Assurer le recueil et la traçabilité du consentement du patient (31 d) ;
- Renforcer la traçabilité de l'évolution de l'état de santé du patient en court séjour (34 a) ;
- Généraliser la suppression des transcriptions des prescriptions médicales et la lisibilité de l'identité du prescripteur en cour séjour (36 a) ;
- Organiser la coordination avec les professionnels d'aval en court séjour (41 c) ;
- Mettre en oeuvre l'évaluation de l'efficacité de la gestion des risques (50 b).

INDEX

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

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

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

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

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