

**RAPPORT DE CERTIFICATION DU
CENTRE HOSPITALIER DE DENAIN**

**25 *bis*, rue Jean-Jaurès
59723 DENAIN**

Mars 2006

S O M M A I R E

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	p.	5	Chapitre IV – Évaluations et dynamiques d'amélioration	p.	74
PARTIE 1			A Pratiques professionnelles	p.	76
DÉMARCHE QUALITÉ ET ACCRÉDITATION	p.	8	B Ressources humaines	p.	83
I Historique et organisation de la démarche qualité	p.	10	C Fonctions hôtelières et logistiques	p.	84
II Suivi des décisions de la première procédure d'accréditation	p.	11	D Système d'information	p.	85
III Association des usagers à la procédure d'accréditation	p.	12	E Qualité et gestion des risques	p.	86
IV Interface avec les tutelles en matière de sécurité	p.	12	F Orientations stratégiques	p.	89
PARTIE 2			PARTIE 3		
CONSTATATIONS PAR CHAPITRE	p.	14	COMMENTAIRES SYNTHÉTIQUES	p.	91
Chapitre I – Politique et qualité du management	p.	16	I Commentaires synthétiques par type de prise en charge	p.	92
Chapitre II – Ressources transversales	p.	25	II Appréciation globale sur la dynamique qualité	p.	95
A Ressources humaines	p.	27	III Liste des actions exemplaires	p.	96
B Fonctions hôtelières et logistiques	p.	28	PARTIE 4		
C Organisation de la qualité et de la gestion des risques	p.	31	DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	p.	99
D Qualité et sécurité de l'environnement	p.	34			
E Système d'information	p.	39	INDEX	p.	103
Chapitre III – Prise en charge du patient	p.	44			
A Orientations stratégiques et management des secteurs d'activité	p.	46			
B Parcours du patient	p.	48			

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Nom de l'établissement	CH de Denain	
Situation géographique	Ville : Denain Département : Nord	Région : Nord-Pas-de-Calais
Statut (<i>privé-public</i>)	Public	
Type de l'établissement (<i>CHU, CH, CHS, HL, PSPH, Ets privé à but lucratif</i>)	Centre hospitalier	
Nombre de lits et places (<i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i>)	163 lits et 7 places en MCO, 60 lits et 45 places en psychiatrie, 63 lits en SSR, 80 lits en USLD, 25 places en HAD (pédopsychiatrie) et 6 lits en UHCD soit un total de 449 lits et places.	
Nombre de sites (<i>de l'ES et leur éloignement s'il y a lieu</i>)	Établissement monosite et pavillonnaire.	
Activités principales (<i>par exemple ; existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i>)	Hôpital de proximité prenant en charge les pathologies courantes en médecine, chirurgie, maternité de niveau 1, pathologies psychiatriques en hospitalisation ou ambulatoire.	
Activités spécifiques (<i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i>)	Urgences <i>via</i> une UPATOU et 6 lits d'UHCD ; hospitalisation sous contrainte.	
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité	Centre de vaccinations internationales. Stérilisation normes ISO 9001-2000.	

<p>Coopération avec d'autres établissements (GCS, SIH, conventions...)</p>	<p>Conventions avec des établissements publics :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valenciennes : convention relais UPATOU/SAU, prise en charge des adolescents et des enfants en urgence pédiatrique, transfert <i>in utero</i> ; - CH de Saint-Amand : convention consultation d'alcoologie ; - CH de Somain : convention « stérilisation », convention vacation de sage-femme, convention mise à disposition TIM (technicienne en information médicale) dans cadre PMSI ; - CH de Le Quesnoy : convention mise à disposition d'infirmier hygiéniste. <p>Convention avec l'établissement de transfusion sanguine : convention dépôt de sang, convention analyse biologie médicale.</p> <p>Convention avec établissement privé : avec la polyclinique Vauban dans cadre convention « Relais psychiatrie ».</p> <p>Convention « canicule » avec la maison de retraite de Bouchain, les RE. SO. CO. PAD, l'EHPAD « Les Bouleaux ».</p> <p>Le CH de Denain adhère aux réseaux périnatalité du Hainaut, EMERA (écoute et soutien des malades et de leurs proches), réseau hôpital sans tabac.</p> <p>D'autres adhésions restent à formaliser : réseau cancer, réseau MEOTIS (réseau mémoire), réseau HTA-VASC.</p>
<p>Origine géographique des patients (attractivité)</p>	<p>Le recrutement est essentiellement local : ville de Denain et communes voisines. Le bassin de population est d'environ 80 000 habitants.</p>
<p>Transformations récentes (réalisées ou projetées, ou projets de restructuration)</p>	<p>L'établissement est depuis une vingtaine d'années en restructuration et agrandissement. Depuis 2002 ont été réalisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2002 : restructuration de la maternité ; - 2003 : création de 10 lits supplémentaires en psychiatrie ; - 2003 : agrandissement des urgences ; - 2004 : ouverture de l'UHCD ; - 2004 : ouverture du scanner ; - 2005/2006 : restructuration des consultations externes, 4^e salle de bloc opératoire et 10 lits de courts séjours gériatriques.

PARTIE 1
LA DÉMARCHE QUALITÉ ET L'ACCRÉDITATION

I Historique et organisation de la démarche qualité

La V1, en 2000 a conduit à passer d'une tradition orale à une culture de l'écrit avec formalisation du dossier du patient « papier » préparant le passage à son informatisation ainsi que la formalisation de la gestion documentaire. L'établissement a adopté comme ligne directrice d'écrire ce qui est fait, de faire ce qui est écrit et de prouver ce qui est fait.

La V1 a eu un impact sur le décloisonnement des services, permis l'émergence d'une nouvelle façon de travailler fondée sur la transversalité et contribué à l'installation d'une dynamique et d'une culture de la qualité.

La période 2001-2004 a vu la mise en œuvre des actions d'amélioration identifiées lors de la V1, le développement d'outils de communication, la certification de la stérilisation ISO 9001-2000, l'informatisation progressive du dossier du patient et la structuration de la démarche qualité.

Comité de pilotage, groupe de coordination, groupes pilotes, groupes de synthèse ont été mis en place. Ils sont tous pluridisciplinaires et traduisent une implication forte des personnels dans la démarche de certification. Des outils de communication (intranet, messagerie, journal *INFO-V2* et *INF'HOP*, réunions d'information...) ont permis une sensibilisation large des personnels à la démarche et une information du degré d'avancement.

L'investissement du personnel en termes d'heures dévolues a été important.

La nécessité d'une maîtrise des méthodes d'évaluation a été posée comme un préalable à la démarche et un cadre de santé spécialement formé a été affecté à la cellule qualité.

En termes d'impact, la procédure V2 a permis une appropriation des méthodes d'évaluation, une démystification de l'évaluation des pratiques professionnelles et une pérennisation de la démarche qualité.

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

Niveau de décision (Recommandation/Résolution)	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des experts-visiteurs	
		Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires	Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires
Recommandation	Poursuivre l'amélioration de l'information donnée au patient par le corps médical et systématiser le recueil du consentement éclairé pour les actes invasifs	OUI	L'information donnée au patient se poursuit, celle-ci se fait par la remise d'un document expliqué et signé du patient. L'information orale se fait en présence d'un tiers médical ou non médical. Une trace informatique de cette information est prévue et utilisée dans le dossier du patient informatisé.	OUI	La prise de conscience de l'importance de l'information donnée au patient et de sa traçabilité au dossier médical est acquise auprès du personnel médical. D'importants progrès ont été réalisés tendant à l'obtention d'un recueil systématique du consentement éclairé pour les actes invasifs. Des documents ont été élaborés pour faciliter l'information des patients.
Recommandation	Poursuivre et évaluer la démarche d'amélioration de l'organisation du secteur opératoire, notamment la programmation des interventions, initiée à l'occasion de la création de la commission de bloc opératoire	OUI	La commission de bloc opératoire est créée et remplit pleinement ses fonctions, un compte rendu existe. L'activité a cependant rendu nécessaire la création d'une salle de bloc supplémentaire en cours de réalisation.	OUI	Quatre actions ont été conduites : 1 – Création d'un conseil de Bloc 2 – Rédaction d'une charte de Bloc Opératoire définissant son fonctionnement 3 – Réunion hebdomadaire de validation du programme opératoire avec l'ensemble des intervenants 4 – Création d'un poste fixe d'infirmier en salle de surveillance postinterventionnelle.

III. Association des usagers à la procédure de certification

Les usagers sont étroitement associés au fonctionnement de l'établissement : ils bénéficient d'une écoute attentive et participent à certaines instances (CA) et commissions (CRU).

Ils ont été associés à la procédure de certification et ont participé à des groupes de travail et de synthèse. Ils ont été sollicités en particulier sur les références 2, 26, 29, 32, 51 et critère 13a.

IV. Interface avec les tutelles en matière de sécurité

La fiche navette centre hospitalier de Denain qui nous a été communiquée par l'HAS ne comporte aucune observation de la MRIICE concernant les recommandations émanant des organismes de contrôle, qui font l'objet de modalités de suivis de type « réalisé » ou « en cours ». Aucune d'elle n'est du type « non pris en compte ».

PARTIE 2
LES CONSTATATIONS PAR CHAPITRE

CHAPITRE I
POLITIQUE ET QUALITÉ DU MANAGEMENT

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

Réf 2	L'établissement accorde une place primordiale au patient et à son entourage.		Cotations
2 a	Le respect des droits et l'information du patient sont inscrits dans les priorités de l'établissement.	L'établissement intègre le respect des droits et de l'information du patient dans la mise en œuvre de ses orientations stratégiques et dans son organisation. La sensibilisation des professionnels est assurée.	A
2 b	L'expression du patient et de son entourage est favorisée.	Les entretiens et les échanges entre les professionnels, les patients et leur entourage sont réalisés dans des conditions propices à l'expression. Des locaux adaptés sont disponibles à cet effet. Le recueil des suggestions et des plaintes est organisé.	A
2 c	Une réflexion éthique autour de la prise en charge du patient est conduite.	L'établissement conduit des réflexions éthiques dans les différents secteurs d'activité dont la pneumologie (choix thérapeutiques concertés en équipe), l'obstétrique (accompagnement personnalisé de situations complexes) et la psychiatrie (formes originales d'alternatives à l'hospitalisation). Des réflexions d'équipe sont menées lors des décisions d'arrêt thérapeutique. L'hôpital dispose au sein de l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) d'une IDE titulaire d'un DU d'éthique. Des formations à périodicité définie sont organisées par l'EMSP. La réflexion éthique est omniprésente, et marquée par des initiatives innovantes au service de la population, mais elle reste peu formalisée.	B
2 d	La politique hôtelière prend en compte les attentes des patients	Les attentes des patients sur le plan hôtelier sont recueillies et prises en compte. Elles permettent de définir et de mettre en œuvre une politique hôtelière.	A
2 e	Les représentants des patients participent à l'évaluation et à l'amélioration des services rendus par l'établissement.	Les représentants d'utilisateurs sont désignés. Ils siègent aux instances et participent à la vie de l'établissement et aux démarches qualité et de certification. Leur avis est pris en compte pour améliorer le service rendu au patient.	A

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

Réf 4	La politique du système d'information et du dossier du patient est définie en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.		Cotations
4 a	Le schéma directeur du système d'information s'appuie sur les orientations stratégiques de l'établissement	L'établissement n'a pas encore reformulé son schéma directeur du système d'information pour assurer une meilleure cohérence avec les orientations stratégiques, en hiérarchisant les priorités. Les secteurs d'activité essentiels sont couverts.	B
4 b	Les projets du système d'information sont définis et hiérarchisés en fonction des processus à optimiser, en recherchant l'adhésion des professionnels concernés et, en cas d'informatisation, de la maturité du marché.	L'établissement procède à l'identification des domaines et des processus à optimiser en y faisant participer les représentants de la filière métier concernée, et à la définition des projets du système d'information. Il s'attache à rechercher l'adhésion des professionnels concernés, associé aux visites sur sites utilisateurs systématiquement effectués préalablement	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.	L'établissement a structuré sa démarche projet avec la création d'un comité de pilotage. Des méthodes de conduite de projet prenant en compte l'expression des besoins des utilisateurs sont utilisées. Un partenariat est effectif avec un laboratoire spécialisé dans l'évaluation de l'ergonomie. La mise en œuvre de ces méthodes de conduite de projet n'a cependant pas encore fait l'objet d'évaluations.	B
4 d	Les professionnels concernés reçoivent un accompagnement et une formation pour traiter et utiliser les données.	Les personnels utilisateurs bénéficient d'une formation adaptée et d'un accompagnement personnalisé permettant un traitement et une utilisation efficace des données.	A
4 e	Une politique du dossier du patient est définie afin d'assurer la qualité et la continuité des soins.	Une politique du dossier du patient cohérente avec les orientations stratégiques est définie en associant les instances et les professionnels concernés. Cette politique favorise la confidentialité, la fiabilité, l'accessibilité et le stockage des informations ainsi que la coordination des professionnels et des secteurs d'activité.	A

Réf 5	L'établissement définit et met en œuvre une politique de communication.		Cotations
5 a	La direction et les responsables développent une politique de communication interne.	La direction et les responsables identifient les objectifs devant faire l'objet d'une communication interne, définissent les moyens et les personnes chargées de mettre en œuvre la politique de communication.	A
5 b	Les orientations stratégiques, leur mise en œuvre et leurs résultats sont connus de l'ensemble des professionnels de l'établissement.	L'organisation de la communication est en place dans l'établissement. Elle permet de s'assurer que l'ensemble des professionnels connaît les orientations stratégiques, leur mise en œuvre et leurs résultats.	A
5 c	La direction et les responsables développent une politique de communication à destination du public et des correspondants externes.	L'établissement dispose d'un site Internet. Le public est informé des évolutions de l'offre de soins à l'occasion des inaugurations, grâce à l'impact de la presse. Le journal interne de l'établissement dont la qualité graphique fait l'objet d'une attention particulière est diffusé aux médecins de ville pour leur propre lecture et pour leur salle d'attente. Les attentes des correspondants médicaux en matière de communication externe et de lisibilité sur l'organisation du plateau technique de l'hôpital sont très importantes. L'établissement a dans ce cadre prévu de rééditer le livret « les clés de l'hôpital » très apprécié des médecins libéraux, qui propose des informations sur les services de l'établissement, et sur des points juridiques spécifiques.	B

Réf 6	L'établissement définit une politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques intégrée aux orientations stratégiques.		Cotations
6 a	La direction et les instances définissent les priorités et les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.	La démarche qualité est omniprésente dans l'ensemble des secteurs d'activité. Elle est une priorité pour la direction, les instances et les professionnels. Elle a guidé les investissements importants réalisés depuis plusieurs années. Elle n'a cependant pas fait jusqu'ici l'objet d'une formalisation, et d'une communication spécifique.	B
6 b	La politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques intègre l'évaluation des pratiques professionnelles	Diverses évaluations de pratiques professionnelles ont été réalisées dans l'établissement. Elles ont fait l'objet d'une implication de la direction et des instances. Une stratégie de développement, des actions de communication et de formation, ainsi que le suivi des actions d'évaluation réalisées sont mis en œuvre. Aucune politique d'évaluation des pratiques professionnelles n'est encore formalisée.	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	L'établissement met en œuvre une politique d'optimisation de ses ressources et de ses moyens en adéquation avec les orientations stratégiques.		Cotations
7 a	Les coûts des activités sont connus et leur maîtrise est assurée.	L'établissement clôture ses exercices budgétaires sans reports de charge, grâce à la mobilisation et à la solidarité des secteurs d'activité. Il a mis en place une organisation permettant de connaître les coûts des activités. Les objectifs sont communiqués aux chefs de service avec lesquels sont examinés les résultats en matière d'activité et de coûts. L'établissement n'a pas formalisé la contractualisation et l'intéressement, mais veille à satisfaire les besoins en équipements et matériels formulés par les professionnels.	B
7 b	La réalisation et le financement des investissements sont planifiés de façon pluriannuelle.	La prévision et l'organisation des investissements à réaliser et à financer permettent une planification pluriannuelle. Celle-ci est opérationnelle et son suivi assuré par des responsables identifiés de l'établissement.	A
7 c	Une politique d'optimisation des équipements est mise en œuvre.	Les modalités d'utilisation des équipements permettent leur optimisation. La mutualisation des équipements en interne et en externe est organisée.	A

CHAPITRE II
RESSOURCES TRANSVERSALES

A – RESSOURCES HUMAINES

Réf 8	Le dialogue social est organisé au sein de l'établissement		Cotations
8 a	Les instances représentatives des personnels sont consultées à périodicité définie et traitent des questions relevant de leur compétence.	Les instances sont réunies périodiquement conformément à la réglementation. Un suivi est assuré sur les thèmes ayant fait l'objet de leurs avis et suggestions.	A
8 b	D'autres modalités sont également prévues pour faciliter le dialogue social et l'expression des personnels.	La direction de l'établissement favorise l'expression des personnels et s'attache à développer un dialogue de proximité avec les secteurs d'activité, et développe les outils et les méthodes nécessaires à la mise en œuvre de cette politique. Les conseils de service sont particulièrement engagés dans l'examen des projets de formation et d'amélioration des conditions de travail. Leur fonctionnement ainsi que la fréquence des réunions de service ne sont cependant pas homogènes dans tous les secteurs d'activité.	B

Réf 9	Les processus de gestion des ressources humaines sont maîtrisés.		Cotations
9 a	Le recrutement de l'ensemble des personnels est organisé.	Une politique de recrutement est définie. Les différents acteurs sont identifiés. Les modalités de recrutement sont formalisées intégrant l'adéquation des compétences aux conditions d'exercice.	A
9 b	L'accueil et l'intégration des personnels sont assurés.	Une politique d'accueil et d'intégration est organisée à l'échelle institutionnelle. Son impact est régulièrement évalué et son programme réajusté.	A
9 c	La formation continue, y compris médicale, contribue à l'actualisation et à l'amélioration des compétences des personnels.	L'établissement engage des moyens très significatifs dans la formation continue de ses personnels, et développe également une politique de promotion professionnelle. Il a formalisé une charte de la formation continue, ainsi qu'une procédure diffusée et connue des personnels. Le personnel médical est particulièrement engagé dans l'enseignement médical à destination du personnel paramédical.	B
9 d	L'évaluation des personnels est mise en œuvre.	L'établissement a conçu un dispositif original d'évaluation sous forme d'un livret d'évolution professionnelle qui valorise les compétences acquises ou démontrées par l'agent, et constitue un outil innovant de gestion des ressources humaines. Il a engagé un effort important de formation du personnel d'encadrement à ce dispositif, dont la mise en œuvre a rencontré des freins auprès des instances. Après une phase de concertation, et le besoin d'une formation complémentaire exprimée, l'utilisation est prévue en 2006 par les services volontaires.	B
9 e	La gestion administrative des personnels assure la qualité et la confidentialité des informations individuelles.	Des modalités de gestion sont définies, diffusées, appropriées et appliquées par l'ensemble des gestionnaires du personnel. Elles garantissent les principes de disponibilité, d'intégrité, de confidentialité et de sécurité des dossiers du personnel.	A

B – FONCTIONS HÔTELIÈRES ET LOGISTIQUES

Réf 10	Les fonctions hôtelières assurées par l'établissement ou externalisées sont adaptées aux besoins et aux attentes du patient et de son entourage.		Cotations
10 a	Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité du patient.	Les locaux et l'organisation des soins permettent le respect de l'intimité et de la dignité du patient tout au long de sa prise en charge et dans tous les secteurs de l'établissement. Les professionnels sont formés et sensibilisés sur ce thème.	A
10 b	Les conditions d'hébergement des personnes handicapées ou dépendantes sont adaptées.	Les locaux et l'organisation des soins sont adaptés aux besoins des patients handicapés ou dépendants dans l'ensemble des secteurs d'activité interne à l'établissement. Dans les structures psychiatriques extrahospitalières, ces conditions ne sont pas optimales. Les professionnels sont formés et sensibilisés à la spécificité de cette prise en charge.	B
10 c	La prestation restauration répond aux besoins nutritionnels spécifiques, et prend en compte les préférences et les convictions du patient.	Les besoins nutritionnels spécifiques, les préférences et les convictions sont identifiés et pris en compte. Les professionnels des différents secteurs y contribuent de façon coordonnée. Les professionnels de santé font remonter quelques erreurs entre les commandes et les réceptions de certains plats spécifiques liés à un régime.	B
10 d	Des solutions d'hébergement et de restauration sont proposées aux accompagnants.	Des possibilités d'hébergement et de restauration sont offertes aux accompagnants. Celles-ci sont connues des professionnels, des patients et de leur entourage.	A

Réf 11	Les fonctions logistiques, assurées par l'établissement ou externalisées, sont organisées pour assurer la maîtrise de la qualité et de la sécurité des prestations.		Cotations
11 a	La qualité et l'hygiène de la restauration sont assurées.	Une évaluation externe permet de vérifier l'existence d'un système d'assurance qualité de la restauration. À défaut, le système d'assurance qualité comporte l'existence d'une démarche HACCP, de protocoles et d'audits. La distribution est organisée. L'établissement assure l'adaptation des prestations aux attentes des patients.	A
11 b	La qualité et l'hygiène en blanchisserie, et dans le circuit traitement du linge, sont assurées.	Un programme qualité est assuré par l'application des protocoles établis à toutes les étapes de la blanchisserie interne à l'établissement. Celui-ci assure la formation des personnels et la diffusion des protocoles. Il n'existe cependant pas de contrôle du linge à périodicité définie. Si les protocoles de tri du linge sont respectés et les circuits formalisés, il reste nécessaire de revoir l'organisation des différents sites de stockage intermédiaire du linge sale, commun avec le stockage des différents déchets (ménagers et de soins) pour des raisons liées à des contraintes architecturales.	B
11 c	Le transport du patient entre les secteurs d'activité internes et/ou externe de l'établissement permet la continuité des soins, le respect concernant la dignité, la confidentialité et la sécurité, notamment l'hygiène.	La fonction transport (interne et externe) est organisée et le personnel est formé dans le but d'assurer l'hygiène, la continuité des soins et le respect des droits du patient.	A

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

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

Réf 13	Un système de management de la qualité est en place.		Cotations
13 a	L'écoute des patients est organisée.	L'établissement dispose d'une organisation permettant le recueil et l'analyse des besoins, des attentes, de la satisfaction et des plaintes des patients. Ce système permet la mise en place d'actions d'amélioration.	A
13 b	Le programme d'amélioration continue de la qualité comporte des objectifs précis, mesurables dans le temps.	Il n'existe pas de programme d'amélioration de la qualité intéressant l'ensemble de l'établissement, mais chaque secteur d'activité a élaboré et mis en œuvre des actions d'amélioration en fonction d'objectifs déterminés en particulier pour répondre aux obligations réglementaires.	B
13 c	Le programme d'amélioration continue de la qualité prend en compte les résultats issus de différentes formes d'évaluation internes et externes.	Il n'existe pas de programme global d'amélioration continue de la qualité ; cependant chaque action d'amélioration mise en œuvre dans l'établissement tient compte des résultats issus des évaluations réalisées dans les secteurs d'activité internes et externes.	B
13 d	La formation des professionnels à la qualité est assurée.	L'établissement analyse les besoins de formation à la qualité et met en œuvre une formation adaptée aux besoins du programme qualité.	A
13 e	Le déploiement de la démarche et des actions qualité dans les secteurs d'activité est organisé.	L'établissement met en œuvre les actions permettant le déploiement de la démarche qualité dans les secteurs d'activité. Des référents par secteurs sont identifiés et leurs responsabilités clarifiées. Des actions sont conduites dans les différents secteurs.	A
13 f	La gestion documentaire est organisée.	L'établissement a organisé son système de gestion documentaire. L'ensemble des professionnels est formé à l'utilisation de ce système. Ce système permet un accès facile à l'information.	A
13 g	Le suivi du programme d'amélioration de la qualité est assuré.	Des dispositions sont en place pour assurer le suivi des actions mises en œuvre dans les secteurs d'activité. Cependant la formalisation d'une politique globale permettrait de coordonner le suivi et d'organiser la communication.	B

Réf 14	La gestion des risques est organisée et coordonnée.		Cotations
14 a	Les informations relatives aux risques sont rassemblées et organisées.	Des responsables désignés ont mis en place une organisation permettant d'avoir une lisibilité des risques et de définir des priorités. Ils assurent le suivi des bilans de déclarations d'incidents et/ou d'accidents relatifs aux risques hospitaliers. Une veille réglementaire est opérationnelle. L'absence de programme global de gestion des risques rend plus difficile le regroupement des informations et la diffusion de l'information.	B
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 enquêtes sont régulièrement menées par les différents responsables associés aux instances. Les modalités de définition de diminution des risques et le programme d'actions sont à définir en fonction d'une politique globale de gestion des risques qu'il reste à formaliser.	B
14 e	La gestion d'une éventuelle crise est organisée.	Une organisation est en place pour faire face à une situation de crise : cellule de crise, circuits d'alerte, formation des professionnels, scénarios de crise, exercices de crises, modalités de communication. Elle est connue des professionnels.	A
14 f	L'organisation des plans d'urgence pour faire face aux risques exceptionnels est en place.	L'établissement est organisé pour faire face aux risques exceptionnels. Les plans d'urgence sont formalisés et actualisés ; les professionnels connaissent les modalités de mise en œuvre et leur rôle dans le dispositif par la formation et la participation à des simulations. Des actions de communication complètent cette organisation.	A

Réf 15	Un dispositif de veille sanitaire est opérationnel.		Cotations
15 a	Les procédures à mettre en œuvre en cas d'événement indésirable sont en place et sont connues des professionnels.	L'établissement a défini les procédures à mettre en œuvre en cas d'événement indésirable. Les responsabilités sont identifiées. Les procédures sont connues des professionnels ; toutefois leur appropriation par le personnel n'a pas été évaluée.	B
15 b	La traçabilité des produits de santé est assurée.	L'établissement respectant la réglementation, a défini les modalités de traçabilité des produits de santé et les met en œuvre. Les responsabilités sont définies, les responsables désignés. Les professionnels sont formés à l'application des exigences en termes de traçabilité. La fiabilité et l'exhaustivité ne sont pas évaluées.	B
15 c	Une organisation permettant de répondre à une alerte sanitaire concernant les produits de santé est en place.	L'établissement a mis en place une organisation permanente lui permettant de répondre à une alerte sanitaire concernant les produits de santé. Les responsabilités sont définies et les professionnels concernés, formés.	A
15 d	La coordination des vigilances entre elles et avec le programme global de gestion des risques est assurée.	Les vigilances sont opérationnelles et la gestion des risques est organisée. Il n'y a cependant pas de coordination formalisée des vigilances et de la gestion des risques. Chaque vigilant organise le fonctionnement et le suivi du secteur dont il a la charge. Les modalités de partage des méthodes et de l'information ne sont pas définies.	B
15 e	Une coordination est assurée entre l'établissement et les structures régionales et nationales de vigilances.	L'établissement a mis en place une organisation assurant la coordination des vigilances avec les structures régionales et nationales de vigilance.	A

D – QUALITÉ ET SÉCURITÉ DE L'ENVIRONNEMENT

Réf 16	Un programme de surveillance et de prévention du risque infectieux, adapté au patient et aux activités à risque, est en place.		Cotations
16 a	Les patients et les activités à risque infectieux sont identifiés et un programme de surveillance adapté est en place.	Une identification des patients et des activités à risque, dans ce type d'établissement, a été réalisée et un programme de surveillance est mis en œuvre. Son suivi est assuré.	A
16 b	Une formation de l'ensemble des professionnels à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux spécifique à la prise en charge est assurée.	L'établissement a organisé pour l'ensemble du personnel une formation régulière adaptée aux besoins spécifiques de la prise en charge, actualisée sous la direction du CLIN et régulièrement évaluée.	A
16 c	Des protocoles ou procédures de maîtrise du risque infectieux, validés, sont utilisés.	Il existe des protocoles et procédures de maîtrise du risque infectieux, validés par le CLIN, adaptés aux activités de l'établissement. Leur utilisation est évaluée.	A
16 d	Le bon usage des antibiotiques, dont l'antibioprophylaxie, est organisé.	Des règles de bonnes pratiques sont en place et diffusées, concernant l'usage des antibiotiques et l'antibioprophylaxie. Elles font l'objet d'une actualisation régulière.	A
16 e	Un programme de prévention et de prise en charge des infections touchant les professionnels, y compris les professionnels temporaires et les étudiants, est établi en concertation avec la médecine du travail.	Le risque infectieux des professionnels(y compris étudiants, stagiaires et intérimaires) est évalué à périodicité définie, et un programme concerté de prévention et de prise en charge des infections est élaboré et mis en œuvre. Le programme de vaccinations par le médecin du travail doit inclure le suivi des médecins conformément à la réglementation.	B
16 f	Le signalement des infections nosocomiales est organisé et opérationnel.	Le dispositif de signalement des infections nosocomiales est opérationnel. Les professionnels de l'établissement le connaissent. Il repose sur la formation et l'information de tous les professionnels de l'établissement.	A
16 g	Un dispositif permettant l'alerte, l'identification, la gestion d'un phénomène épidémique est en place.	Une information et une formation de l'ensemble des professionnels permettent de connaître le dispositif (alerte, identification et gestion) mis en place face à un phénomène épidémique. Des mesures préventives permettent d'éviter la survenue ou la récurrence d'un tel phénomène.	A

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

Réf 18	La gestion des risques liés à l'environnement, hors infrastructures et équipements, est assurée.		Cotations
18 a	L'hygiène des locaux est assurée.	L'établissement a mis en place une démarche permettant d'assurer l'hygiène des locaux, basée sur l'adaptation des pratiques de nettoyage des locaux en fonction du risque. Les personnels concernés sont formés. Des contrôles et des évaluations sont effectués et des actions d'amélioration mises en œuvre.	A
18 b	La maintenance et le contrôle de la qualité de l'eau sont adaptés à ses différentes utilisations.	L'établissement a mis en place une démarche permettant d'assurer la qualité de l'eau dans ses différentes utilisations, basée sur l'application des normes de sécurité, la formation des personnels, la mise en œuvre de contrôles périodiques et des actions d'amélioration.	A
18 c	La maintenance et le contrôle de la qualité de l'air sont adaptés aux secteurs d'activité et aux pratiques réalisées.	L'établissement a mis en place une démarche permettant d'assurer la qualité de l'air, adaptée aux secteurs d'activité et aux pratiques réalisées. Elle est basée sur l'application des normes de sécurité, la formation des personnels, la mise en œuvre de contrôles périodiques et des actions d'amélioration.	A
18 d	L'élimination des déchets, notamment d'activité de soins, est organisée.	Une organisation d'élimination des déchets est en place, avec tri sélectif assuré, circuits définis et respectés et transport interne sécurisé. Cependant, si le stockage final est organisé en respectant toutes les règles d'hygiène et de sécurité, l'organisation des différents sites de stockage intermédiaire communs aux différents déchets (ménagers et de soins) et au linge sale n'est pas optimale. En effet les sacs de linge sale et les sacs à déchets sont stockés puis transportés dans un même container, non hermétique, jusqu'au lieu de stockage final. Les professionnels sont formés, des mesures de protection sont en place.	C
18 e	Le CLIN et l'équipe opérationnelle d'hygiène sont associés à tout projet pouvant avoir des conséquences en termes de risque infectieux.	Tout nouveau projet d'aménagement des locaux, d'équipement matériel ou de réorganisation est soumis à la consultation du CLIN pour en apprécier les risques infectieux. Une coordination des acteurs, intégrant l'EOHH est mise en place.	A

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

Réf 20	La sécurité des biens et des personnes est assurée.		Cotations
20 a	La conservation des biens des patients et des professionnels est organisée.	Des dispositions, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement, sont mises en œuvre pour assurer la conservation des biens des patients et des professionnels.	A
20 b	Des mesures préventives pour assurer la sécurité des personnes sont mises en œuvre.	L'établissement a mis en œuvre les mesures préventives de sécurité des personnes dans tous les secteurs.	A
20 c	Des dispositions d'alerte concernant la sécurité des biens et des personnes sont en place et connues de tous.	Des dispositions d'alerte concernant la sécurité des biens et 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.	Le recueil des connaissances utiles aux utilisateurs est organisé. Les supports et le mode de communication en permettent l'accès aux professionnels.	A
21 b	Les données nécessaires à la prise en charge des patients sont communiquées en temps utile et de façon adaptée aux besoins.	L'organisation permet la mise à disposition des professionnels concernés des données nécessaires aux différents stades de la prise en charge du patient en temps utile et dans les différents secteurs d'activité, sous une forme adaptée aux besoins.	A
21 c	Le système de communication interne permet la coordination des acteurs de la prise en charge en temps voulu.	L'identification, l'organisation et l'adaptation des moyens de communication interne favorisent la coordination en temps voulu des acteurs de la prise en charge du patient.	A
21 d	Les données nécessaires au suivi des activités et au pilotage de l'établissement sont recueillies et transmises aux responsables.	Le recueil et la transmission aux responsables des données nécessaires au suivi des activités et du pilotage de l'établissement, sont partiels du fait de difficultés rencontrées au niveau des logiciels utilisés. De nombreuses données sont recueillies et transmises (pharmacie, services hôteliers, service des admissions...) dès à présent et l'établissement a programmé la mise en place d'outils plus efficaces pour atteindre l'objectif fixé.	B
21 e	Le contrôle qualité des données est en place.	Le contrôle de qualité des données est en place dans un certain nombre de domaines (pharmacie, cotation des dossiers...). Il est réalisé de façon directe ou indirecte. Cette seconde façon de procéder est progressivement remplacée par un contrôle direct étendu à toutes les données.	B

Réf 22	Une identification fiable et unique est assurée.		Cotations
22 a	Une politique d'identification du patient est définie.	À partir d'un état des lieux, l'établissement a défini une politique d'identification du patient et les responsables chargés de sa mise en œuvre et de son suivi.	A
22 b	Des procédures de contrôle de l'identification du patient sont mises en œuvre.	Il existe des procédures de contrôle de l'identification du patient tout au long de sa prise en charge. Elles sont diffusées, mises en œuvre et évaluées.	A
22 c	Lorsque l'établissement échange des données personnelles de santé avec une autre structure sanitaire, il veille à mettre en concordance les identités que les deux structures utilisent (rapprochement).	Des procédures visant à réduire le risque d'erreur d'identité lors du transfert d'un patient vers une autre structure existent. Leur mise en œuvre ne fait pas l'objet d'un suivi et il n'y a pas d'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.	Les questions de sécurité concernant le système d'information font l'objet de débats au sein des différentes instances qui ont à en connaître. Des mesures sont prises pour améliorer la sécurité du système d'information. L'évaluation de ces mesures n'est pas effective.	B
23 c	Les traitements de données à caractère personnel dont l'objet des démarches et formalités prévues par la législation informatique et libertés.	Les démarches et formalités prévues concernant les déclarations à la CNIL et l'information du patient sont réalisées.	A

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

CHAPITRE III
PRISE EN CHARGE DU PATIENT

A – ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET MANAGEMENT DES SECTEURS D'ACTIVITÉ

Réf 25	Les responsables des secteurs d'activité exercent pleinement leur rôle.		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
25 a	Les responsables prévoient les évolutions de leur secteur d'activité en cohérence avec les choix stratégiques de l'établissement.	Les responsables de chaque secteur d'activité élaborent un projet qui s'inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement.	A	A	A	A	A
25 b	Les responsables organisent les activités de leur secteur et identifient les moyens nécessaires à leur réalisation.	Dans chaque secteur d'activité, les responsables sont identifiés, les projets définis et un organigramme est formalisé. Un suivi des activités est réalisé annuellement dans chaque secteur. Des enveloppes budgétaires par service ne sont pas notifiées aux différents secteurs d'activité, mais un suivi des dépenses médicales par service est effectué, et les résultats sont communiqués périodiquement aux responsables médicaux et paramédicaux.	B	B	B	B	B
25 c	Les responsables organisent la complémentarité avec les autres structures et la participation à des réseaux de santé dans leur domaine.	Les responsables des secteurs d'activité définissent ou participent à la définition des champs de complémentarité et de partenariat potentiel. L'organisation mise en place est formalisée et les modes de fonctionnement permettent d'en assurer le suivi.	A	A	A	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.	A	A	A	A	A
25 e	Les responsables motivent les personnels de leur secteur d'activité en favorisant leur adhésion et leur implication.	Les responsables s'impliquent dans le développement de la motivation de leur équipe. Des moyens et mécanismes d'intéressement sont mis en œuvre pour favoriser la motivation tant individuelle que collective.	A	A	A	A	A
25 f	Les responsables veillent à la bonne utilisation des moyens alloués.	Il n'existe pas actuellement de budget de service, ni de tableau de bord par service mettant en rapport l'activité réalisée avec les moyens alloués, mais l'établissement a prévu de déployer	B	B	B	B	B

			Cotations				
		rapidement les outils informatiques nécessaires. Des modalités d'organisation des secteurs d'activité (plannings, procédures) et de coordination régulière sont opérationnelles.					
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	A	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	A	A	A
26 b	Le respect de la dignité et de l'intimité du patient (résidant – <i>USLD</i>) est préservé tout au long de sa prise en charge.	<u>En MCO, SSR et HAD :</u> 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. <u>En psychiatrie et SLD :</u> En psychiatrie le sureffectif de patients amène à doubler voire à tripler les chambres et en SLD la demande de chambres seules ne peut être satisfaite faute de place.	A	B	A	B	A
26 c	La prévention de la maltraitance du patient (résidant – <i>USLD</i>) au sein de l'établissement est organisée.	Les professionnels sont sensibilisés à la prévention de la maltraitance et appliquent les bonnes pratiques notamment en matière de contention. Les situations à risque sont identifiées et un système de signalement est en place.	A	A	A	A	A
26 d	La volonté du patient (résidant – <i>USLD</i>) est respectée.	<u>En MCO, SSR et HAD :</u> 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. <u>En psychiatrie et SLD :</u> On ne retrouve pas toujours la trace du consentement éclairé en psychiatrie et en SLD ; les patients n'étant pas toujours à même de le parapher.	A	B	A	B	A
26 e	La formation des professionnels à l'écoute et au respect des droits du patient est organisée.	Il n'y a pas de formation spécifique du personnel à l'écoute et au respect de droits du patient. Une sensibilisation est faite par l'équipe mobile de soins palliatifs qui intervient à la demande	B	B	B	B	B

		Cotations					
		des équipes. Un plan de formation sur ce thème est envisagé pour 2006.					

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.	<p><u>En psychiatrie et HAD :</u> Les informations concernant les besoins et les attentes du patient sont recherchées, rassemblées aux moments d'accueil et sont disponibles.</p> <p><u>En MCO, SSR et SLD :</u> Les besoins, spécificités et volontés des patients sont identifiés, font l'objet de recueil et sont tracés dans le dossier de soins informatisé. La coordination des professionnels s'effectue autour de ce dossier, et sur la base de fiche de liaison et transfert en cours d'amélioration. L'intégration des données au dossier médical et non plus seulement au dossier de soins n'est pas optimale.</p>	B	A	B	B	A
27 b	Le patient (résident – USLD) reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de son séjour.	Les conditions de l'accueil, la sensibilisation du personnel et les supports d'information font que les patients reçoivent une information claire et adaptée sur les conditions de son séjour.	A	A	A	A	A
27 c	L'accueil et les locaux sont adaptés aux handicaps du patient (résident – USLD) et/ou de son entourage.	<p>L'établissement qui a bénéficié très récemment de multiples restructurations, offre une configuration et des moyens adaptés aux handicaps du patient dans l'ensemble des secteurs d'activité intra-muros (architecture, signalisation, système antifugue...).</p> <p><u>En MCO, SSR, SLD :</u> L'établissement s'organise pour rendre l'ensemble des secteurs d'activité concernant le patient accessible aux handicapés.</p> <p><u>En psychiatrie :</u> Dans les structures psychiatriques extrahospitalières, les conditions d'accès des personnes handicapées restent à améliorer, même si les professionnels de ces unités sont particulièrement attentifs à la prévention des risques.</p>	A	B	A	A	NA

			Cotations				
27 d	La permanence de l'accueil est organisée.	Les règles gérant l'accueil sont définies et assurent une réponse permanente et adaptée aux différents types de prise en charge.	A	A	A	A	NA
27 e	Une procédure spécifique d'accueil des détenus est organisée dans les établissements concernés.	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Réf 28	La prise en charge du patient se présentant pour une urgence est organisée.		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
28 a	L'accueil de toute personne se présentant pour une urgence est organisé par des professionnels formés à cet effet.	L'accueil des patients au service des urgences est organisé par un personnel dédié, formé et identifié.	A	A	NA	NA	NA
28 b	Selon le degré d'urgence, une prise en charge, une réorientation ou un transfert est organisé dans un délai compatible avec les impératifs de sécurité.	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	A	NA	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	NA	NA	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	NA	NA	NA

Réf 29	L'évaluation initiale de l'état de santé du patient (résident – USLD) donne lieu à un projet thérapeutique personnalisé, ajusté tout au long de sa prise en charge (son séjour – USLD).		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
29 a	Le patient (résident – USLD) et, s'il y a lieu, son entourage sont partie prenante dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique.	<p><u>En SSR et HAD :</u> Une organisation formalisée impliquant le patient et, le cas échéant son entourage, dans l'élaboration et le suivi de son projet thérapeutique est mise en œuvre dans chaque secteur d'activité. Le point de vue du patient et de son entourage s'il y a lieu est systématiquement tracé dans le dossier du patient.</p> <p><u>En MCO, psy et SLD :</u> L'élaboration d'un projet thérapeutique est de pratique habituelle dans l'établissement. Le point de vue des patients est pris en compte mais sans enregistrement au dossier du patient.</p>	B	B	A	B	A
29 b	Les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures sont accessibles 24 heures/24.	<p><u>En SLD et HAD :</u> Une organisation assure l'accès 24 heures/24 à l'ensemble des données antérieures.</p> <p><u>En MCO, psy et SSR :</u> La concomitance de données enregistrées sur papier et d'autres sur informatique fait que durant cette période transitoire liée à une informatisation progressive du dossier du patient toutes les données résultant d'hospitalisations antérieures ne sont pas toujours accessibles 24 heures/24. Cette situation tend à disparaître avec l'informatisation actuellement phase d'extension à tous les services.</p>	B	B	B	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	A	A	A

			Cotations				
29 d	La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient (résidant – <i>USLD</i>).	L'analyse bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique. Elle n'est pas toujours tracée au dossier du patient.	B	B	B	B	NA
29 e	Lorsqu'une restriction de liberté de circulation est envisagée dans l'intérêt du patient (résidant – <i>USLD</i>), celle-ci fait l'objet d'une réflexion en équipe et d'une prescription écrite réévaluée à périodicité définie, et d'une information au patient (résidant – <i>USLD</i>) et à son entourage.	Les situations de restriction de liberté de circulation sont identifiées et font l'objet d'une réflexion de l'équipe de soins, tracée dans le dossier du patient et d'une prescription écrite réévaluée à périodicité définie.	A	A	A	A	NA
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>)	<p><u>En psy, SSR, SLD et HAD :</u> L'ensemble des professionnels tracent leurs observations dans le dossier du patient et se coordonnent pour ajuster de façon régulière le projet thérapeutique.</p> <p><u>En MCO :</u> Les raisons qui ont prévalu pour modifier ou adapter le projet thérapeutique ne sont pas toujours tracées au dossier du patient. Les prescriptions qui en découlent sont, elles, toutes tracées et mises en œuvre sans recopiage de la part du personnel soignant du fait du système informatique en place.</p>	B	A	A	A	A

Réf 30	Des situations nécessitant une prise en charge adaptée sont identifiées.		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
30 a	L'état nutritionnel du patient est évalué et ses besoins spécifiques sont pris en compte.	L'état nutritionnel du patient est pris en compte et fait l'objet d'une attention quant à son évaluation. Les moyens dont disposent les équipes notamment en personnel ne permettent pas de toujours passer de l'évaluation des besoins à la mise en œuvre des mesures correctives adaptées.	B	B	B		NA
	<i>USLD</i> – L'équilibre nutritionnel des résidents est assuré en fonction de leurs goûts et habitudes alimentaires.	L'état nutritionnel du patient est pris en compte et fait l'objet d'une attention quant à son évaluation. Les moyens dont disposent les équipes notamment en personnel ne permettent pas de toujours passer de l'évaluation des besoins à la mise en œuvre des mesures correctives adaptées.				B	
30 b	Les conduites addictives sont identifiées et font l'objet d'une prise en charge adaptée.	Les conduites addictives prépondérantes chez les patients sont liées à la consommation d'alcool et de tabac. Les autres conduites addictives sont peu nombreuses. Une prise en charge par de personnel dédié et partagé avec un autre établissement permet la prise en compte de la dimension alcool. L'établissement est conscient qu'il doit renforcer les prises en charge des conduites addictives.	B	B	B	NA	NA
30 c	La maladie thromboembolique fait l'objet d'une prévention dans les situations à risque.	Les patients concernés sont identifiés et font l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique. Des mesures préventives sont prises sans que l'on puisse parler de plan de prise en charge ou de stratégie de prévention.	B	B	B	B	NA
30 d	Les chutes des patients font l'objet d'une prévention.	<u>En MCO, psy, SSR et SLD</u> : 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. <u>En HAD</u> : un risque de chute inhérent à un élément d'architecture interne peu adapté existe. Il est connu des professionnels qui le prennent en compte sans que toutefois une solution vienne résoudre cette difficulté de façon définitive.	A	A	A	A	B

			Cotations				
30 e	Le risque suicidaire est pris en compte.	Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique et un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.	A	A	A	A	A
30 f	Les escarres font l'objet d'une prévention.	Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique et un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.	A	A	A	A	NA
30 g	<i>USLD</i> – Un projet de vie est individualisé pour chaque résident en prenant en compte ses souhaits.	Un projet de vie individualisé pour chaque résident prenant en compte ses souhaits n'est pas réalisé. Des éléments existent et figurent au dossier du patient, mais ils ne sont pas développés et formalisés dans un projet de vie tracé.				C	

Réf 31	Le patient (résident – 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 son séjour. L'évaluation de cette coordination n'est pas réalisée.	B	B	B		B
	USLD – Le résident et/ou les personnes habilitées reçoivent une information coordonnée par les professionnels sur les soins et son état de santé tout au long de son séjour.	La coordination des professionnels permet au patient de recevoir une information cohérente sur ses soins et son état de santé, tout au long de son séjour. L'évaluation de cette coordination n'est pas réalisée.				B	
31 b	Les professionnels délivrent une information adaptée à la compréhension du patient (résident – USLD).	Les informations données au patient sont adaptées à sa compréhension et aux particularités de son état de santé, de sa situation ou de sa prise en charge. Il n'y a pas d'évaluation et de mesure de l'impact sur la compréhension du patient excepté en HAD où cela fait partie intégrale du projet thérapeutique.	B	B	B	B	A
31 c	Le patient (résident – 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.	A	A	A	A	NA
31 d	Le consentement éclairé du patient (résident – USLD) ou de son représentant légal est requis pour toute pratique le concernant.	Le recueil du consentement éclairé est organisé dans tous les secteurs avec la mise à disposition de formulaires adaptés à chaque type de prise en charge., mais on ne retrouve pas systématiquement la trace de l'information donnée, préalable à la demande de consentement éclairé.	B	B	B	B	NA
31 e	Un consentement éclairé (résident – 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 leur bénéfice-risque. Le recueil écrit systématique du consentement éclairé est réalisé dans certaines situations connues des professionnels.	A	A	A	A	NA
31 f	Le patient (résident – USLD) est informé	Il n'y a pas de modalités définies d'information du patient	B	B	B	B	NA

		Cotations					
	de la survenue d'un événement indésirable lors de sa prise en charge.	durant son séjour ou après sa sortie concernant la survenue d'un événement indésirable. Cependant en cas d'incident pendant son séjour il est tenu au courant de façon informelle.					

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.	<p>L'équipe mobile de soins palliatifs est la clé de voûte de l'organisation mise en place par l'établissement dans la prévention et la prise en charge de la douleur, l'une de ses missions étant d'intervenir sur appel des services. Elle a formalisé un projet transversal ensemble contre la douleur qui a été présenté dans chaque unité de soins.</p> <p><u>En SSR et SLD :</u> 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.</p> <p><u>En MCO et psy :</u> Les formations, la méthode et l'organisation se généralisent progressivement à l'ensemble de ces secteurs d'activité. Un référent douleur est en cours de désignation dans chaque unité de soins. Un CLUD, groupe pluriprofessionnel, a été constitué ; son organisation est en cours.</p>	B	B	A	A	NA
32 b	Le patient (résident – USLD) est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement.	<p><u>En SSR et SLD :</u> 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.</p> <p><u>En MCO et psy :</u> Dans ces secteurs d'activité, l'information du patient et/ou de son entourage est réalisée. Des outils de mesure validés et adaptés sont mis à disposition des professionnels. Une mesure de la satisfaction est réalisée au travers des questionnaires de sortie. La traçabilité de la mesure et du suivi de la douleur dans le dossier de soins informatisé n'est pas généralisée.</p>	B	B	A	A	NA

			Cotation				
32 c	Les professionnels sont formés à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur.	<p><u>En MCO, SSR et SLD :</u> 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.</p> <p><u>En psy :</u> Une extension est programmée à ce secteur pour le début de l'année 2006.</p>	A	B	A	A	NA
32 d	La disponibilité des traitements prescrits est assurée en permanence.	La coordination entre la pharmacie et les secteurs d'activité et les règles internes aux secteurs d'activité permettent une dispensation et un approvisionnement en permanence des traitements antalgiques.	A	A	A	A	NA

Réf 33	La continuité des soins est assurée.		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
33 a	Des règles de responsabilité, de présence, et de concertation sont mises en œuvre pour assurer la continuité des soins.	La continuité des soins dans le secteur d'activité et entre secteurs d'activité est assurée grâce à une organisation concertée fixant les responsabilités et planifiant la présence de professionnels.	A	A	A	A	A
33 b	La coordination entre les équipes médicales et paramédicales est organisée.	L'organisation des transmissions d'information entre les équipes médicales et paramédicales permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre elles.	A	A	A	A	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	A	A	NA

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	A	A	A
34 b	L'information contenue dans le dossier du patient (résident – USLD) est accessible aux professionnels en charge du patient (résident – USLD), en temps utile.	<p><u>En MCO, SSR et SLD :</u> 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.</p> <p><u>En psy et HAD :</u> L'accès au dossier du patient peut être rendu difficile en dehors des heures ouvrables dans la mesure où l'informatisation du dossier du patient en cours n'est pas encore conduite à son terme.</p>	A	B	A	A	B
34 c	Tout acte diagnostique et/ou thérapeutique fait l'objet d'une prescription écrite, datée et signée.	<p><u>En psy, SSR et HAD :</u> Les prescriptions sont écrites, datées et signées pour tous les actes le nécessitant.</p> <p><u>En MCO :</u> Pour les secteurs dotés d'une prescription informatisée, le code médecin a valeur de signature et les dates et heures sont automatiquement renseignées. Lorsque les prescriptions sont manuscrites il peut arriver qu'elles ne soient pas signées.</p>	B	A	A	A	NA
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).	C'est moins l'information du patient et/ou de son entourage que la trace au dossier de cette information qui fait défaut. Toutefois, lorsque l'information est potentiellement source de répercussions importantes dans la prise en charge elle est tracée au dossier : refus de soins, organisation d'une sortie... L'établissement devra généraliser la traçabilité de l'information délivrée sur l'état de santé du patient.	C	B	C	C	B

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

Réf 36	Les circuits du médicament et des dispositifs médicaux stériles sont organisés en concertation entre les professionnels de la pharmacie et ceux des autres secteurs (des USLD – USLD).		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
36 a	Les conditions de prescription, de validation, de dispensation et d'administration des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont maîtrisées afin de réduire le risque iatrogène évitable.	Le circuit du médicament/des dispositifs médicaux stériles est organisé, par étape, interfaces incluses. Sa sécurisation permet la prévention des événements indésirables évitables.	A	A	A	A	NA
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.	Le service de la pharmacie sous l'impulsion du pharmacien chef de service conduit un travail de validation des prescriptions et de contrôle de l'adéquation aux indications, du respect des contre-indications et des interactions. Toutefois le manque d'outils actualisés et validés de type banque de données rend ce travail très lourd et dépendant des seuls savoirs des professionnels.	B	B	B	B	NA
36 c	L'administration du médicament au patient (résident – USLD) est conforme à la prescription et fait l'objet d'une traçabilité.	La conformité de l'administration du médicament à la prescription est assurée par les professionnels habilités. Sa traçabilité est réalisée.	A	A	A	A	NA
36 d	Les informations sur les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont à la disposition des utilisateurs.	Les responsables de la pharmacie délivrent aux professionnels des informations validées et actualisées sur les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux et mettent à disposition des patients des informations adaptées à leur état de santé.	A	A	A	A	NA
36 e	Les demandes urgentes de médicaments peuvent être satisfaites à tout moment.	Il existe une organisation concertée et connue de tous les professionnels pour satisfaire à tout moment les demandes urgentes de médicaments.	A	A	A		NA
	USLD – Les demandes urgentes de médicaments, formulées par les USLD, peuvent être satisfaites à tout moment.	Il existe une organisation concertée et connue de tous les professionnels pour satisfaire à tout moment les demandes urgentes de médicaments.				A	

Réf 37	Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle fait l'objet d'une organisation formalisée, élaborée par les professionnels concernés, validée par les instances de l'établissement et connue de tous.		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
37 a	Les activités interventionnelles, traditionnelles et ambulatoires, sont planifiées et organisées en concertation avec les professionnels des secteurs d'activité clinique et en intégrant la prise en charge des éventuelles activités d'urgence.	Un conseil de bloc a été mis en place et s'appuie sur une charte de bloc connue et respectée des professionnels. Une concertation interprofessionnelle hebdomadaire permet l'organisation de la planification opératoire prenant en compte les contraintes internes, les possibilités d'accueil et les typologies des patients. La définition et le suivi d'indicateurs, après l'ouverture de la quatrième salle de bloc opératoire en cours de construction, permettront de finaliser cette organisation.	B	NA	NA	NA	NA
37 b	Afin d'assurer la continuité de la prise en charge pré-, per et postinterventionnelle du patient, les différents professionnels concernés assurent, à chaque étape, une transmission précise, orale et écrite, des informations.	Les informations pertinentes sont identifiées et leur transmission est assurée en pré-, en per- et en postopératoire auprès des professionnels concernés, du patient et de son entourage.	A	NA	NA	NA	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 recherchés. Un dispositif de signalement connu des professionnels est en place. Il est en cours de restructuration pour améliorer l'exhaustivité des signalements. Des actions correctives sont mises en place si besoin.	B	NA	NA	NA	NA
37 d	Les compétences professionnelles au sein des secteurs d'activité interventionnelle sont régulièrement évaluées.	Les qualifications requises pour l'exercice dans les secteurs interventionnels sont identifiées. Des actions de formation permanente ou continue au regard de l'évolution des techniques sont mises en œuvre. L'évaluation régulière de ces compétences, au regard des activités interventionnelles pratiquées n'est pas mise en œuvre.	B	NA	NA	NA	NA

Réf 38	Le don d'organe ou de tissus à visée thérapeutique est organisé.		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
38 a	La participation de l'établissement aux activités ou à un réseau de prélèvement d'organes et de tissus est définie.	La participation de l'établissement à un réseau de prélèvement est en cours de négociation pour une mission de repérage et de prise en charge de patients susceptibles d'être en état de mort encéphalique, en partenariat avec le centre hospitalier de Valenciennes, reconnu comme centre préleveur. Le dispositif n'est pas encore formalisé. Des référents internes ont été identifiés, et un programme de formation prévu. La procédure de consultation du registre national d'opposition est déjà diffusée.	B	NA	NA	NA	NA
38 b	Une information sur le don d'organes ou de tissus est disponible pour le public.	L'établissement a inclus dans son livret d'accueil une information sur le dispositif législatif et réglementaire relatif au don d'organes, mais ne dispose pas d'affiches ou de plaquettes spécifiques d'information. L'établissement devra renforcer l'information donnée au public sur le don d'organes.	C	C	C	C	NA
38 c	Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes ou de tissus.	Les professionnels sont informés et formés aux enjeux concernant les dons d'organes ou de tissus.	A	A	A	A	A
38 d	Les prélèvements d'organes ou de tissus sont réalisés conformément aux règles de bonnes pratiques.		NA	NA	NA	NA	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	A	A	NA
39 b	La prise en charge du patient associe les professionnels des secteurs d'activité clinique et de rééducation et de soutien ; l'information réciproque et la collaboration sont effectives.	L'information réciproque et la coordination des professionnels sont organisées en vue d'une collaboration effective dans la prise en charge du patient et sont tracées dans son dossier.	A	A	A		NA
	USLD – La prise en charge pluriprofessionnelle du résidant associe les professionnels des USLD et ceux de la rééducation et du soutien psychologique.	L'information réciproque et la coordination des professionnels sont organisées en vue d'une collaboration effective dans la prise en charge du patient et sont tracées dans son dossier.				A	
39 c	La prise en charge du patient (résidant – USLD) est évaluée régulièrement par l'équipe pluriprofessionnelle et rajustée si besoin.	L'évaluation régulière des résultats des activités de rééducation et/ou de soutien conduit l'équipe pluridisciplinaire à réajuster la prise en charge si besoin.	A	A	A	A	A

Réf 40	L'éducation du patient (résident – USLD) sur son état de santé, son traitement et les questions de santé publique susceptibles de le concerner est assurée.		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
40 a	Un programme d'éducation thérapeutique adapté à son état est mis en place en veillant à la compréhension du patient (résident – USLD).	Une organisation permet de faire bénéficier le patient d'une éducation adaptée à son état de santé. Cette éducation vise l'appropriation des pratiques et l'acquisition des compétences utiles pour améliorer son autonomie dans la gestion de sa maladie et de son traitement.	A	A	A	A	A
40 b	L'entourage du patient est associé aux actions d'éducation, le cas échéant.	<u>En psy, SSR et HAD :</u> Une organisation permet d'associer, de façon adaptée, l'entourage aux actions d'éducation thérapeutique du patient. <u>En MCO :</u> Les actions d'éducation sont délivrées en fonction des besoins, de façon aléatoire faute de moyens. Elles ne sont pas formalisées et ne sont pas toujours tracées dans le dossier du patient.	B	A	A		A
	USLD – L'entourage et/ou sa famille sont associés aussi souvent que possible à ces actions d'éducation thérapeutique.	En USLD les proches sont associés aux actions d'éducation dans la mesure du possible cependant il n'y a pas de programme spécifique ni de responsables identifiés.				B	
40 c	Une éducation aux questions de santé publique est délivrée au patient (résident – USLD) selon le cas.	L'établissement a adhéré récemment au programme « hôpital sans tabac », mais rencontre beaucoup de résistances à sa mise en place en particulier en psychiatrie. Certains thèmes de santé publique sont abordés, mais de façon informelle. Il n'y a pas de réelle organisation de l'éducation pour la santé.	C	C	C	C	C

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 et son entourage, en tenant compte de ses besoins de soins et de ses besoins sociaux, l’assistante sociale se mettant rapidement en relation avec les structures d’aval et/ou les services communautaires. La participation du médecin traitant, reste quant à elle, peu effective.	B	B	B		NA
	USLD – Le résidant, l’entourage et le médecin traitant qu’il désigne, le cas échéant, sont associés à la planification de la sortie.	Les sorties sont très rares. Lorsqu’elle existe, le constat est identique au précédent.				B	
41 b	Le patient est adressé aux professionnels et structures appropriés.	La connaissance des ressources disponibles dans le territoire de santé permet d’adresser le patient aux professionnels et structures appropriés.	A	A	A		NA
	USLD – Le résidant est adressé aux professionnels et structures appropriés en fonction de ses besoins de santé et de ses choix.	La connaissance des ressources disponibles dans le territoire de santé permet d’adresser le patient aux professionnels et structures appropriés.				A	
41 c	Les professionnels assurant l’aval sont informés et associés à la planification de la sortie du patient (résidant – USLD) dans des délais compatibles avec la continuité de la prise en charge.	<u>En psy</u> : Les secteurs d’activité informent et associent en temps utile les professionnels d’aval afin de permettre la continuité de la prise en charge. <u>En MCO et SSR</u> : Les modalités d’information des professionnels d’aval sont mises en place et les documents sont délivrés dans des délais compatibles avec la continuité des soins. Les modalités d’association des professionnels ne sont pas complètement définies, et ne permettent pas toujours des rencontres ou visites préalables.	B	A	B	NA	NA

		Cotation					
41 d	La continuité de la prise en charge est assurée lors du transfert entre établissements.	Les conditions du transfert du patient entre établissements sont adaptées à sa situation. Les professionnels organisent les retours d'information nécessaires pour s'assurer de la continuité de sa prise en charge.	A	A	A	A	NA

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.	<p><u>En MCO, SSR et SLD :</u> La volonté du patient est recueillie et prise en compte.</p> <p><u>En psy,</u> cette situation ne se présente pas : si un patient relève de soins palliatifs il est pris en charge en médecine avec suivi par le psychiatre.</p>	A	NA	A	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	A	A	NA
42 c	La formation des professionnels est organisée.	La formation des professionnels prodiguant des soins palliatifs est assurée.	A	NA	A	A	NA
42 d	Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.	La présence d'une équipe mobile de soins palliatifs pourrait permettre aux professionnels de bénéficier d'un accompagnement psychologique. La prise en compte de ces besoins n'est pas encore actée par les professionnels eux-mêmes. C'est avec le médecin du travail que certains professionnels abordent leurs difficultés psychologiques de façon informelle et privée.	B	NA	B	B	NA

Réf 43	Le décès du patient (résidant – <i>USLD</i>) fait l'objet d'un accompagnement.		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
43 a	Les personnes à prévenir sont contactées en cas d'état critique du patient (résidant – <i>USLD</i>) et/ou en cas de décès.	Le recueil des coordonnées des personnes à prévenir est systématique et une organisation permet de prévenir ces personnes en cas d'état critique et/ou de décès du patient.	A	A	A	A	NA
43 b	Les volontés et les convictions du défunt sont respectées.	Le recueil des volontés et convictions du patient en cas de décès est tracé dans le dossier. Celles-ci sont respectées en cas de décès.	A	A	A	A	NA
43 c	Un accompagnement psychologique de l'entourage est assuré.	Lors du décès du patient, les besoins d'accompagnement psychologique de l'entourage sont identifiés et pris en compte.	A	A	A	A	A
43 d	Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.	Les besoins d'aide psychologique des professionnels confrontés au décès sont identifiés. L'accompagnement psychologique de ces professionnels est réalisé.	A	A	A	A	A

CHAPITRE IV
ÉVALUATIONS ET DYNAMIQUES D'AMÉLIORATION

A – PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Réf 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
44 a	La pertinence des hospitalisations est évaluée.	L'analyse de la pertinence des hospitalisations a été réalisée en service de soins de suite gériatrique. Le projet a bénéficié d'un fort soutien institutionnel et a généré l'implication des acteurs concernés. Le projet a été décrit et les objectifs définis. Une méthode appropriée a été choisie (revue de pertinence), et suite à l'analyse, des actions d'amélioration ont été mises en œuvre. L'établissement a communiqué sur ce thème au travers des différentes instances et réunions pluridisciplinaires. Le suivi de ce projet est programmé pour le début de l'année 2006.	A
44 b	La pertinence des actes à risque est évaluée.	La pertinence des endoscopies bronchiques a été évaluée. L'établissement pour ce faire s'est appuyé sur les données validées de la littérature quant aux indications de l'acte étudié. Le projet a été décrit et les objectifs définis. La méthodologie retenue, l'audit clinique n'a pas permis d'aboutir à des conclusions exploitables en termes d'actions d'amélioration. Une revue de pertinence eut permis une atteinte plus rapide et aisée des objectifs fixés. La démarche évaluative a permis toutefois aux participants de se familiariser avec l'évaluation des pratiques.	B
44 c	La pertinence des prescriptions médicamenteuses est évaluée.	La pertinence des prescriptions n'est pas née dans l'établissement avec la certification V2. Elle constitue une pratique ancienne, bénéficiant d'un soutien institutionnel et implique les acteurs concernés. Le projet a été décrit, des objectifs fixés, une méthodologie appropriée choisie (audit clinique) et un calendrier établi avec suivi du degré d'avancement (diagramme de Gantt). Après une première évaluation fondée sur une grille préalablement établie en référence aux données de la littérature, des mesures d'amélioration ont été proposées, mises en œuvre et leur impact évalué à son tour par un second audit utilisant les mêmes outils. L'évaluation a donc été conduite à son terme.	A
44 d	La pertinence des examens de laboratoire et des examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle est évaluée.	L'établissement a choisi d'évaluer la pertinence : - de l'échocardiographie de stress en médecine ; - de la prescription d'examens d'imagerie abdominale. Dans le cas de l'échocardiographie de stress, la méthode utilisée a été l'audit clinique. Elle a permis de comparer les pratiques aux recommandations de la société française de cardiologie concernant les indications de l'écho-Doppler. Dans le second cas la méthode utilisée a été l'audit de dossiers et les	B

Réf 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques	Cotation
	<p>recommandations celles de la société française de radiologie, en lien avec le préjudice potentiel lié à l'exposition aux rayonnements ionisants.</p> <p>À partir des indicateurs définis, des grilles d'évaluation ont été mises en place.</p> <p>Pour l'échographie de stress les résultats ont été formalisés, et des points d'amélioration identifiés. Des mesures correctives mises en œuvre et un second audit sont en cours.</p> <p>Pour la prescription des examens d'imagerie médicale, la méthode retenue conduit à formaliser des grilles d'évaluation. L'avancement de cette évaluation est moindre en raison notamment du choix d'une méthode non optimale, une revue de pertinence eut permis ici aussi d'aller plus vite dans l'analyse.</p>	

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>Pour chacun des types de prise en charge hormis pour l'HAD l'établissement a identifié des actes, processus et pratiques à risque.</p> <p><u>En MCO : surveillance du site opératoire.</u></p> <p>Ce thème correspond à une priorité du CLIN. La méthodologie retenue est celle de l'enquête d'incidence itérative. Des actions d'amélioration ont été mises en place nonobstant la participation inégale des professionnels médicaux et paramédicaux. Une évaluation est prévue et programmée.</p> <p><u>En psychiatrie : évaluation des conditions de sécurité de la mise en chambre d'isolement.</u></p> <p>Les difficultés rencontrées par les deux services de psychiatrie lors de cette prise en charge au regard de la sécurité du patient. La méthodologie retenue est celle de l'audit clinique ciblé. La participation a revêtu un caractère pluridisciplinaire et transversal. Des actions ont été engagées et leur évaluation conduite.</p> <p><u>SSR : évaluation de l'acte transfusionnel.</u></p> <p>Le petit nombre d'actes transfusionnels réalisés en SSR ainsi que les résultats d'un audit des pratiques rendent le choix pertinent. Des actions de prévention ont été mises en œuvre. Des outils d'évaluation ont été formalisés pour en assurer la traçabilité.</p> <p><u>SLD : évaluation de l'installation, du confort et de la sécurité de la personne âgée mise en contention physique.</u></p> <p>La contention physique de la personne âgée en vue de la prévention des chutes constitue en elle-même une pratique à risque. Un audit clinique ciblé a été conduit. Des actions d'amélioration ont été réalisées, un deuxième audit à distance a permis de mesurer l'impact des mesures prises.</p>	B	A	A	A	

		Cotation				
45 b	L'analyse des événements indésirables et la mise en œuvre des actions de prévention et d'amélioration correspondantes sont assurées.	<p>Pour chacun des types de prise en charge hormis pour l'HAD l'établissement a travaillé sur les thèmes suivants :</p> <p><u>En MCO : désinfection des endoscopes.</u> L' établissement a choisi de travaillé sur l'évaluation de la désinfection des endoscopes. La méthode choisie a été l'analyse des causes. Des actions d'amélioration ont été mises en place. L'évaluation réalisée à périodicité définie atteste de l'efficacité des mesures adoptées.</p> <p><u>En psychiatrie : prise en compte de l'agressivité en psychiatrie.</u> La méthodologie retenue est celle de l'analyse des causes. Un plan d'actions a été défini et progressivement mis en œuvre sans toutefois prendre totalement en considération la gravité et la fréquence des faits. L'évaluation du dispositif reposera sur l'évolution du nombre des déclarations d'événements indésirables.</p> <p><u>En SSR : évaluation du risque d'escarres.</u> La fréquence de la prise en charge des escarres a initié le choix du thème. La méthodologie retenue a fait successivement appel à une enquête de prévalence, une analyse des causes et un audit clinique ciblé. Plusieurs axes d'amélioration ont été identifiés et hiérarchisés avant d'être mis en œuvre. Elles sont déclinées en actions à court, moyen et long terme. Une évaluation est en place.</p> <p><u>En SLD : évaluation de la mise en contention physique des personnes âgées.</u> Si l'établissement avait déjà conscience de ce que la contention de la personne âgée constituait une pratique de soins à risque, il a parallèlement conduit une réflexion collective sur cette pratique. Une analyse des causes a permis d'identifier des causes et d'orienter le choix des thèmes de l'ACC qui a été réalisé dans les deux unités du long séjour et de l'EHPAD. Les axes</p>	A	B	A	A

		Cotation					
		d'amélioration ont été définis. Une évaluation à distance a été réalisée (2 ^e tour de l'ACC).					

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.	L'établissement a conduit neuf évaluations (4 en MCO, 2 en psychiatrie, 1 en SSR, 1 en SLD et 1 en HAD). Le choix des thèmes s'est fait de façon participative, prenant en compte la gravité, la fréquence, mais aussi la faisabilité et l'existence de référentiels ainsi que la possibilité d'améliorations. Ces choix ont été validés par le comité de pilotage. Les thèmes retenus ont été : (1) limiter le risque de réhospitalisation des patients par la préparation de la sortie ; (2) assurer une qualité et une continuité des soins par la bonne tenue du dossier du patient ; (3) la surveillance des sondages urinaires ; (4) surveillance de l'accouchement par le suivi du partogramme ; (5) évaluation et traitement de la douleur des personnes âgées en soins de suite gériatrique et convalescence ; (6) prévention des chutes et des dangers des personnes âgées par l'utilisation de la contention physique ; (7)	A	A	A	A	A
46 b	Les processus et les pratiques liés à la prise en charge sont analysés.						
46 c	Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte.						
46 d	Les objectifs d'amélioration sont définis et les actions mises en œuvre.						
46 e	Les données et indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration.						

		Cotation					
46 f	Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons.	prise en charge hospitalière après une tentative de suicide en psychiatrie ; (8) prescription de la mise en chambre d'isolement, circonstances, indications et contre-indications en psychiatrie ; (9) prise en charge du patient en HAD par la tenue du dossier de soins. La méthode choisie a été l'audit clinique ciblé dans tous les cas dans le cadre d'un partenariat avec l'HAS. Les groupes de travail pluridisciplinaires mis en place ont bénéficié de l'accompagnement méthodologique d'un cadre expert détaché à la cellule qualité. Les recommandations et les données pertinentes de la littérature ont été prises en compte. Elles ont donné lieu à l'élaboration d'outils adaptés à la pratique de l'établissement et à un calendrier prévisionnel pour chaque thème. Après une phase de recueil et d'analyse des données, des objectifs d'amélioration ont été définis et des actions mises en œuvre. Pour chaque thème, les groupes ont défini des indicateurs permettant le suivi. Une deuxième évaluation, comparative à la première a été réalisée, objectivant une amélioration des pratiques professionnelles. Des études comparatives ont été conduites en interne pour certains thèmes. Les comparaisons externes, réalisées dans le cadre de l'expérimentation nationale de l'ACC conduite par l'HAS, ont été possibles pour autant que les résultats des autres établissements concernés étaient disponibles.					

B – RESSOURCES HUMAINES

Réf 47	Une évaluation de la politique des ressources humaines est mise en œuvre.		Cotation
47 a	La réalisation des actions définies dans les orientations stratégiques est mesurée périodiquement dans chacun des domaines de la gestion des ressources humaines.	L'établissement a défini ses objectifs en matière de gestion des ressources humaines, ainsi que les indicateurs pertinents de suivi de sa politique. Les données du bilan social font également l'objet d'un suivi périodique. La mise en œuvre effective des projets de gestion des ressources humaines est contrôlée. Les dysfonctionnements sont régulés. L'évaluation des résultats de la politique mise en œuvre n'est pas formalisée.	B
47 b	La satisfaction des professionnels de l'établissement est évaluée et prise en compte.	Il existe à périodicité définie des enquêtes de satisfaction du personnel ou des audits sociaux dont les résultats sont pris en compte en relation avec les instances et les partenaires sociaux.	A

C – FONCTIONS HÔTELIÈRES ET LOGISTIQUES

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

D – SYSTÈME D'INFORMATION

Réf 49	Une évaluation du système d'information est mise en œuvre.		Cotation
49 a	Les dysfonctionnements du système d'information sont recensés, analysés et traités.	L'établissement distingue les flux d'information sur support papier des flux d'information informatisés (intranet). Si les dysfonctionnements du système d'information sont pris en compte et traités, il n'existe pas encore d'analyse globale de leur survenue. Certains domaines font d'ores et déjà l'objet d'une telle analyse globale, d'autres sont moins avancés. La cellule projet informatique et les réunions de référents travaillent à la mise en place d'une procédure unique de recensement, d'analyse et de traitement des dysfonctionnements du système d'information.	B
49 b	La satisfaction des utilisateurs est évaluée et prise en compte.	L'établissement a développé des outils pour connaître le degré de satisfaction des utilisateurs (rubrique « donnez votre avis » sur le site intranet, enquête de satisfaction en mai 2005). Un progiciel permet de recueillir les demandes des utilisateurs du système informatique directement et lors des réunions des référents informatiques. Ces demandes sont traitées, analysées et satisfaites dans la majorité des cas. L'établissement a pour projet d'évaluer de façon rigoureuse et extensive, la satisfaction des utilisateurs. Cette évaluation prendra place lorsque le système informatique sera mature.	B
49 c	La gestion du dossier du patient est évaluée.	De 2000 à 2004, une évaluation de la tenue du dossier du patient a été faite une fois par an et dans chaque service de soins (sauf maternité et psychiatrie). L'évaluation se faisait d'après une grille issue de l'ANDEM, mais retravaillée localement suite à une formation sur les transmissions ciblées. La méthode employée se veut pédagogique. Les dossiers choisis pour être analysés devaient répondre à certains critères : - le dossier était clôturé ; - le service évaluateur était le dernier service d'hospitalisation du patient ; - les dossiers étaient tirés au hasard par le service des archives (avec toutefois la condition d'une hospitalisation supérieure à 2 jours).	B

E – QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

Réf 50	La mise en œuvre du programme d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques est évaluée.		Cotation
50 a	L'atteinte des objectifs du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est régulièrement évaluée.	L'établissement n'a pas formalisé de programme global d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques. Cependant les secteurs d'activité ont défini des indicateurs permettant d'évaluer leurs objectifs. Les écarts entre les objectifs et les résultats obtenus sont analysés et font l'objet de la mise en œuvre d'actions d'amélioration.	B
50 b	L'efficacité de la gestion des risques et des vigilances est évaluée.	Les vigilances sont opérationnelles, mais leur coordination n'est pas formalisée. Chaque responsable a mis en place des indicateurs régulièrement analysés permettant d'évaluer le dispositif et de mettre en place des actions d'amélioration. Le nombre de déclaration est suivi et analysé. L'avis des professionnels sur les dispositifs de gestion des risques n'est pas recherché.	B
50 c	La maîtrise de la documentation est évaluée.	Les responsables de la qualité ont établi les modalités d'évaluation de la gestion documentaire. Le système documentaire est déployé dans l'ensemble de l'établissement et en particulier accessible en intranet. La satisfaction des professionnels dans l'accès aux documents n'est pas évaluée.	B

Réf 51	La satisfaction du patient et de son entourage est évaluée.		Cotation
51 a	Le recueil de la satisfaction des patients est suivi d'actions d'amélioration.	Il existe un dispositif de recueil et d'analyse de la satisfaction des patients et de leur entourage dont les résultats sont pris en compte dans un plan d'amélioration de la qualité.	A
51 b	Les délais d'attente sont analysés et des actions d'amélioration sont entreprises.	Les délais d'attente font l'objet d'une attention particulière de la part de l'établissement, même si celui-ci ne dispose pas d'un recueil régulier et d'une analyse formalisée. Des actions d'amélioration ont été spontanément entreprises dans certains secteurs.	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, en relation avec la commission des relations avec les usagers. Ce dispositif servira de base à l'établissement lors de l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité.	B
51 d	Les résultats de ces évaluations font l'objet d'échanges avec les représentants des usagers de l'établissement.	Il existe une concertation régulière entre l'établissement et les représentants d'usagers autour des résultats des évaluations concernant la satisfaction des usagers pour définir des priorités d'amélioration.	A

Réf 52	Les relations avec les correspondants externes de l'établissement sont évaluées.		Cotation
52 a	L'établissement évalue les actions mises en œuvre pour impliquer les correspondants.	L'établissement a mis en œuvre de nombreuses actions visant à impliquer les correspondants que ce soit sous forme papier, informatique ou sous forme de réunion de formation. Il en résulte un certain nombre d'améliorations dans la prise en charge des patients. Toutefois l'évaluation des mesures mises en œuvre reste à faire, celle-ci étant à la fois difficile et considérée comme non prioritaire.	B
52 b	La satisfaction des correspondants est évaluée et prise en compte.	La satisfaction des correspondants ne fait pas l'objet d'une évaluation formalisée. Les données prises en compte relèvent plus de l'avis de quelques personnes fussent-elles représentantes de médecins libéraux ou d'infirmières que d'une démarche spécifique. L'établissement devra organiser l'évaluation de la satisfaction des correspondants externes.	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.	L'établissement a mis en œuvre presque tous les projets prévus au plan stratégique. Il effectue les réajustements nécessaires induits par le SROS, l'évolution du dispositif législatif et réglementaire. Il réalise chaque année un rapport d'activité. Les secteurs d'activité ont initié également leur bilan annuel.	B
53 b	La direction et les instances disposent d'éléments permettant les comparaisons avec des établissements similaires.	L'établissement pour effectuer des comparaisons avec des hôpitaux similaires dispose des données diffusées par l'ARH, ainsi que les données nationales sur les coûts des services logistiques et médicotéchniques.	B
53 c	Les résultats font l'objet d'une communication interne.	Une organisation de la communication est en place afin de transmettre régulièrement les résultats de la mise en œuvre des orientations stratégiques aux responsables et aux professionnels concernés.	A

PARTIE 3
COMMENTAIRES SYNTHÉTIQUES

I. Commentaires synthétiques par type de prise en charge

Soins de courte durée

L'histoire de l'établissement marquée par l'abandon d'un projet de nouvel établissement dans les années quatre-vingt a conduit à une politique de développement continu sur site, menée par une direction très dynamique faisant qu'à terme le projet initial a été réalisé dans ses grandes lignes de façon étalée sur une vingtaine d'années.

L'établissement situé centre-ville, se positionne comme un établissement de premier recours et de proximité. Son implantation au sein d'une population marquée par un très fort taux de chômage et une importante précarité le conduit à développer une PASS et à participer à l'accueil et l'aide de personnes désocialisées au travers du « Point d'eau », initiative exemplaire qui permet à l'institution de jouer pleinement son rôle envers une population marginalisée.

Les services administratifs, techniques et médicotechniques apportent aux prises en charge, un support logistique qui permet à l'établissement d'assurer ses missions. L'organisation interne est structurée pour une amélioration de la qualité.

Le dossier du patient unique mis en place lors de la V1, fait l'objet d'un passage réfléchi et progressif à une version informatisée. Les besoins sont analysés et l'appropriation de l'outil assurée. Le dossier de soins informatisé permet de supprimer les recopiations, garantit une traçabilité des actes de soins effectués et contribue à l'amélioration des prescriptions et de leur mise en œuvre. La partie observation médicale est en cours d'informatisation.

Le circuit du médicament et d'une façon plus large la prescription médicamenteuse fait l'objet d'une attention particulière du service pharmacie. Les vigilances sont assurées et opérationnelles. Les circuits des déchets et du linge sale sont à optimiser au niveau des transports internes.

Psychiatrie et santé mentale

La prise en charge des patients en secteur psychiatrique tient compte à la fois de la réglementation et d'une réflexion quotidienne sur la qualité et l'amélioration des pratiques de soins. La V2 a impulsé la mise en place de l'évaluation et conduit les professionnels et la direction à s'interroger sur les conditions d'accueil des patients en termes d'hébergement et de locaux. Des travaux de réaménagement sont programmés sur le site de l'hôpital dans les prochains mois.

L'évaluation de l'agressivité du patient en secteur psychiatrique a mis en exergue un problème sur lequel les professionnels et les instances travaillent. Les patients bénéficient d'une prise en charge adaptée, actualisée et participative sous forme de « contrat thérapeutique ».

Soins de suite et de réadaptation

La prise en charge du patient en secteur de soins de suite est assurée par des responsables et des personnels mobilisés autour de l'amélioration des conditions de vie du patient et de la prévention des risques de chute.

Pour cela, chaque admission est préparée (visite en amont et fiche de liaison) et les situations à risque sont évaluées. L'ensemble des besoins du patient est pris en compte, ses droits et dignité sont respectés. L'accueil et les locaux sont adaptés aux handicaps du patient et de son entourage. Ceux-ci reçoivent des informations adaptées tout au long du séjour, leur permettant d'être partie prenante dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique, même si l'analyse bénéfice-risque prise en compte n'est pas systématiquement tracée dans le dossier, en dehors des prescriptions de restriction de liberté, qui elles le sont.

Les situations spécifiques comme le risque suicidaire, la prévention des escarres et la prise en charge de la douleur sont particulièrement prises en compte.

La prévention des chutes, qui a fait l'objet de la création d'un atelier pour les patients, tenu par des professionnels volontaires, est une activité exemplaire. Il permet non seulement une évaluation régulière des résultats des activités de rééducation, mais aussi une anticipation sur les possibilités d'activité futures du patient.

L'organisation du dossier de soins informatisé permet des prescriptions conformes à la réglementation, le circuit du médicament est organisé avec les professionnels de la pharmacie, et la concertation avec les secteurs medicotechniques permet de répondre aux besoins de ce secteur clinique.

Les professionnels sont formés aux enjeux concernant les dons d'organe ou de tissus, mais ne disposent pas de plaquette spécifique d'information.

La sortie est planifiée très tôt avec le patient et son entourage, même si la participation du médecin traitant est peu effective. Cependant les conditions permettant la continuité de la prise en charge sont effectives.

Les soins palliatifs sont assurés en collaboration avec une équipe mobile impliquée au quotidien dans la formation et l'accompagnement.

Soins de longue durée

La prise en charge au sein du service de soins de longue durée se fait dans des locaux dont la conception architecturale date des années soixante-dix et de ce fait n'offre pas toujours la qualité d'hébergement attendue actuellement (nombre jugé insuffisant de chambres à un lit).

Une attention particulière est portée à la sécurité des patients et à la prévention des fugues. La contention fait l'objet d'une réflexion poussée et a été retenue comme thème d'évaluation des pratiques professionnelles.

Les besoins spécifiques sont pris en compte, leur mise en œuvre peut parfois être limitée par une insuffisance de personnel (diététiciennes).

Les relations et échanges avec les familles et entourage sont favorisés. La formalisation d'un projet de vie tracé au dossier médical reste à développer et systématiser.

Hospitalisation à domicile

L'unité d'hospitalisation à domicile du service de psychiatrie infantile s'adresse aux populations pour lesquelles l'accès aux soins classiques est difficile, et propose une approche préventive en cas de distorsion du lien mère-enfant lorsqu'il convient de ne pas attendre une demande explicite. Les prises en charge proposées reposent sur des visites à domicile, des séances en salle avec l'enfant seul ou avec ses parents, des contacts avec l'environnement social de l'enfant, et des rencontres entre le psychothérapeute et sa famille. Elles sont particulièrement adaptées aux problématiques socio-économiques très spécifiques du bassin de vie que l'établissement a en charge, et reposent sur une collaboration dynamique avec les acteurs du tissu social.

II. Appréciation globale sur la dynamique qualité

Les orientations stratégiques de l'établissement sont définies en commun par les acteurs, connues des secteurs d'activité et partagées. L'ensemble des professionnels, direction, administratifs, médecins, soignants, techniques et médicotechniques, est engagé dans leur mise en œuvre et suivi annuel. Le centre hospitalier se dote d'outils et d'indicateurs lui permettant d'atteindre les objectifs fixés. Les actions réalisées et en cours correspondent aux buts poursuivis.

Rien de ce qui constitue la dynamique qualité n'est étranger à l'établissement qui se dote de moyens humains et de formation des personnels pour conduire une politique qualité dont la compréhension et l'appropriation notamment des moyens méthodologiques constituent à ses yeux le préalable indispensable à une culture qualité.

L'évaluation des pratiques professionnelles qui constituait initialement une source d'interrogation forte a pu être conduite de façon tout à fait remarquable. Pour cela une pédagogie a été mise en place visant la compréhension de la démarche, son appropriation par les acteurs qui, doublé d'une réflexion partagée par tous et d'un accompagnement méthodologique et humain a permis d'atteindre les objectifs fixés. L'évaluation a été conduite dans tous les cas ou presque à son terme et permis, pour autant que l'avancement de l'EPP d'autres établissements le permet, des comparaisons interétablissements sous la houlette de l'HAS.

III. Liste des actions exemplaires

La participation de l'établissement à la mise en place du point d'eau et à son fonctionnement

L'établissement accueille tous les patients sans distinction de ressource ou d'origine remplissant en cela sa mission de service public et d'établissement de proximité. Il va toutefois au-delà en mettant à disposition des locaux pour l'accueil de personnes désocialisées, vivant dans une très grande précarité. Des bénévoles assurent quotidiennement une permanence le matin durant laquelle les personnes accueillies peuvent de laver et prendre un petit déjeuner, lequel est parfois leur seul repas de la journée. Nouer le contact est essentiel et après un lent travail de découverte mutuelle un travail visant à faire le bilan de l'état de santé (*via* la Sécurité sociale) et l'amorce de résolution de problèmes sociaux peut être entreprise.

L'atelier de prévention des chutes

L'équipe de direction encourage et favorise la créativité, organisant un concours annuel d'idées innovantes. C'est dans ce contexte qu'a été développé un atelier de prévention des chutes prenant en compte leurs différentes étiologies. Cette action est destinée aux patients du service de soins de suite et de réadaptation. Les documents réalisés sont externalisés dans l'établissement et contribuent à la prévention des chutes des patients dans tous les services. L'action menée est le fait de plusieurs catégories de personnel et a été récompensée par un prix national.

La « Fabrique des Arts »

L'un des deux services de psychiatrie a ouvert dans un cadre associatif pour les patients, à proximité immédiate de l'hôpital, un espace de prise en charge alternative par l'expression artistique, reposant sur la collaboration de plasticiens et des soignants du service. Il s'agit d'un projet d'éducation populaire original qui intègre les mondes associatifs artistiques, éducatifs et thérapeutiques, pour restaurer le lien social, et avancer vers la réinsertion dans la cité. Des expositions sur l'art brut, les productions réalisées par les patients, des débats, rencontres et conférences y ont lieu. Ouverte au public, elle est fréquentée aussi bien par les patients suivis en intra que par des malades bénéficiant d'une prise en charge en charge extrahospitalière. La qualité du lieu, et des œuvres réalisées par les patients, l'implication des soignants et des intervenants non hospitaliers ont impressionné les experts-visiteurs.

Amélioration de l'autonomie dans la gestion de sa maladie

L'appartement thérapeutique est un support de formation et d'information sur les gestes du quotidien. Il reprend en effet l'organisation classique d'une habitation avec ses facilités, mais aussi et surtout ses dangers et permet de faire comprendre aux patients ce qu'il faut faire ou ne pas faire à domicile et d'adopter des comportements adéquats. Un équipement de montée dans les autobus avec hauteur du marchepied identique à celle d'un autobus urbain permet de réapprendre les gestes nécessaires à l'utilisation de ce mode de transport.

PARTIE 4
DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Certification

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

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

- Renforcer l'organisation de l'élimination des déchets (18 d) ;
- Formaliser un projet de vie individualisé pour chaque résidant en Unités de soins de Longue Durée (30 g) ;
- Généraliser la traçabilité dans le dossier de l'information donnée au patient (34 d)
- Organiser l'éducation aux questions de santé publique pour le patient, notamment dans le cadre de la prévention du tabagisme en service de psychiatrie (40 c)

INDEX

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

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

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

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