

**RAPPORT DE CERTIFICATION DU  
CENTRE HOSPITALIER DE GIVORS**

**9, avenue du Professeur-Flemming  
69701 GIVORS**

**Décembre 2006**



---

# S O M M A I R E

---

|   |    |    |   |    |     |
|---|----|----|---|----|-----|
| <b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>                            | p. | 5  | <b>Chapitre IV – Évaluations et dynamiques d'amélioration</b> | p. | 77  |
| <b>PARTIE 1</b>   |    |    | A Pratiques professionnelles                                  | p. | 79  |
| <b>DÉMARCHE QUALITÉ ET ACCRÉDITATION</b>                          | p. | 9  | B Ressources humaines   | p. | 86  |
| I Historique et organisation de la démarche qualité               | p. | 11 | C Fonctions hôtelières et logistiques                         | p. | 87  |
| II Suivi des décisions de la première procédure d'accréditation   | p. | 12 | D Système d'information                                       | p. | 88  |
| III Association des usagers à la procédure d'accréditation        | p. | 17 | E Qualité et gestion des risques                              | p. | 89  |
| IV Interface avec les tutelles en matière de sécurité             | p. | 17 | F Orientations stratégiques                                   | p. | 92  |
| <b>PARTIE 2</b>   |    |    | <b>PARTIE 3</b>   |    |     |
| <b>CONSTATATIONS PAR CHAPITRE</b>                                 | p. | 19 | <b>COMMENTAIRES SYNTHÉTIQUES</b>                              | p. | 93  |
| <b>Chapitre I – Politique et qualité du management</b>            | p. | 21 | I Commentaires synthétiques par type de prise en charge       | p. | 95  |
| <b>Chapitre II – Ressources transversales</b>                     | p. | 30 | II Appréciation globale sur la dynamique qualité              | p. | 96  |
| A Ressources humaines   | p. | 32 | III Liste des actions exemplaires                             | p. | 97  |
| B Fonctions hôtelières et logistiques                             | p. | 34 | <b>PARTIE 4</b>   |    |     |
| C Organisation de la qualité et de la gestion des risques         | p. | 38 | <b>DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ</b>                | p. | 99  |
| D Qualité et sécurité de l'environnement                          | p. | 41 |   |    |     |
| E Système d'information   | p. | 47 | <b>INDEX</b>  | p. | 103 |
| <b>Chapitre III – Prise en charge du patient</b>                  | p. | 51 |   |    |     |
| A Orientations stratégiques et management des secteurs d'activité | p. | 53 |   |    |     |
| B Parcours du patient   | p. | 55 |   |    |     |



## PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

|   |  |                             |
|---|--|-----------------------------|
| <b>Nom de l'établissement</b>   | Centre hospitalier de Givors   |                             |
| <b>Situation géographique</b>   | <b>Ville :</b> Givors<br><b>Département :</b> Rhône  | <b>Région :</b> Rhône-Alpes |
| <b>Statut</b> ( <i>privé-public</i> )   | Public   |                             |
| <b>Type de l'établissement</b><br>( <i>CHU, CH, CHS, HL, PSPH, Ets privé à but lucratif</i> )   | Centre hospitalier public  |                             |
| <b>Nombre de lits et places</b><br>( <i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i> )                       | L'établissement comprend 106 lits et 10 places de court séjour et 14 lits de soins de suite  |                             |
| <b>Nombre de sites</b><br>( <i>de l'ES et leur éloignement s'il y a lieu</i> )  | L'établissement ne comporte qu'un seul site  |                             |
| <b>Activités principales</b><br>( <i>par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i> )                                 | L'hôpital de Givors assure des soins de proximité médicaux et chirurgicaux polyvalents.<br>Les deux services de médecine ont des orientations cardiologiques ou pneumologiques.<br>La maternité est de niveau 1. |                             |
| <b>Activités spécifiques</b><br>( <i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i> ) | Les activités spécifiques sont le service d'accueil des urgences qui est un UPATOU, les unités mobiles d'alcoologie et de soins palliatifs.  |                             |
| <b>Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité</b>  |  |                             |

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Coopération avec d'autres établissements</b><br/>(GCS, SIH, conventions...)</p> | <p>Les principales conventions de l'établissement se répartissent ainsi :</p> <p><u>Chirurgicales</u> : – convention avec les HCL sur l'échange de vacations de praticiens en chirurgie et médecine du sport (2000).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- convention HCL urologie (2005).</li> <li>- convention CH Vienne – Chirurgie de l'obésité – orthopédie (2005-2005).</li> <li>- <u>médicales</u> : – convention CH Vienne : – Rhumatologie (2004).</li> <li>- Neurologie (2004).</li> <li>- convention clinique Protestante : cardiologie (2002).</li> <li>- convention HCL : pneumologie (2002).</li> <li>- <u>Imagerie</u> : – convention CH Vienne co-utilisation du scanner (1991).</li> <li>- convention CH Desgenettes : IRM (2002, modifiée en 2004).</li> <li>- <u>Participation à l'activité des réseaux</u> : – Réseau Concorde (cancérologie) (1999).</li> <li>- Réseau Aurore (maternité) (2003).</li> <li>- Réseau Alcoologie R3A2 (2005).</li> <li>- <u>Psychiatrie</u> : – convention implantation d'une unité de psychiatrie de liaison avec le CHS Saint-Jean-de-Dieu (1993).</li> <li>- <u>Conventions à caractère logistique</u> : – Membre du Syndicat Inter hospitalier Blanchisserie Vienne-Givors-Condrieu</li> <li>- Membre d'un groupement d'achats pharmacie</li> </ul> |
| <p><b>Origine géographique des patients</b><br/>(attractivité)</p>                    | <p>La population fréquentant le centre hospitalier est principalement locale. Quatre-vingt-huit pour cent d'entre elle est originaire des villes de Givors et des communes limitrophes (Grigny, Mornant, Chasse sur Rhône). Les autres usagers sont originaires de l'agglomération lyonnaise, du département de la Loire et 1 % est originaire du reste de la France.</p> <p>L'âge moyen est de 51 ans, mais cette donnée est peu représentative. Les tranches d'âge les plus fréquentes sont les 20-40 ans (30 %) et les enfants (10 %) sont en grande partie liés à l'activité de la maternité. Les tranches d'âge au-delà de 65 ans sont également bien représentées (26 %) et confirment le caractère polyvalent de l'activité de l'établissement.</p> <p>Sur un plan socio-économique, la population ayant recours à l'établissement est une population plutôt fragile avec une forte proportion de personnes aux revenus modestes (revenu moyen par ménage de 15 000 € par an soit 25 % inférieurs à la moyenne nationale) où la proportion de chômeurs et de population d'origine étrangère est importante.</p>  |

|   |   |
|---|---|
| <b>Transformations récentes</b><br><i>(réalisées ou projetées, ou projets de restructuration)</i> | L'établissement négocie actuellement son projet de restructuration. Certains points importants sont acquis dont l'arrêt de l'activité chirurgicale. |
|---|---|



## **PARTIE 1**

# **LA DÉMARCHE QUALITÉ ET L'ACCRÉDITATION**



## **I Historique et organisation de la démarche qualité**

Le premier diagnostic général de l'établissement a été fait lors de l'élaboration du projet d'établissement 1998-2002 qui a défini le niveau qualité à atteindre et s'est engagé dans la première procédure d'accréditation effectuée en novembre 2002.

Le comité de pilotage a été réactivé en 2004 et constitue le niveau décisionnel de l'organisation qualité qui impulse et valide la politique qualité de l'établissement. Le niveau opérationnel est formé par le « groupe projet » qui fait le lien entre le comité de pilotage, les groupes de travail et les groupes de synthèse.

Un comité de prévention et gestion des risques a été formé pour globaliser leur prise en charge. Il regroupe en particulier les responsables des vigilances sanitaires dans une coordination des vigilances.

Le niveau relais de terrain est formé des référents qualité chargés en particulier de la gestion documentaire et des enquêtes d'évaluation.

## II. Suivi des décisions de la première procédure d'accréditation

| Niveau de décision<br>(Recommandation/Réserve) | Libellé de la décision   | Réponses de l'établissement                 |   | Appréciation des experts-visiteurs         |  |
|--|--|---|---|--|--|
|  |  | Suivi de la décision<br>(Oui/non/en cours)  | Commentaires  | Suivi de la décision<br>(Oui/non/en cours) | Commentaires   |
| Recommandation                                 | Généraliser la réflexion bénéfice-risque et en assurer la traçabilité dans le dossier du patient (DIP 5, DPA5, OPC4)       | Oui   | Des formulaires prenant en compte les spécificités médicales et destinées à informer le patient sur les risques potentiels liés à certaines pratiques ont été mis en place pour recueillir de manière formelle le consentement éclairé du patient (ex. : actes chirurgicaux, anesthésie, amniocentèse, coloscopie, transfusion...). Ce consentement apparaît par ailleurs dans l'observation et l'argumentation des décisions médicales intègre l'information donnée au patient quant à la dimension bénéfice-risque des examens ou thérapeutiques prescrits. | oui  | L'établissement a formalisé la traçabilité de l'information bénéfice-risque et du recueil du consentement éclairé du patient.  |
| Recommandation                                 | Sécuriser la dispensation du médicament et veiller au respect des bonnes pratiques de prescription médicale (DPA 4, OPC 9, | Prescription médicale informatisée en cours | La dispensation du médicament par les infirmières à partir de la prescription médicale initiale a constitué un axe majeur de réflexion pour la CSSI qui a élaboré un document papier permettant de conjuguer la prescription médicale et la programmation infirmière. Le test   | En cours                                   | Le respect des bonnes pratiques de prescription médicale a été obtenu, la sécurité du transport des médicaments a été traitée, le retard pris dans la solution informatique choisie n'a pas permis de résoudre les problèmes dans la dispensation et l'administration des médicaments. |

| Niveau de décision<br>(Recommandation/Réserve) | Libellé de la décision | Réponses de l'établissement                |   | Appréciation des experts-visiteurs         |              |
|--|------------------------|--|---|--|--------------|
|  |                        | Suivi de la décision<br>(Oui/non/en cours) | Commentaires  | Suivi de la décision<br>(Oui/non/en cours) | Commentaires |
|  | OPC 11)                |  | <p>n'ayant pas donné satisfaction il a été décidé de concevoir une fiche informatisée de prescription médicale, à partir de notre logiciel de gestion documentaire Qualios. Depuis juin 2005, M. CHAIZE (groupe projet Qualité) et M. GRIMALDI (Informaticien) travaillent en collaboration avec M. ESSNER (pharmacien de l'établissement). En effet, une recherche a été conduite sur les systèmes informatiques existants en termes de prescription médicale informatisée. Ces systèmes nécessitent un coût d'installation élevé et la mise en place d'effectifs supplémentaires d'où le choix de répondre à la nécessité de prescription informatisée par nos propres moyens.</p> <p>La mise en place a démarré fin juin/début juillet en service de médecine 9 (sur les 5 lits de soins palliatifs) et en SSR (sur 5 lits également). Des bilans hebdomadaires ont lieu afin de procéder aux réajustements nécessaires. L'extension de la prescription informatisée se fera</p> |  |              |

| Niveau de décision<br>(Recommandation/Réserve) | Libellé de la décision                        | Réponses de l'établissement                |   | Appréciation des experts-visiteurs         |  |
|--|---|--|---|--|--|
|  |   | Suivi de la décision<br>(Oui/non/en cours) | Commentaires  | Suivi de la décision<br>(Oui/non/en cours) | Commentaires                                     |
|  |   |  | progressivement, sur l'ensemble des lits de médecine 9 et SSR, puis sur l'ensemble des unités de l'établissement.   |  |  |
| Recommandation                                 | Structurer le conseil bloc opératoire (SPI 8) | Oui  | Le conseil de bloc est formalisé et structuré. Ce point a fait l'objet d'une recommandation. Un conseil de bloc se réunit 4 fois par an. Les membres du conseil de bloc sont le chef de service, un chirurgien, un médecin anesthésiste et le cadre. Peuvent être invités selon les thèmes traités les autres chirurgiens, les anesthésistes, les IBODE, IADE, les secrétaires. Des conseils de bloc extraordinaires peuvent avoir lieu. L'ordre du jour de ce conseil est défini par les membres et peut concerner des thèmes divers : amélioration de l'organisation du service, actualités, prospective... Outre le conseil de bloc, un conseil de service se réunit 3 fois par an. Il est présidé par le chef de service. Participe toute l'équipe médicale et paramédicale. Le cadre organise, par ailleurs, des réunions avec équipe paramédicale du bloc traitant de | Oui  | Le conseil de bloc est structuré et fonctionnel. |

| Niveau de décision<br>(Recommandation/Réserve) | Libellé de la décision                                      | Réponses de l'établissement                |  | Appréciation des experts-visiteurs         |   |
|--|---|--|--|--|---|
|  |   | Suivi de la décision<br>(Oui/non/en cours) | Commentaires   | Suivi de la décision<br>(Oui/non/en cours) | Commentaires  |
|  |   |  | tout thème nécessaire à la bonne continuité des soins. Le cadre et des membres de l'équipe du bloc ont rencontré en 2004 et 2005 l'équipe paramédicale de chirurgie pour optimiser la qualité et la continuité des soins et maintenir la communication entre les 2 services.   |  |   |
| Recommandation                                 | Définir un plan directeur du système d'information (GSI 1). | Oui  | <p>Le plan directeur comporte trois axes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un système information à des fins de gestion autour d'un seul et unique noyau pour garantir la communicabilité des systèmes et la circulation de l'information ;</li> <li>- un système information en direction des médecins avec accessibilité en temps réel ;</li> <li>- un système information collectif.</li> </ul> <p>intranet comme support de communication institutionnelle. L'analyse du réseau et du parc informatique (matériels et logiciels) a été réalisée. Elle a abouti à l'installation d'un nouveau système d'informations (Symphonie on Line...) régulièrement mis à jour. Un</p> | Oui  | Le schéma directeur du système d'information est défini |

| Niveau de décision<br>(Recommandation/Réserve) | Libellé de la décision   | Réponses de l'établissement                |  | Appréciation des experts-visiteurs         |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  | Suivi de la décision<br>(Oui/non/en cours) | Commentaires   | Suivi de la décision<br>(Oui/non/en cours) | Commentaires   |
|  |  |  | système de gestion documentaire (Qualios) est en cours de paramétrage. Il y a également un système de télémagerie à l'étude. Par ailleurs, le parc informatique est régulièrement étoffé pour l'utilisation des différents systèmes. |  |  |
| Recommandation                                 | Impliquer le corps médical aux actions d'hygiène, notamment à travers la mise en place de protocoles d'utilisation des antibiotiques (SPI 1, 6). | Oui  | Les protocoles ont été élaborés par le comité des antibiotiques et diffusés à chaque chef de service et chaque équipe de soins par la DSI.   | Oui  | Le comité des antibiotiques de l'établissement a élaboré des protocoles d'utilisation des antibiotiques. |

### **III. Association des usagers à la procédure d'accréditation**

Des représentants des usagers ont été associés à la réalisation de l'auto-évaluation de l'établissement. Ce sont d'anciens patients qui participent depuis longtemps à la vie de l'établissement soit comme représentant des usagers au conseil d'administration, soit au sein d'une association. Conformément aux règles de la procédure de certification V2 ils ont travaillé sur les références 2, 26, 31 et 51 qui concernent plus particulièrement les droits du patient, mais cette association a été plus large et un représentant des usagers participe activement au comité de pilotage.

### **IV. Interface avec les tutelles en matière de sécurité**

Aucune observation n'a été émise par la MRIICE.



## **PARTIE 2**

### **LES CONSTATATIONS PAR CHAPITRE**



## **CHAPITRE I**

# **POLITIQUE ET QUALITÉ DU MANAGEMENT**



| Réf. 1 | L'établissement définit et met en œuvre des orientations stratégiques   |  | Cotations |
|--------|---|--|-----------|
| 1 a    | Les orientations stratégiques prennent en compte les besoins de population, en termes de soins et de prévention.  | Les orientations stratégiques ne sont pas définies clairement actuellement compte tenu que l'établissement est en pleine restructuration de son offre de soins, mais une politique centrée sur la prise en charge d'une population spécifique défavorisée est en place.<br>Un nouveau projet d'établissement a été approuvé par les instances. | B         |
| 1 b    | Les orientations stratégiques organisent la complémentarité avec les autres établissements du territoire de santé et la participation aux réseaux de santé. | L'établissement prévoit la poursuite et/ou la mise en œuvre de partenariats avec d'autres établissements ainsi que la participation à des réseaux de santé, mais l'ensemble de ses orientations stratégiques n'a pas été encore défini.  | 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 leurs choix stratégiques retenus, identifient les objectifs, mais les objectifs nécessaires à leur réalisation ne sont pas encore définis.   | B         |

| Réf. 2 | L'établissement accorde une place primordiale au patient et à son entourage  |  | Cotations |
|--------|--|--|-----------|
| 2 a    | Le respect des droits et l'information du patient sont inscrits dans les priorités de l'établissement.                 | L'établissement intègre le respect des droits et de l'information du patient dans la mise en œuvre de ses orientations stratégiques et dans son organisation. La sensibilisation des professionnels est assurée.   | A         |
| 2 b    | L'expression du patient et de son entourage est favorisée.   | Les entretiens et les échanges entre les professionnels, les patients et leur entourage sont réalisés dans des conditions propices à l'expression. Des locaux adaptés sont disponibles à cet effet. Le recueil des suggestions et des plaintes est organisé. | A         |
| 2 c    | Une réflexion éthique autour de la prise en charge du patient est conduite.  | L'établissement identifie et traite les sujets nécessitant une réflexion éthique, mais il n'existe pas actuellement de comité d'éthique constitué.   | B         |
| 2 d    | La politique hôtelière prend en compte les attentes des patients.  | Les attentes des patients sur le plan de la restauration sont recueillies et prises en compte. Elles contribuent à la mise en œuvre d'un début de politique hôtelière qui reste à généraliser en particulier pour la suppression des chambres à 4 lits.      | B         |
| 2 e    | Les représentants des patients participent à l'évaluation et à l'amélioration des services rendus par l'établissement. | Les représentants d'usagers sont désignés. Ils siègent aux instances et participent à la vie de l'établissement, et aux démarches qualité et de certification. Leur avis est pris en compte pour améliorer le service rendu aux patients.                    | A         |

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

| Réf. 4 | <b>La politique du système d'information et du dossier du patient est définie en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement</b>  |   | <b>Cotations</b> |
|--------|---|---|------------------|
| 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, mais un calendrier de mise en œuvre n'a pas été défini.   | B                |
| 4 c    | Des méthodes de conduite de projet prenant en compte l'expression des besoins des utilisateurs permettent de réaliser les projets du système d'information.   | Des méthodes de conduite de projet prenant en compte l'expression des besoins des utilisateurs sont utilisées, mais 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. Cette politique favorise la confidentialité, la fiabilité ainsi que la coordination des professionnels et des secteurs d'activité, mais des problèmes persistent pour l'accessibilité et le stockage des informations. | 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 met en œuvre les moyens attribués à la politique de communication interne, mais un responsable et des objectifs précis ne sont pas actuellement définis.   | B         |
| 5 b    | Les orientations stratégiques, leur mise en œuvre et leurs résultats sont connus de l'ensemble des professionnels de l'établissement. | Les responsabilités en matière de communication ne sont pas définies. Des supports de communication existent : livret d'accueil, intranet... et montrent que des actions sont menées dans ce domaine, mais la communication interne n'est pas organisée avec des modalités de diffusion et une évaluation de son efficacité. L'établissement devra structurer sa communication interne. | C         |
| 5 c    | La direction et les responsables développent une politique de communication à destination du public et des correspondants externes.   | La politique de communication externe n'est pas définie. Seuls le livret d'accueil et quelques actions ponctuelles de la direction auprès de la presse locale assurent une communication discrète.  | C         |

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

| Réf. 7 | <b>L'établissement met en œuvre une politique d'optimisation de ses ressources et de ses moyens en adéquation avec les orientations stratégiques</b> |   | <b>Cotations</b> |
|--------|--|---|------------------|
| 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, mais la comptabilité analytique reste globale et n'est pas déclinée par services ou unités. | B                |
| 7 b    | La réalisation et le financement des investissements sont planifiés de façon pluriannuelle.  | La prévision et l'organisation des investissements à réaliser et à financer permettent une planification pluriannuelle. Celle-ci est opérationnelle et son suivi assuré par des responsables identifiés de l'établissement.   | A                |
| 7 c    | Une politique d'optimisation des équipements est mise en œuvre.  | Les modalités d'utilisation des équipements ne permettent pas leur optimisation. La mutualisation des équipements en internes et en externes n'est pas systématique. Seules des actions en fonction de besoins ponctuels sont réalisées.  | B                |

## **CHAPITRE II**

### **RESSOURCES TRANSVERSALES**



**A – RESSOURCES HUMAINES**

| <b>Réf. 8</b> | <b>Le dialogue social est organisé au sein de l'établissement</b>   |  | <b>Cotations</b> |
|---------------|---|--|------------------|
| 8 a           | Les instances représentatives des personnels sont consultées à périodicité définie et traitent des questions relevant de leur compétence. | Les instances sont réunies périodiquement conformément à la réglementation. Un suivi est assuré sur les thèmes ayant fait l'objet de leurs avis et leurs 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 à œuvre pour faciliter le dialogue social et l'expression des personnels. Le suivi de ces actions est assuré. | A                |

| Réf. 9 | Les processus de gestion des ressources humaines sont maîtrisés  |  | Cotations |
|--------|--|--|-----------|
| 9 a    | Le recrutement de l'ensemble des personnels est organisé.  | Une politique de recrutement est définie. Les différents acteurs sont identifiés. Les modalités de recrutement sont formalisées intégrant l'adéquation des compétences aux conditions d'exercice.  | A         |
| 9 b    | L'accueil et l'intégration des personnels sont assurés.  | Une politique d'accueil et d'intégration est organisée à l'échelle institutionnelle, mais son impact n'est pas régulièrement évalué.   | B         |
| 9 c    | La formation continue, y compris médicale, contribue à l'actualisation et à l'amélioration des compétences des personnels. | Il existe un plan de formation y compris médical qui permet de répondre aux orientations stratégiques de l'établissement de santé et des secteurs d'activité, aux besoins individuels, notamment en termes de promotion, et qui associe dans son élaboration les différents acteurs institutionnels. Sa mise en œuvre est maîtrisée (recueil de besoins, critères de priorisation, politique de choix et d'achat de formation, etc.) et évaluée. | A         |
| 9 d    | L'évaluation des personnels est mise en œuvre.   | L'évaluation des personnels est mise en place, sauf pour les personnels médicaux, et ses résultats sont utilisés dans le cadre de la politique de gestion des ressources humaines.   | B         |
| 9 e    | La gestion administrative des personnels assure la qualité et la confidentialité des informations individuelles.           | Des modalités de gestion sont définies, diffusées, appropriées et appliquées par l'ensemble des gestionnaires du personnel. Il n'y a pas actuellement de procédures formalisées de mise à jour, de traitement et d'accès au dossier. Les principes de disponibilité, d'intégrité, de confidentialité et de sécurité des dossiers sont en place.  | B         |

**B – FONCTIONS HÔTELIÈRES ET LOGISTIQUES**

| Réf. 10 | <b>Les fonctions hôtelières, assurées par l'établissement ou externalisées, sont adaptées aux besoins et aux attentes du patient et de son entourage</b> |   | <b>Cotations</b> |
|---------|--|---|------------------|
| 10 a    | Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité du patient.  | Certaines chambres à 4 lits ne permettent pas la généralisation du 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. L'organisation des soins et l'installation de rideaux et paravents mobiles participent à améliorer celle-ci. Les professionnels sont formés et sensibilisés sur ce thème. | 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 à l'exception des sanitaires du service de médecine. Les professionnels sont formés et sensibilisés à cette prise en charge.  | B                |
| 10 c    | La prestation restauration répond aux besoins nutritionnels spécifiques, et prend en compte les préférences et les convictions du patient.               | Les besoins nutritionnels spécifiques, les préférences et les convictions sont identifiés et pris en compte. Les professionnels des différents secteurs y contribuent de façon coordonnée.  | A                |

|      |  |  |   |
|------|--|--|---|
| 10 d | Des solutions d'hébergement et de restauration sont proposées aux accompagnants. | Des possibilités d'hébergement et de restauration sont offertes aux accompagnants. Celles-ci sont connues des professionnels, des patients et de leur entourage. | A |
|------|--|--|---|

| Réf. 11 | <b>Les fonctions logistiques, assurées par l'établissement ou externalisées, sont organisées pour assurer la maîtrise de la qualité et de la sécurité des prestations</b>   |   | <b>Cotations</b> |
|---------|---|---|------------------|
| 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 d'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. L'évaluation de la satisfaction des professionnels reste à réaliser. | B         |
| 12 b    | Les personnels utilisateurs sont associés aux procédures d'achat.   | L'association des utilisateurs est effective, mais n'est pas définie dans les procédures d'achat.  | B         |
| 12 c    | Les secteurs d'activité utilisateurs sont approvisionnés à périodicité définie, et des dispositions d'approvisionnement en urgence sont établies. | Les procédures d'approvisionnements réguliers et en urgence sont opérationnelles.  | A         |

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

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

| Réf 14 | La gestion des risques est organisée et coordonnée.  |   | Cotations |
|--------|--|---|-----------|
| 14 a   | Les informations relatives aux risques sont rassemblées et organisées.                               | L'établissement dispose d'une visibilité sur l'ensemble de ses risques grâce à un regroupement des informations et une veille réglementaire en matière de sécurité. Il partage ces informations avec les différents professionnels.   | A         |
| 14 b   | Des dispositions sont en place pour identifier et analyser <i>a priori</i> les risques.              | L'établissement met en œuvre une démarche structurée d'identification et d'analyse des risques <i>a priori</i> pour laquelle des responsabilités sont définies par domaine de risques.  | A         |
| 14 c   | Des dispositions sont en place pour identifier et analyser <i>a posteriori</i> les risques.          | L'établissement met en œuvre une démarche structurée d'identification et d'analyse des incidents et accidents survenus. Les responsabilités sont définies pour l'identification, le signalement et l'analyse.   | A         |
| 14 d   | Les résultats issus des analyses de risque permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter. | Des actions de réduction des risques sont hiérarchisées et mises en œuvre. Les instances et les professionnels sont impliqués.  | A         |
| 14 e   | La gestion d'une éventuelle crise est organisée.   | Une organisation est en place pour faire face à une situation de crise : cellule de crise, circuits d'alerte, formation des professionnels, modalités de communication. Elle est connue des professionnels, mais elle n'a pas prouvé sa capacité à se réunir par absence d'exercice.  | B         |
| 14 f   | L'organisation des plans d'urgence pour faire face aux risques exceptionnels est en place.           | L'établissement est organisé pour faire face aux risques exceptionnels. Les plans d'urgence (blanc, canicule, froid, grippe aviaire, NRBC, pandémie de grippe) sont formalisés et actualisés. Il n'y a pas eu actuellement d'exercice de simulation du plan blanc. Des actions de communication par notes de service complètent cette organisation. | B         |

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

**D – QUALITÉ ET SÉCURITÉ DE L'ENVIRONNEMENT**

| Réf 16 | Un programme de surveillance et de prévention du risque infectieux, adapté au patient et aux activités à risque, est en place.  |   | Cotations |
|--------|---|---|-----------|
| 16 a   | Les patients et les activités à risque infectieux sont identifiés et un programme de surveillance adapté est en place.  | Un programme de surveillance est mis en œuvre. Son suivi est assuré, mais une identification <i>a priori</i> des patients et des activités à risque n'a pas été formalisée.   | B         |
| 16 b   | Une formation de l'ensemble des professionnels à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux spécifique à la prise en charge est assurée.   | L'établissement a organisé pour l'ensemble du personnel une formation régulière adaptée aux besoins spécifiques de la prise en charge, actualisée sous la direction du CLIN et régulièrement évaluée.   | A         |
| 16 c   | Des protocoles ou procédures de maîtrise du risque infectieux, validés, sont utilisés.  | Il existe des protocoles et procédures de maîtrise du risque infectieux, validés par le CLIN, adaptés aux activités de l'établissement. Leur utilisation est évaluée.   | A         |
| 16 d   | Le bon usage des antibiotiques, dont l'antibioprophylaxie, est organisé.  | Des règles de bonnes pratiques sont en place et diffusées et font l'objet d'une actualisation régulière, concernant l'usage des antibiotiques et l'antibioprophylaxie toutefois le suivi des consommations et la surveillance aux antibiotiques ne sont pas assurés.  | B         |
| 16 e   | Un programme de prévention et de prise en charge des infections touchant les professionnels, y compris les professionnels temporaires et les étudiants, est établi en concertation avec la médecine du travail. | Le risque infectieux des professionnels (y compris étudiants, stagiaires et intérimaires) est évalué à périodicité définie, et un programme concerté de prévention et de prise en charge des infections est élaboré et mis en œuvre.  | A         |
| 16 f   | Le signalement des infections nosocomiales est organisé et opérationnel.  | Le signalement externe des infections nosocomiales est organisé, mais aucun signalement n'a à ce jour été effectué.<br>La procédure de signalement a été diffusée aux unités de soins et le président du CLIN la rappelle régulièrement en CME.<br>L'établissement participe à des enquêtes ciblées du CCLIN sur les infections | C         |

| Réf 16 | Un programme de surveillance et de prévention du risque infectieux, adapté au patient et aux activités à risque, est en place. | Cotations   |
|--------|--|---|
|        |  | nosocomiales, mais il n'a pas mis en œuvre un recueil continu et exhaustif de ces infections.<br>L'établissement devra généraliser ce recueil des infections nosocomiales.  |
| 16 g   | Un dispositif permettant l'alerte, l'identification, la gestion d'un phénomène épidémique est en place.                        | Une information et une formation de l'ensemble des professionnels permettent de connaître le dispositif (alerte, identification et gestion) mis en place face à un phénomène épidémique. Des mesures préventives permettent d'éviter la survenue ou la récurrence d'un tel phénomène. |

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

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

| Réf. 19 | <b>La sécurité et la maintenance des infrastructures et des équipements, hors dispositifs médicaux, sont assurées</b>                    |   | <b>Cotations</b> |
|---------|--|---|------------------|
| 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, mais ne font pas tous l'objet d'un traitement adéquat.  | B                |
| 19 b    | La prévention du risque incendie est organisée et les professionnels bénéficient d'une formation programmée et régulièrement actualisée. | L'établissement s'assure du passage régulier de la commission de sécurité, et met en œuvre les mesures prescrites. La formation actualisée, la connaissance des consignes de sécurité et des protocoles d'alertes, les exercices de simulation et les dispositions vis-à-vis du tabagisme complètent le dispositif de prévention. | A                |
| 19 c    | La maintenance préventive et curative est assurée.   | L'organisation mise en place permet d'assurer la maintenance préventive des infrastructures et des équipements, mais la maintenance curative reste à améliorer. L'efficacité du dispositif n'est pas évaluée.   | B                |
| 19 d    | Les protocoles d'alerte et d'intervention concernant la sécurité des infrastructures sont disponibles et connus des professionnels.      | Il existe des protocoles d'alertes et d'intervention, diffusés à l'ensemble des professionnels. Leur appropriation par les professionnels n'est pas complètement 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 mis en œuvre pour assurer la conservation des biens des patients et des professionnels.              | A         |
| 20 b    | Des mesures préventives pour assurer la sécurité des personnes sont mises en œuvre.                           | L'établissement a mis en œuvre les mesures préventives de sécurité des personnes dans tous les secteurs.   | A         |
| 20 c    | Des dispositions d'alerte concernant la sécurité des biens et des personnes sont en place et connues de tous. | Des dispositions d'alertes concernant la sécurité des biens et des personnes sont mises en œuvre. Les rôles respectifs des professionnels et des patients (entourage) sont connus. | A         |

**E – SYSTÈME D'INFORMATION**

| Réf. 21 | Le recueil et la mise à disposition de l'information sont organisés dans l'établissement  |   | Cotations |
|---------|---|---|-----------|
| 21 a    | Les bases de connaissances utiles à la réalisation des différentes activités sont à la disposition des professionnels.            | Les connaissances utiles aux utilisateurs sont disponibles. Les supports et le mode de communication permettent l'accès aux professionnels, mais la définition préalable des besoins n'a pas été effectuée.   | B         |
| 21 b    | Les données nécessaires à la prise en charge des patients sont communiquées en temps utile et de façon adaptée aux besoins.       | Les données nécessaires aux différents stades de la prise en charge du patient sont disponibles en temps utile et dans les différents secteurs d'activité, sous une forme adaptée aux besoins, mais l'identification précise, sous forme de check-list, de ces données n'a pas été effectuée. | B         |
| 21 c    | Le système de communication interne permet la coordination des acteurs de la prise en charge en temps voulu.                      | L'adaptation des moyens de communication interne favorise la coordination en temps voulu des acteurs de la prise en charge du patient, mais l'identification des besoins et l'organisation de la communication interne n'ont pas été formalisées.   | B         |
| 21 d    | Les données nécessaires au suivi des activités et au pilotage de l'établissement sont recueillies et transmises aux responsables. | L'établissement a identifié et recueilli les données nécessaires au suivi de son activité, mais les données de coûts ne sont pas réparties par unités de soins. Les responsables des secteurs d'activité en sont destinataires.   | B         |
| 21 e    | Le contrôle qualité des données est en place.   | Un contrôle de la qualité des données est effectué régulièrement dans les différents champs du système d'information. L'analyse et l'exploitation de ces contrôles sont également effectuées.   | A         |

| Réf. 22 | Une identification fiable et unique est assurée  |   | Cotations |
|---------|--|---|-----------|
| 22 a    | Une politique d'identification du patient est définie.   | À partir d'un état des lieux, l'établissement a défini une politique d'identification du patient et les responsables chargés de sa mise en œuvre et de son suivi.   | A         |
| 22 b    | Des procédures de contrôle de l'identification du patient sont mises en œuvre.   | Il existe des procédures de contrôle de l'identification du patient tout au long de sa prise en charge. Elles sont diffusées, mises en œuvre et évaluées.   | A         |
| 22 c    | Lorsque l'établissement échange des données personnelles de santé avec une autre structure sanitaire, il veille à mettre en concordance les identités que les deux structures utilisent (rapprochement). | Il existe des modalités de mise en concordance des identités lors des échanges de données entre l'établissement et d'autres structures sanitaires. Leur mise en œuvre 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. | A         |
| 23 b    | La sécurité du système d'information est évaluée lors d'un diagnostic initial puis à périodicité définie.  | Des évaluations régulières concernant la sécurité du SI sont mises en œuvre et des actions sont définies en fonction des résultats obtenus.  | A         |
| 23 c    | Les traitements de données à caractère personnel font l'objet des démarches et formalités prévues par la législation Informatique et libertés.                     | Les démarches et formalités prévues concernant les déclarations à la CNIL et l'information du patient sont réalisées.  | A         |

| Réf. 24 | Le dossier du patient obéit à des règles de gestion définies pour l'ensemble des secteurs d'activité                      |   | Cotations |
|---------|---|---|-----------|
| 24 a    | Les règles de tenue du dossier de patient sont connues des différents intervenants.                                       | Des règles définissant le contenu et la tenue du dossier du patient sont élaborées, mais doivent être réactualisées. Elles sont connues des professionnels concernés et l'établissement s'assure de leur utilisation.   | B         |
| 24 b    | Les règles de communication du dossier du patient sont connues des professionnels concernés.                              | Des règles précisant les modalités de communication du dossier du patient sont élaborées. Elles sont connues des professionnels concernés, mais l'établissement n'a pas encore évalué leur utilisation.   | B         |
| 24 c    | Les règles de conservation du dossier du patient sont connues des professionnels concernés.                               | Les règles de conservation du dossier sont connues des professionnels concernés, mais les modalités de classement (classement par identifiant du patient) et de gestion des archives entraînent des difficultés croissantes dans ce domaine, notamment des difficultés d'accessibilité des informations.<br>Les professionnels concernés sont identifiés et formés.<br>Une réflexion sur la résolution des problèmes d'archivage est en cours avec l'attribution prévue de nouveaux locaux.<br>L'établissement devra renforcer la gestion de l'archivage des dossiers des patients. | C         |
| 24 d    | Les professionnels connaissent leurs responsabilités dans la préservation de la confidentialité des données personnelles. | Les professionnels concernés par la confidentialité des données personnelles sont identifiés. Les règles garantissant sa préservation sont connues.   | A         |
| 24 e    | L'accès aux dossiers est organisé pour le patient et/ou les personnes habilitées.   | L'organisation mise en place par les responsables assure l'accès au dossier pour le patient et les personnes habilitées. Elle est connue des professionnels et des patients.  | A         |

## **CHAPITRE III**

### **PRISE EN CHARGE DU PATIENT**



**A – ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET MANAGEMENT DES SECTEURS D'ACTIVITÉ**

| Réf 25 | Les responsables des secteurs d'activité exercent pleinement leur rôle.  |   | Cotations |     |     |     |     |
|--------|--|---|-----------|-----|-----|-----|-----|
|        |  |   | MCO       | PSY | SSR | SLD | HAD |
| 25 a   | Les responsables prévoient les évolutions de leur secteur d'activité en cohérence avec les choix stratégiques de l'établissement.        | Les responsables de chaque secteur d'activité élaborent un projet qui s'inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement.  | 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.   | A         |     | A   |     |     |
| 25 c   | Les responsables organisent la complémentarité avec les autres structures et la participation à des réseaux de santé dans leur domaine.  | Les responsables des secteurs d'activité définissent ou participent à la définition des champs de complémentarité et de partenariat potentiel. L'organisation mise en place est formalisée et les modes de fonctionnement permettent d'en assurer le suivi. | A         |     | A   |     |     |
| 25 d   | Les responsables des secteurs d'activité décident, dans le cadre de leurs attributions, des actions à mettre en œuvre dans leur secteur. | Les responsables des secteurs d'activité définissent leur processus décisionnel dans le cadre de leurs attributions, mais sa diffusion ne s'appuie pas sur des comptes rendus.  | 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 et mécanismes d'intéressement sont mis en œuvre pour favoriser la motivation tant individuelle que collective.  | A         |     | A   |     |     |
| 25 f   | Les responsables veillent à la bonne utilisation des moyens alloués.   | Les responsables s'impliquent dans l'efficacité de leur secteur d'activité sans toutefois avoir d'information sur les dépenses par service. Ils disposent d'outils permettant de mesurer l'activité et les recettes de leur secteur.                        | B         |     | B   |     |     |

|      |   | <b>Cotations</b>   |   |  |   |  |
|------|---|--|---|--|---|--|
| 25 g | Les responsables développent des démarches d'évaluation et d'amélioration | Les responsables sont institutionnellement impliqués dans l'évaluation et l'amélioration des performances de leur secteur d'activité. Ils disposent des outils et de la formation pour le faire. | A |  | A |  |

**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   |     |     |
| 26 b   | Le respect de la dignité et de l'intimité du patient (résidant – <i>USLD</i> ) est préservé tout au long de sa prise en charge. | Les pratiques professionnelles et les moyens mis en place, en particulier les actions de sensibilisation, permettent d'assurer le respect de la dignité et de l'intimité des patients dans les chambres seules et plus difficilement dans les chambres à 4 lits malgré l'utilisation systématique de rideaux et paravents. | B         |     | B   |     |     |
| 26 c   | La prévention de la maltraitance du patient (résidant – <i>USLD</i> ) au sein de l'établissement est organisée.                 | MCO/SSR<br>Les professionnels sont sensibilisés à la prévention de la maltraitance et appliquent les bonnes pratiques notamment en matière de contention. Les situations à risque sont identifiées et un système de signalement est en place.  | A         |     | A   |     |     |
| 26 d   | La volonté du patient (résidant – <i>USLD</i> ) est respectée.  | La volonté du patient est respectée pour ce qui concerne l'acceptation des soins, les pratiques religieuses et culturelles, dans les limites du possible et de la déontologie médicale.  | A         |     | A   |     |     |
| 26 e   | La formation des professionnels à l'écoute et au respect des droits du patient est organisée.                                   | Des formations et des actions de sensibilisation sur le thème du respect des droits et de la dignité du patient sont organisées et suivies.  | A         |     | A   |     |     |

| Réf 27 | L'accueil du patient (résident – USLD) et de son entourage est organisé.  |  | Cotations |     |     |     |     |
|--------|---|--|-----------|-----|-----|-----|-----|
|        |   |  | MCO       | PSY | SSR | SLD | HAD |
| 27 a   | Les besoins et les attentes du patient (résident – USLD) sont identifiés, y compris les besoins sociaux.                | Les informations concernant les besoins et les attentes du patient sont recherchées, rassemblées aux moments d'accueil et sont disponibles ; toutefois le recueil de la personne de confiance n'est pas systématisé.   | B         |     | B   |     |     |
| 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   |     |     |
| 27 c   | L'accueil et les locaux sont adaptés aux handicaps du patient (résident – USLD) et/ou de son entourage.                 | MCO :<br>L'établissement s'organise pour rendre les secteurs d'activité concernant le patient accessibles aux handicapés ; toutefois dans le service de médecine les locaux ne permettent pas l'accessibilité à la douche pour les handicapés.<br>SSR :<br>L'établissement s'organise pour rendre les secteurs d'activité concernant le patient accessible aux handicapés. | B         |     | 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   |     |     |
| 27 e   | Une procédure spécifique d'accueil des détenus est organisée dans les établissements concernés.                         |  | 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  |     |     |
| 28 b   | Selon le degré d'urgence, une prise en charge, une réorientation ou un transfert est organisé dans un délai compatible avec les impératifs de sécurité. | L'organisation en place permet aux professionnels de santé la mise en œuvre de la décision de prise en charge, de réorientation ou de transfert des patients dans des délais compatibles avec leur état de santé. | A         |     | 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.  | A         |     | A   |     |     |
| 28 d   | La disponibilité des lits d'hospitalisation est régulièrement évaluée et analysée au sein de l'établissement.   | Une organisation adaptée de la gestion des lits d'hospitalisation permet d'évaluer et d'analyser régulièrement la disponibilité des lits afin de réduire les délais d'attente d'hospitalisation.                  | A         |     | 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 |     |     |     |     |
|--------|---|--|-----------|-----|-----|-----|-----|
|        |   |  | MCO       | PSY | SSR | SLD | HAD |
| 29 a   | Le patient (résident – USLD) et, s'il y a lieu, son entourage sont partie prenante dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique.  | Une organisation impliquant le patient 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, toutefois elle n'est pas systématiquement formalisée. Seules les unités de soins palliatifs, d'alcoologie, de psychiatrie et la cancérologie formalisent le projet thérapeutique ainsi que le point de vue du patient et/ou de son entourage dans le dossier du patient. | B         |     | B   |     |     |
| 29 b   | Les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures sont accessibles 24 heures/24.  | Une organisation assure l'accès 24 heures/24 à l'ensemble des données antérieures.   | A         |     | A   |     |     |
| 29 c   | Le projet thérapeutique prend en compte l'ensemble des besoins du patient (résident – USLD) et organise la coordination entre les professionnels des différents secteurs d'activité.  | Les besoins des patients sont identifiés. Ils sont pris en compte de façon coordonnée par les professionnels des différents secteurs d'activité.   | A         |     | A   |     |     |
| 29 d   | La réflexion bénéfico-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient (résident – USLD).   | Les professionnels s'organisent pour assurer la trace de la réflexion bénéfico-risque pour chaque patient au sein du dossier.  | A         |     | A   |     |     |
| 29 e   | Lorsqu'une restriction de liberté de circulation est envisagée dans l'intérêt du patient (résident – USLD), celle-ci fait l'objet d'une réflexion en équipe et d'une prescription écrite réévaluée à périodicité définie, et d'une information au patient (résident – USLD) et à son entourage. | MCO :<br>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 (sauf pour les barrières de lits), mais qui n'est pas réévaluée à périodicité définie.<br>SSR :<br>Les situations de restriction de liberté de circulation sont identifiées et font l'objet d'une réflexion de l'équipe de soins,                       | B         |     | A   |     |     |

|      |   |  | <b>Cotations</b> |  |   |  |  |
|------|---|--|------------------|--|---|--|--|
|      |   | tracée dans le dossier du patient et d'une prescription écrite réévaluée à périodicité définie.  |                  |  |   |  |  |
| 29 f | Le projet thérapeutique fait l'objet d'ajustements en fonction d'évaluations régulières de l'état de santé du patient (résidant – <i>USLD</i> ) | L'ensemble des professionnels tracent leurs observations dans le dossier du patient et se coordonnent pour ajuster de façon régulière le projet thérapeutique. | 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.                      | SSR :<br>Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique et un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.<br>MCO :<br>Les patients ne font pas systématiquement l'objet d'une évaluation, mais les problèmes identifiés font l'objet d'un plan de prise en charge ou de prévention. | B         |     | A   |     |     |
|        | USLD – L'équilibre nutritionnel des résidents est assuré en fonction de leurs goûts et habitudes alimentaires. |   |           |     |     |     |     |
| 30 b   | Les conduites addictives sont identifiées et font l'objet d'une prise en charge adaptée.                       | Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique et un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.  | A         |     | A   |     |     |
| 30 c   | La maladie thromboembolique fait l'objet d'une prévention dans les situations à risque.                        | L'évaluation du risque thromboembolique n'est pas systématiquement recherchée, toutefois au cours de l'interrogatoire médical, les situations à risque sont identifiées et une prise en charge est assurée.   | B         |     | B   |     |     |
| 30 d   | Les chutes des patients font l'objet d'une prévention.   | L'évaluation de risque de chute n'est pas systématiquement réalisée, toutefois les patients à risque sont identifiés selon des critères et font l'objet d'une prise charge spécifique.  | B         |     | B   |     |     |
| 30 e   | Le risque suicidaire est pris en compte.   | Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique et un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.  | A         |     | A   |     |     |

|      |  |  | <b>Cotations</b> |  |   |  |  |
|------|--|--|------------------|--|---|--|--|
| 30 f | Les escarres font l'objet d'une prévention.  | Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique et un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant. | A                |  | A |  |  |
| 30 g | <i>USLD</i> – Un projet de vie est individualisé pour chaque résident en prenant en compte ses souhaits. |  |                  |  |   |  |  |

| Réf 31 | Le patient (résidant – USLD) est informé de son état de santé et est partie prenante de sa prise en charge.  |  | Cotations |     |     |     |     |
|--------|--|--|-----------|-----|-----|-----|-----|
|        |  |  | MCO       | PSY | SSR | SLD | HAD |
| 31 a   | Le patient reçoit une information coordonnée par les professionnels sur les soins et son état de santé tout au long de sa prise en charge.                                   | La coordination des professionnels permet au patient de recevoir une information cohérente sur ses soins et son état de santé, tout au long de sa prise en charge.   | A         |     | A   |     |     |
|        | USLD – Le résidant et/ou les personnes habilitées reçoivent une information coordonnée par les professionnels sur les soins et son état de santé tout au long de son séjour. |  |           |     |     |     |     |
| 31 b   | Les professionnels délivrent une information adaptée à la compréhension du patient (résidant – USLD).  | Les informations données au patient sont adaptées à sa compréhension et aux particularités de son état de santé, de sa situation ou de sa prise en charge.   | A         |     | A   |     |     |
| 31 c   | Le patient (résidant – USLD) désigne les personnes qu'il souhaite voir informer.   | Les coordonnées des personnes que le patient souhaite voir informer sont recueillies et tracées dans le dossier, mais la personne de confiance n'est que rarement formalisée.  | B         |     | B   |     |     |
| 31 d   | Le consentement éclairé du patient (résidant – USLD) ou de son représentant légal est requis pour toute pratique le concernant.  | Avant toute demande de consentement, le patient ou son représentant légal est informé sur les actes de prévention, d'exploration et de soins qui le concernent en particulier sur leurs risques et leurs bénéfices. Le consentement du patient ou de son représentant légal est recueilli et tracé dans le dossier pour les actes invasifs, mais il n'est pas encore élargi à l'ensemble des actes à risque. | B         |     | B   |     |     |
| 31 e   | Un consentement éclairé (résidant – USLD) du patient est formalisé dans les situations particulières.  | Avant toute demande de consentement, le patient (le représentant légal, le cas échéant) est informé sur les actes de prévention, d'exploration et de soins qui le concernent en particulier sur leurs bénéfice-risque. Le recueil écrit systématique du consentement éclairé est réalisé dans certaines situations connues des professionnels.   | A         |     | A   |     |     |

|      |  | <b>Cotations</b>  |   |  |   |  |  |
|------|--|---|---|--|---|--|--|
| 31 f | Le patient (résidant – <i>USLD</i> ) est informé de la survenue d'un événement indésirable lors de sa prise en charge. | L'information du patient durant son séjour ou après sa sortie concernant la survenue d'un événement indésirable est donnée au patient, mais les modalités ne sont pas formalisées. L'information donnée est tracée dans le dossier. | 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, mais celles-ci ne font pas toutes l'objet de protocoles validés. | B        |     | B   |     |     |
| 32 b   | Le patient (résidant – USLD) est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement.               | Le patient et/ou son entourage est impliqué dans la prise en charge de sa douleur. L'évaluation périodique de sa satisfaction permet de faire évoluer la lutte contre la douleur.   | A        |     | A   |     |     |
| 32 c   | Les professionnels sont formés à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur.  | Une formation à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur adaptée aux types de prise en charge est mise en œuvre. Son efficacité est régulièrement évaluée.   | A        |     | A   |     |     |
| 32 d   | La disponibilité des traitements prescrits est assurée en permanence.  | La coordination entre la pharmacie et les secteurs d'activité et les règles internes aux secteurs d'activité permettent une dispensation et un approvisionnement en permanence des traitements antalgiques.   | 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   |     |     |
| 33 b    | La coordination entre les équipes médicales et paramédicales est organisée.   | MCO :<br>L'organisation quotidienne à l'exception de la chirurgie des transmissions d'information entre les équipes médicales et paramédicales permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre elles.<br>SSR :<br>L'organisation des transmissions d'information entre les équipes médicales et paramédicales permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre elles. | B        |     | A   |     |     |
| 33 c    | La prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement est assurée.                               | La prise en charge des urgences vitales est assurée dans chacun des secteurs d'activité de l'établissement grâce à un personnel formé et à une maintenance contrôlée du matériel d'urgence. Le dispositif en place est évalué.   | A        |     | A   |     |     |

| Réf. 34 | La traçabilité des actes et la transmission, en temps opportun, des informations reposent sur une organisation adaptée du dossier du patient (résident – USLD)                |  | Cotation |     |     |     |     |
|---------|---|--|----------|-----|-----|-----|-----|
|         |   |  | MCO      | PSY | SSR | SLD | HAD |
| 34 a    | L'information contenue dans le dossier du patient (résident – USLD) est actualisée tout au long de sa prise en charge et également après sa sortie.                           | Tous les éléments diagnostiques et thérapeutiques sont tracés dans le dossier du patient et notamment toutes les informations retraçant son état de santé. Le dossier est complété après la sortie du patient, le cas échéant. | A        |     | 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, mais cette organisation n'a pas été évaluée.  | B        |     | B   |     |     |
| 34 c    | Tout acte diagnostique et/ou thérapeutique fait l'objet d'une prescription écrite, datée et signée.   | Les prescriptions sont écrites, datées et signées pour tous les actes le nécessitant.  | A        |     | 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.   | 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. | 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, mais ceux-ci ne sont pas toujours présents. | B        |     | B   |     |     |
| 35 b    | Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies.   | Les règles de coordination entre secteurs d'activité clinique et médicotechnique relatives à la réalisation des examens sont systématiquement définies et mises en œuvre.  | A        |     | 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 mises en œuvre, mais n'ont pas été systématiquement formalisées.                          | B        |     | B   |     |     |

| Réf. 36 | Les circuits du médicament et des dispositifs médicaux stériles sont organisés en concertation entre les professionnels de la pharmacie et ceux des autres secteurs (des USLD – USLD)                           |  | Cotation |     |     |     |     |
|---------|---|--|----------|-----|-----|-----|-----|
|         |   |  | MCO      | PSY | SSR | SLD | HAD |
| 36 a    | Les conditions de prescription, de validation, de dispensation et d'administration des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont maîtrisées afin de réduire le risque iatrogène évitable.           | Le circuit du médicament/des dispositifs médicaux stériles est organisé, par étapes, interfaces incluses. Sa sécurisation permet la prévention des événements indésirables évitables. Cependant, la validation pharmaceutique n'est effectuée que pour certaines classes de médicaments (stupéfiants, médicaments dérivés du sang, antimétabolites, molécules onéreuses).  | B        |     | B   |     |     |
| 36 b    | L'utilisation des médicaments suit les recommandations de bonne pratique en termes de pertinence de l'indication, de respect des contre-indications, et de connaissance des interactions et effets secondaires. | Les professionnels suivent les recommandations de bonne pratique de prescription des médicaments permettant d'assurer une bonne utilisation des médicaments. Les événements indésirables sont recueillis, analysés et exploités.   | A        |     | A   |     |     |
| 36 c    | L'administration du médicament au patient (résidant – USLD) est conforme à la prescription et fait l'objet d'une traçabilité.   | Les supports d'information en place ne permettent pas d'éviter un recopiage des prescriptions médicales lors de la planification des soins. La solution recherchée par l'établissement passe par un support informatique. Un travail approfondi a été effectué dans ce domaine et des tests ont été effectués dans certaines unités, mais l'établissement n'ayant pas encore opté définitivement pour une solution ces problèmes ne sont pas encore résolus. La traçabilité de l'administration du médicament est effectuée, mais dans certains services les modalités de distribution ne permettent pas de s'en assurer systématiquement au moment de la prise. Les événements indésirables éventuels sont recueillis, analysés et exploités. | C        |     | C   |     |     |

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

| Réf. 37 | Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle fait l'objet d'une organisation formalisée, élaborée par les professionnels concernés, validée par les instances de l'établissement et connue de tous                                 |  | Cotation |     |     |     |     |
|---------|---|--|----------|-----|-----|-----|-----|
|         |   |  | MCO      | PSY | SSR | SLD | HAD |
| 37 a    | Les activités interventionnelles, traditionnelles et ambulatoires, sont planifiées et organisées en concertation avec les professionnels des secteurs d'activité clinique et en intégrant la prise en charge des éventuelles activités d'urgence. | 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  |     |     |
| 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  |     |     |
| 37 c    | Les événements indésirables graves spécifiques aux secteurs interventionnels font l'objet d'un suivi régulier, d'une analyse et d'actions correctives et préventives.   | Les événements indésirables graves en secteurs interventionnels sont identifiés. Un dispositif de signalement connu des professionnels est en place. Leur analyse conduit à des actions correctives et préventives.  | A        |     | 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 réalisées. Il existe un plan de formation permettant leur maintien.  | A        |     | 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 participe à un réseau de prélèvements d'organes et de tissus. Une organisation interne et une coordination avec d'autres établissements sont en place, mais il n'a pas défini cette participation dans ses orientations stratégiques.   | B        |     | NA  |     |     |
| 38 b    | Une information sur le don d'organes ou de tissus est disponible pour le public.                                     | L'information du public sur les dons d'organes ou de tissus est organisée.  | A        |     | A   |     |     |
| 38 c    | Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes ou de tissus.  | Il n'y a pas eu d'actions de communication interne auprès des personnels destinés à les sensibiliser au don d'organes ou de tissus, mais des professionnels de l'établissement ont participé à des réunions d'information auprès du public organisées en ville.<br>L'établissement devra sensibiliser l'ensemble de ses professionnels à l'importance du don d'organes. | C        |     | C   |     |     |
| 38 d    | Les prélèvements d'organes ou de tissus sont réalisés conformément aux règles de bonnes pratiques.                   | Une organisation adaptée conformément aux règles de bonnes pratiques est en place. Les professionnels sont formés y compris en matière d'information des familles, mais le respect de ce dispositif n'est pas évalué.   | B        |     | NA  |     |     |

| Réf. 39 | Les activités de rééducation et/ou de soutien sont coordonnées par les professionnels concernés, en lien avec ceux des secteurs d'activité clinique (au sein des USLD – USLD)             |  | Cotation |     |     |     |     |
|---------|---|--|----------|-----|-----|-----|-----|
|         |   |  | MCO      | PSY | SSR | SLD | HAD |
| 39 a    | Le patient (résidant – USLD) et son entourage sont partie prenante des activités de rééducation et/ou de soutien.   | Tous les moyens sont mis en œuvre pour que l'implication du patient et de son entourage dans ses activités de rééducation et/ou de soutien soit obtenue.   | A        |     | 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. | MCO :<br>L'information réciproque et la coordination des professionnels sont organisées en vue d'une collaboration effective dans la prise en charge du patient, mais la traçabilité dans son dossier n'est pas toujours effectuée.<br>SSR :<br>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. | B        |     | A   |     |     |
|         | USLD – La prise en charge pluriprofessionnelle du résidant associe les professionnels des USLD et ceux de la rééducation et du soutien psychologique.                                     |  |          |     |     |     |     |
| 39 c    | La prise en charge du patient (résidant – USLD) est évaluée régulièrement par l'équipe pluriprofessionnelle et rajustée si besoin.  | L'évaluation régulière des résultats des activités de rééducation et/ou de soutien conduit l'équipe pluridisciplinaire à réajuster la prise en charge si besoin, mais les outils de mesure des objectifs et résultats dont en cours d'amélioration sur la fiche de kinésithérapie.   | B        |     | B   |     |     |

| Réf. 40 | L'éducation du patient (résidant – <i>USLD</i> ) sur son état de santé, son traitement et les questions de santé publique susceptibles de le concerner est assurée |   | Cotation |     |     |     |     |
|---------|--|---|----------|-----|-----|-----|-----|
|         |  |   | MCO      | PSY | SSR | SLD | HAD |
| 40 a    | Un programme d'éducation thérapeutique adapté à son état est mis en place en veillant à la compréhension du patient (résidant – <i>USLD</i> ).                     | Le patient peut bénéficier pour certaines pathologies 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, mais une organisation structurée avec responsables et programmes identifiés n'a pas été définie à cet effet. | B        |     | B   |     |     |
| 40 b    | L'entourage du patient est associé aux actions d'éducation, le cas échéant.  | L'entourage peut être associé aux actions d'éducation thérapeutique du patient, mais une organisation structurée avec responsables et programmes identifiés n'a pas été définie à cet effet.  | B        |     | B   |     |     |
|         | <i>USLD</i> – L'entourage et/ou sa famille sont associés aussi souvent que possible à ces actions d'éducation thérapeutique.                                       |   |          |     |     |     |     |
| 40 c    | Une éducation aux questions de santé publique est délivrée au patient (résidant – <i>USLD</i> ) selon le cas.  | Une organisation permet de proposer au patient des activités d'éducation pour la santé.   | A        |     | A   |     |     |

| Réf. 41 | La continuité des soins après la sortie est planifiée et coordonnée avec le patient (résidant – USLD) et son entourage ainsi qu'avec les professionnels intervenant en aval                     |  | Cotation |     |     |     |     |
|---------|---|--|----------|-----|-----|-----|-----|
|         |   |  | MCO      | PSY | SSR | SLD | HAD |
| 41 a    | Le patient, l'entourage et le médecin traitant sont associés à la planification de la sortie.   | La sortie est planifiée le plus tôt possible avec le patient, son entourage et le médecin traitant en tenant compte de ses besoins.  | A        |     | A   |     |     |
|         | USLD – Le résidant, l'entourage et le médecin traitant qu'il désigne, le cas échéant, sont associés à la planification de la sortie.  |  |          |     |     |     |     |
| 41 b    | Le patient est adressé aux professionnels et structures appropriés.   | La connaissance des ressources disponibles dans le territoire de santé permet d'adresser le patient aux professionnels et structures appropriés.   | A        |     | A   |     |     |
|         | USLD – Le résidant est adressé aux professionnels et structures appropriés en fonction de ses besoins de santé et de ses choix.   |  |          |     |     |     |     |
| 41 c    | Les professionnels assurant l'aval sont informés et associés à la planification de la sortie du patient (résidant – USLD) dans des délais compatibles avec la continuité de la prise en charge. | Les secteurs d'activité informent et associent les professionnels d'aval afin de permettre la continuité de la prise en charge, mais des délais de réception trop longs des lettres de sortie sont parfois notés. Le service de chirurgie réalise en plus une information du médecin traitant au cours de l'hospitalisation. | B        |     | B   |     |     |
| 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, mais les retours d'information nécessaires pour s'assurer de la continuité de sa prise en charge ne sont pas toujours disponibles.   | 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.  | La volonté du patient est recueillie et prise en compte.  | A        |     | NA  |     |     |
| 42 b    | La prise en charge des besoins spécifiques du patient (résidant – USLD) en fin de vie et de son entourage est assurée.              | Les besoins spécifiques des patients en fin de vie sont identifiés et pris en charge.   | A        |     | NA  |     |     |
| 42 c    | La formation des professionnels est organisée.  | La formation des professionnels prodiguant des soins palliatifs est assurée.  | A        |     | NA  |     |     |
| 42 d    | Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.                                    | Les besoins d'accompagnement psychologiques des professionnels prodiguant des soins palliatifs sont identifiés ; leur prise en compte se traduit par des modalités institutionnelles d'accompagnement psychologique des professionnels concernés. | A        |     | NA  |     |     |

| 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.   | A        |     | A   |     |     |
| 43 b    | Les volontés et les convictions du défunt sont respectées.  | SSR :<br>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.<br>MCO :<br>Le recueil des volontés et convictions n'est pas généralement tracé dans le dossier, mais toutes les volontés connues du défunt ou de l'entourage sont respectées.   | B        |     | 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   |     |     |
| 43 d    | Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.                    | SSR :<br>Les besoins d'aide psychologique des professionnels confrontés au décès sont identifiés. L'accompagnement psychologique de ces professionnels est réalisé.<br>MCO :<br>Les besoins d'aide psychologique des professionnels confrontés au décès sont identifiés. L'accompagnement psychologique de ces professionnels est réalisé lors des relèves, mais sans la présence d'un psychologue. | B        |     | A   |     |     |

## **CHAPITRE IV**

# **ÉVALUATIONS ET DYNAMIQUES D'AMÉLIORATION**



## A – PRATIQUES PROFESSIONNELLES

| Réf. 44 | Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques |  | Cotation |
|---------|--|--|----------|
| 44 a    | La pertinence des hospitalisations est évaluée.              | <p><b>EPP : pertinence des hospitalisations à partir des urgences</b><br/>           Le descriptif de l'étude est réalisé : les objectifs sont l'amélioration de l'orientation des patients.<br/>           La méthode choisie est la revue de pertinence.<br/>           Les résultats sont exposés portant sur l'étude de 29 dossiers.<br/>           Les acteurs concernés se sont impliqués dans l'étude.<br/>           L'absence de résultats non pertinents significatifs n'a pas permis de mettre en évidence d'actions d'amélioration, mais a orienté l'étude nécessaire vers celle des délais d'hospitalisation.<br/>           La communication de l'étude a été faite de façon informelle.</p>   | B        |
| 44 b    | La pertinence des actes à risque est évaluée.                | <p><b>EPP : pertinence des coloscopies de dépistage du cancer colorectal</b><br/>           Le descriptif de l'étude est réalisé : les objectifs sont l'amélioration des indications de coloscopie.<br/>           La méthode choisie est la revue de pertinence.<br/>           Les résultats sont exposés portant sur l'étude de 70 dossiers.<br/>           Les acteurs concernés se sont impliqués dans l'étude.<br/>           Les actions d'amélioration définies portent sur l'amélioration des demandes d'examen et la sensibilisation des praticiens aux recommandations des référentiels.<br/>           La communication de l'étude sera faite lors d'EPU en 2007.<br/>           L'évaluation des actions d'amélioration est prévue en 2007.</p> | A        |
| 44 c    | La pertinence des prescriptions médicamenteuses est évaluée. | <p><b>EPP : pertinence de la prescription des quinolones par voie injectable</b><br/>           Le descriptif de l'étude est réalisé : les objectifs sont la limitation de la voie IV aux seules indications nécessaires.<br/>           La méthode choisie est la revue de pertinence.<br/>           Les résultats sont exposés portant sur l'étude de 27 dossiers.<br/>           Les acteurs concernés se sont impliqués dans l'étude.<br/>           Les actions d'amélioration définies portent sur la mise en œuvre d'un contrôle systématique de ces prescriptions par la pharmacie et par une sensibilisation des prescripteurs concernés.<br/>           La communication de l'étude a été faite par courrier aux professionnels concernés.</p>    | A        |

| Réf. 44 | Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques   |  | Cotation |
|---------|--|--|----------|
|         |  | L'évaluation des actions d'amélioration est prévue en 2007.  |          |
| 44 d    | La pertinence des examens de laboratoire et des examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle est évaluée. | <p><b>EPP : pertinence de la prescription des INR</b></p> <p>Le descriptif de l'étude est réalisé : les objectifs sont de rationaliser les prélèvements, d'évaluer l'efficacité de la prescription des Inr et d'éviter les risques hémorragiques. La méthode choisie est la revue de pertinence. Les résultats sont exposés portant sur l'étude de 111 dossiers. Les acteurs concernés se sont impliqués dans l'étude. Les actions d'amélioration définies portent sur une information des prescripteurs sur les résultats de l'analyse avec en annexe les référentiels et sur l'amélioration des bons de prescription. La communication de l'étude a été faite par courrier aux professionnels concernés. L'évaluation des actions d'amélioration est prévue en 2007.</p> | A        |

| 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><b>EPP : la transfusion sanguine</b></p> <p>Les critères de choix sont le niveau de risque élevé d'une pratique courante dans un établissement médicochirurgical. La méthode choisie est l'analyse de processus. Des actions ont été définies pour prévenir les risques évitables : lettre de sensibilisation au respect du protocole transfusionnel, affiches et fiches réflexes destinés aux soignants, interdiction de transfuser aux nouveaux médecins avant le suivi d'une formation habilitante. L'évaluation de la mise en œuvre de ces actions est régulière.</p> | A        |     |     |     |     |
| 45 b    | L'analyse des événements indésirables et la mise en œuvre des actions de prévention et d'amélioration correspondantes sont assurées. | <p><b>EPP : un événement indésirable en unité de soins</b></p> <p>Le critère de choix est la survenue d'un dysfonctionnement dans un processus de sécurité. La méthode d'analyse a été la recherche des causes en réunion de brainstorming avec la constitution d'un diagramme des causes. Un vote pondéré a permis de prioriser les solutions proposées et de mettre en œuvre des actions d'amélioration. Ces actions ont été réévaluées après quelques mois avec des constats positifs sur leurs mises en œuvre.</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><b>EPP MEDECINE : la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chez la personne âgée</b></p> <p>Le choix de l'étude est fait sur des arguments de fréquence : 5<sup>e</sup> GHM du service et sur l'existence d'un potentiel d'amélioration. Les objectifs sont de développer l'information, l'éducation et l'autonomie de la personne âgée face à cette maladie chronique.</p> <p>La méthode utilisée est l'analyse du processus de prise en charge (de l'accueil à la sortie) complétée d'un audit du dossier du patient (30 dossiers) et de questionnaires pour les personnels et les patients.</p> <p>Les référentiels existants, nationaux et européens, ont été pris en compte.</p> <p>L'analyse sous formes de points forts et de points faibles a permis de définir des objectifs d'amélioration et les actions correspondantes ont été planifiées.</p> <p>Des indicateurs de suivi ont été définis.</p> <p>La communication de l'étude a été faite en réunions de service et par courriers aux praticiens de l'établissement. Les recommandations de références ont été mises en ligne sur l'intranet.</p> <p>Une comparaison a été faite entre les résultats de l'étude et les données nationales disponibles en particulier pour les données sur l'âge et sur l'échelle de Winograd.</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><b>EPP CHIRURGIE : la prise en charge des cholécystectomies</b></p> <p>Le choix de l'étude est fait sur des arguments de fréquence : 40 cholécystectomies par an et sur l'existence d'un potentiel d'amélioration dans le domaine de l'information du patient et de la prise en charge préopératoires (bilans biologiques) et postopératoires (antibiothérapie) qui constituent les objectifs de l'étude.</p> <p>La méthode utilisée est l'analyse du processus de prise en charge (de l'accueil à la sortie) complétée d'un audit du dossier du patient (40 dossiers) et de questionnaires pour les patients. Les référentiels existants ont été pris en compte ainsi que les conférences de consensus dans ce domaine.</p> <p>L'analyse sous formes de points forts et de points faibles a permis de définir les actions d'amélioration nécessaires qui ont été planifiées.</p> <p>Des indicateurs de suivi ont été définis.</p> <p>Une réévaluation a été effectuée 6 mois après sur 18 dossiers et a montré des améliorations sur certains points étudiés.</p> <p>Une comparaison a été faite entre les résultats de l'étude et les données nationales disponibles en particulier pour la DMS.</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><b>EPP OBSTÉTRIQUE : la prise en charge de la grossesse prolongée</b><br/>           Le choix de l'étude est fait sur des arguments de fréquence : 100 grossesses prolongées sur 500 accouchements.<br/>           Les objectifs d'amélioration portaient sur la diminution de la morbidité et de la mortalité fœtale.<br/>           La méthode utilisée est l'analyse du processus de prise en charge du début de dépassement de terme à l'accouchement complétée d'un audit du dossier du patient (66 dossiers) et de questionnaires pour les patientes. Un groupe témoin de grosses normales (66 dossiers) a également été étudié.<br/>           Les référentiels existants, nationaux ou internationaux, ont été pris en compte.<br/>           L'analyse sous formes de points forts et de points faibles a permis de définir les actions d'amélioration nécessaires qui ont été planifiées.<br/>           Des indicateurs de suivi ont été définis.<br/>           Une comparaison a été faite entre les résultats de l'étude (sur 4 critères) et les données correspondantes sur 15 sites.</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><b>EPP SSR : la prise en charge du dépistage et du diagnostic de la démence d'Alzheimer</b></p> <p>Le choix de l'étude est fait sur des arguments de fréquence : 30 % des patients de plus de 80 ans sont atteints de pathologie de démence et d'un potentiel d'amélioration : un patient sur deux ne fait pas l'objet d'un diagnostic.</p> <p>La méthode utilisée est l'analyse du processus de prise en charge de l'accueil à la sortie complétée d'un audit du dossier du patient (25 dossiers) ciblant les éléments du dépistage et du diagnostic. 25 dossiers témoins ont également été étudiés.</p> <p>Les référentiels disponibles et la revue de la littérature dans ce domaine ont été pris en compte.</p> <p>L'analyse sous formes de points forts et de points faibles a permis de définir les actions d'amélioration nécessaires qui ont été planifiées.</p> <p>Des indicateurs de suivi ont été définis.</p> |          |     | B   |     |     |
| 46 b    | Les processus et les pratiques liés à la prise en charge sont analysés.                               |  |          |     |     |     |     |
| 46 c    | Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte.                           |  |          |     |     |     |     |
| 46 d    | Les objectifs d'amélioration sont définis et les actions mises en œuvre.                              |  |          |     |     |     |     |
| 46 e    | Les données et les indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration.        |  |          |     |     |     |     |
| 46 f    | Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons.                     |  |          |     |     |     |     |

**B – RESSOURCES HUMAINES**

| Réf. 47 | <b>Une évaluation de la politique des ressources humaines est mise en œuvre</b>   |   | <b>Cotation</b> |
|---------|---|---|-----------------|
| 47 a    | La réalisation des actions définies dans les orientations stratégiques est mesurée périodiquement dans chacun des domaines de la gestion des ressources humaines. | L'établissement de santé a défini certains indicateurs et réalise avec ceux-ci une évaluation lui permettant un contrôle de la mise en œuvre effective des projets RH, mais pas dans tous les domaines, une évaluation des résultats et la régulation des dysfonctionnements. | B               |
| 47 b    | La satisfaction des professionnels de l'établissement est évaluée et prise en compte.   | Une enquête de satisfaction a été réalisée dont les résultats sont pris en compte en relation avec les instances et les partenaires sociaux.  | A               |

**C – FONCTIONS HÔTELIÈRES ET LOGISTIQUES**

| Réf. 48 | Une évaluation des prestations logistiques est réalisée auprès des secteurs d'activité utilisateurs |   | Cotation |
|---------|---|---|----------|
| 48 a    | La satisfaction des utilisateurs est évaluée et prise en compte.                                    | Une analyse de la satisfaction des responsables des secteurs d'activité a été organisée par l'établissement pour certaines prestations logistiques, mais sans périodicité définie. Elle permet l'identification d'actions d'amélioration et le bilan d'évaluation avec les prestataires externes est en cours de réflexion. | B        |
| 48 b    | L'analyse des prestations logistiques donne lieu à des actions d'amélioration.                      | L'analyse des prestations logistiques permet de mettre en œuvre des actions d'amélioration, mais elle n'est pas régulière sur tous les domaines.  | 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, permet de développer une analyse et un traitement pour y remédier, mais l'ensemble des modalités n'a pas été formalisé.   | B        |
| 49 b    | La satisfaction des utilisateurs est évaluée et prise en compte.                    | La satisfaction des différents utilisateurs du système d'information est évaluée de façon ponctuelle, mais il n'y a pas d'enquête régulière. Cette évaluation est analysée, communiquée et permet de réajuster le système d'information.                           | B        |
| 49 c    | La gestion du dossier du patient est évaluée.                                       | Une évaluation de la gestion du dossier est réalisée régulièrement dans tous les secteurs d'activité en relation avec les instances. L'analyse et l'exploitation de ces résultats permettent de faire progresser la gestion du dossier au niveau de l'institution. | A        |

**E – QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES**

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

| Réf. 51 | La satisfaction du patient et de son entourage est évaluée  |   | Cotation |
|---------|---|---|----------|
| 51 a    | Le recueil de la satisfaction des patients est suivi d'actions d'amélioration.                                  | Il existe un dispositif de recueil et d'analyse de la satisfaction des patients et de leur entourage dont les résultats sont pris en compte dans un plan d'amélioration de la qualité.  | A        |
| 51 b    | Les délais d'attente sont analysés et des actions d'amélioration sont entreprises.                              | Il existe un dispositif de recueil et d'analyse des délais d'attente, mais limité au service des urgences 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 n'a pas recensé ni évalué les actions mises en œuvre afin d'impliquer les correspondants externes, mais un travail a été effectué en commun sur des fiches de liaison.<br>L'établissement devra évaluer les actions mises en œuvre. | C        |
| 52 b    | La satisfaction des correspondants est évaluée et prise en compte.                   | La mesure de la satisfaction des correspondants n'est pas organisée.<br>Des échanges informels existent et une évaluation globale est prévue en 2007.<br>L'établissement devra mettre en place la mesure de satisfaction de ses correspondants.     | C        |

**F – ORIENTATIONS STRATÉGIQUES**

| Réf. 53 | La mise en œuvre des orientations stratégiques de l'établissement est évaluée et analysée                          |   | Cotation |
|---------|--|---|----------|
| 53 a    | Le suivi est réalisé et les évaluations sont utilisées pour réajuster si nécessaire les objectifs.                 | Le suivi de la mise en œuvre des orientations stratégiques est organisé, mais l'établissement ne faisant qu'initier son nouveau projet il n'a pas encore mis en œuvre le recueil et l'exploitation des données permettant aux responsables de procéder aux réajustements des objectifs. | B        |
| 53 b    | La direction et les instances disposent d'éléments permettant les comparaisons avec des établissements similaires. | Un dispositif permettant les comparaisons avec des établissements similaires est en place et permet, le cas échéant, aux responsables de procéder aux réajustements des orientations stratégiques.  | A        |
| 53 c    | Les résultats font l'objet d'une communication interne.  | La communication des résultats de la mise en œuvre des orientations stratégiques est faite aux responsables et aux professionnels concernés, mais elle ne concerne que certaines étapes.  | B        |

**PARTIE 3**

**COMMENTAIRES SYNTHÉTIQUES**



## I. Commentaires synthétiques par type de prise en charge

### Soins de courte durée

L'établissement assure ses missions d'accueil du public. La permanence en est faite par le service des urgences. Les besoins spécifiques des patients sont pris en compte en termes d'accessibilité pour les handicapés, de langue ou d'avis médicaux spécialisés disponibles en interne ou par l'organisation de transferts.

La prise en charge durant le séjour se déroule autour de projets thérapeutiques, bien qu'ils ne soient explicites que pour certains d'entre eux, comprenant une information bénéfice-risque et un consentement éclairé formalisé dans le dossier du patient.

La lutte contre la douleur bénéficie de l'aide coordonnée du CLUD et de l'équipe mobile de soins palliatifs.

La continuité et la coordination de soins sont favorisées par les réunions médico-soignantes régulières.

Les plateaux techniques, bloc opératoire et imagerie, travaillent également de façon concertée avec les services cliniques.

La tenue régulière du dossier permet la traçabilité de l'état de santé du patient. Les prescriptions médicales, sur supports autoduplicables, sont datées et signées. Malgré cela la pharmacie ne peut assurer l'exhaustivité de la validation des prescriptions. Le transport et le stockage des médicaments sont sécurisés, mais les retranscriptions des prescriptions persistent pour la planification des soins.

La sortie du patient est planifiée dès que possible et l'établissement organise la prise en charge d'aval en termes de besoins sociaux ou d'information du médecin traitant.

### Soins de suite et de réadaptation

L'accès et l'accueil des patients prennent en compte leurs besoins spécifiques dans cette unité de soins de suite à orientation gériatrique.

La prévention de la maltraitance est recherchée par le contrôle médical de toutes les situations de restrictions de liberté. La prise en charge se fait dans le cadre de projets thérapeutiques formalisés avec la participation de l'entourage.

Les situations cliniques particulières sont recherchées : déséquilibre nutritionnel, risque d'escarres.

Les pratiques médico-soignantes sont identiques à celles du secteur de court séjour en termes de lutte contre la douleur, continuité et coordination des soins en particulier avec les paramédicaux assurant des activités de soutien : psychologue, diététiciennes, kinésithérapeutes.

En cas d'aggravation ou de décès les volontés et les convictions de chacun sont respectées et l'entourage peut bénéficier d'un accompagnement adapté.

## II. Appréciation globale sur la dynamique qualité

L'établissement est actuellement engagé dans une restructuration importante et difficile de son offre de soins avec l'arrêt prévu de l'activité chirurgicale. Malgré cela il a choisi de mettre la politique qualité et de gestion des risques au premier plan de ses priorités ce que traduit l'importance des moyens humains qui lui sont dévolus.

La direction des soins a la responsabilité opérationnelle de la conduite de cette politique qu'elle met en œuvre à travers des démarches d'évaluation dans tous les domaines.

Le comité de pilotage qualité constitue le niveau décisionnel de cette organisation complétée par les relais de terrains que constituent les très nombreux référents qui maillent l'ensemble des services dans un domaine particulier : veille documentaire, douleur, hygiène, hémovigilance...

Les résultats des enquêtes et audits mis en œuvre définissent des actions d'amélioration qui sont planifiées et constituent le programme qualité et de prévention des risques.

Nous avons pu constater la motivation et l'implication importante dans toutes ces démarches qualité de la direction, de l'encadrement et du personnel de l'établissement.

**III. Liste des actions exemplaires**

Aucune action exemplaire n'a été retenue



**PARTIE 4**

**DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ**



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

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

- Définir et mettre en place une politique de communication à destination du public et des correspondants externes (5 b, 5 c) ;
- Assurer l'enregistrement des administrations des médicaments dans le dossier patient (36 c)



---

## INDEX

---

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

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

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

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

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

---

## COMMENTAIRE DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

---

L'établissement poursuit sa démarche d'assurance qualité en mettant en œuvre les actions d'amélioration identifiées par les professionnels.

La Cellule Qualité a effectué le recensement des axes d'amélioration notifiées dans l'auto évaluation relative aux 53 références puis elle a établi un échéancier.

L'analyse permet de montrer l'existence d'actions à mener pour les 4 chapitres du manuel. Depuis la visite des experts visiteurs, 30 % des actions ont déjà été réalisées, 25% sont en cours de réalisation et 45 % sont programmées.

Les actions programmées ont intégré le plan d'amélioration continu de la qualité pour l'année 2007. Des fiches projets ont été conçues et nominativement distribuées.

Cette démarche permet de maintenir le dynamisme dans l'établissement avec une participation active des professionnels.