

**RAPPORT DE CERTIFICATION DE
L'HÔPITAL DU VÉSINET**

**Avenue de la Princesse
78115 LE VÉSINET**

Janvier 2007

S O M M A I R E

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	p.	5	Chapitre IV – Évaluations et dynamiques d'amélioration	p.	83
PARTIE 1			A Pratiques professionnelles	p.	85
DÉMARCHE QUALITÉ ET ACCRÉDITATION	p.	7	B Ressources humaines	p.	92
I Historique et organisation de la démarche qualité	p.	9	C Fonctions hôtelières et logistiques	p.	93
II Suivi des décisions de la première procédure d'accréditation	p.	10	D Système d'information	p.	94
III Association des usagers à la procédure d'accréditation	p.	12	E Qualité et gestion des risques	p.	95
IV Interface avec les tutelles en matière de sécurité	p.	12	F Orientations stratégiques	p.	98
PARTIE 2			PARTIE 3		
CONSTATATIONS PAR CHAPITRE	p.	13	COMMENTAIRES SYNTHÉTIQUES	p.	99
Chapitre I – Politique et qualité du management	p.	15	I Commentaires synthétiques par type de prise en charge	p.	101
Chapitre II – Ressources transversales	p.	29	II Appréciation globale sur la dynamique qualité	p.	103
A Ressources humaines	p.	31	III Liste des actions exemplaires	p.	104
B Fonctions hôtelières et logistiques	p.	33	PARTIE 4		
C Organisation de la qualité et de la gestion des risques	p.	36	DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	p.	105
D Qualité et sécurité de l'environnement	p.	41			
E Système d'information	p.	48	INDEX	p.	109
Chapitre III – Prise en charge du patient	p.	53			
A Orientations stratégiques et management des secteurs d'activité	p.	54			
B Parcours du patient	p.	58			

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Nom de l'établissement	Hôpital du Vésinet	
Situation géographique	Ville : Le Vésinet Département : Yvelines	Région : Île-de-France
Statut (<i>privé-public</i>)	Public	
Type de l'établissement (<i>CHU, CH, CHS, HL, PSPH, Ets privé à but lucratif</i>)	Établissement hospitalier départemental	
Nombre de lits et places (<i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i>)	SSR : 252 lits et 12 places SLD : 60 lits	
Nombre de sites (<i>de l'ES et leur éloignement s'il y a lieu</i>)	1	
Activités principales (<i>par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i>)	SSR : soins de suite chirurgicaux et cancérologiques, soins de suite en périnatalité, médecine physique et réadaptation SLD : soins de longue durée et consultation d'évaluation gériatrique	
Activités spécifiques (<i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i>)		
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité		
Coopération avec d'autres établissements (<i>GCS, SIH, conventions...</i>)	Participation aux différents réseaux : - réseau de cancérologie des Yvelines, Hauts-de-Seine et Paris ; - réseau de périnatalité d'Île-de-France ; - réseau d'évaluation gériatrique	

Origine géographique des patients <i>(attractivité)</i>	En SSR, les patients proviennent des départements des Hauts-de-Seine, de Paris, et des Yvelines ainsi que des maternités de Paris et des Hauts-de-Seine. En USLD, les patients proviennent de l'hôpital du Vésinet, de Saint-Germain-en-Laye et de Poissy.
Transformations récentes <i>(réalisées ou projetées, ou projets de restructuration)</i>	

PARTIE 1
LA DÉMARCHE QUALITÉ ET L'ACCRÉDITATION

I Historique et organisation de la démarche qualité

La politique d'amélioration continue de la qualité est engagée sur l'hôpital du Vésinet depuis le mois d'avril 1999. Un comité de pilotage a été créé. Un diagnostic flash réalisé en juin 1999 a permis de faire le bilan de la situation de l'établissement par rapport aux critères de l'ANAES.

Des journées de formation ont permis aux membres du comité de pilotage, aux cadres, aux médecins et aux membres des différents groupes de travail d'acquérir des notions concernant la mise en œuvre de l'amélioration continue de la qualité.

Les objectifs pour l'année 2000 et 2001 ont été la réalisation des grandes procédures transversales par le comité de pilotage (la gestion du système documentaire, la gestion du risque, l'audit interne, les actions correctives), ainsi que la réalisation suite aux travaux des différents groupes des procédures et protocoles.

Une cellule de gestion du risque a été constituée, son rôle a été essentiellement de prendre connaissance et d'analyser les risques *a posteriori*. Le secteur hôtelier a été le premier secteur à valider exhaustivement la déclaration d'événements indésirables.

Une cellule assurance qualité a été constituée avec pour rôle de valider les procédures, de garantir la cohérence du système de gestion documentaire de la qualité, de préparer les travaux du comité de pilotage.

En septembre 2004 l'ingénieur qualité a quitté l'établissement et la direction de la qualité a été recomposée (directeur adjoint, cadre en hygiène, mi-temps secrétaire).

Les objectifs de la direction de la qualité en 2005 ont été de :

- poursuivre les objectifs du PAQ ;
- mettre en œuvre le système de gestion des risques en développant le document unique ;
- préparer la mise en œuvre de la démarche d'auto-évaluation de la certification ;
- intégrer les objectifs du contrat de retour à l'équilibre dans les organisations liées aux services hôteliers principalement.

L'année 2006 a été essentiellement consacrée à la réalisation de la phase d'auto-évaluation.

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

Niveau de décision (Recommandation/ Réserve)	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des experts-visiteurs	
		Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires	Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires
Réserve	Garantir la qualité de l'archivage des dossiers des patients	OUI	Réserve levée suite à la communication du plan d'actions, transformée en recommandation : poursuivre les actions tendant à assurer la sécurité et l'accessibilité des dossiers aux archives.		
Recommandation	Améliorer la prise en charge des patients décédés (OPC 13) :	OUI	Procédure opérationnelle dans les unités concernées.	OUI	
Recommandation	Uniformiser et coordonner la tenue du dossier du patient (DPA 4)	OUI	Le système de classement est le même pour tous les services médicaux de l'établissement.	OUI	
Recommandation	Poursuivre les actions tendant à assurer la sécurité et l'accessibilité des dossiers aux archives (DPA 2 – DPA 6)	OUI	Les archives pour une période de 5 et 10 ans sont conservées dans les locaux fermant à clé et dotés de système de détection incendie. Les secrétaires médicales disposent de la clé et ont accès à ce local. Au-delà du délai de 5 et 10 ans, ces archives sont externalisées et stockées dans les locaux sécurisés d'une entreprise. Les dossiers demandés en retour sont	OUI	

Niveau de décision (Recommandation/ Réserve)	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des experts-visiteurs	
		Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires	Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires
			rapportés dans les délais attendus. Une évaluation a été réalisée en 2005 auprès des secrétariats médicaux. Taux de satisfaction de 100 %.		

III. Association des usagers à la procédure d'accréditation

Les usagers sont intégrés depuis de nombreuses années dans l'établissement. Ils ont une place prédominante dans la vie de l'établissement. Ils ont été intégrés dans la démarche de certification, dans les groupes d'auto-évaluation et les groupes de synthèse.

IV. Interface avec les tutelles en matière de sécurité

La MRICCE n'a apporté aucune observation sur la fiche navette. L'établissement a mis à la disposition des experts toutes les fiches sécurité ainsi que tous les documents preuves relatif à la sécurité.

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.	<p>Il existe un projet d'établissement 2000-2005. Ce projet n'a pas été réactualisé.</p> <p>La direction des soins infirmiers a réalisé un bilan d'exécution du projet 2000-2005 et amorcé la réflexion sur le futur projet de soins.</p> <p>Les orientations stratégiques de l'établissement pour 2006-2010 ne sont pas définies.</p> <p>Le projet 2000-2005 a été approuvé par l'ARH. Il n'existe pas de contrat d'objectifs et de moyens.</p> <p>Le projet 2000-2005 prenait en compte les orientations du SROS précédent. Le nouveau SROS n'est pas pris en compte.</p> <p>Le projet 2000-2005 ne fait pas référence à des données factuelles complémentaires sur les besoins de la population du territoire.</p> <p>Cependant, il fait référence au SROS.</p> <p>Il n'existe pas de démarche institutionnelle visant à engager l'élaboration du nouveau projet d'établissement.</p>	C
1 b	Les orientations stratégiques organisent la complémentarité avec les autres établissements du territoire de santé et la participation aux réseaux de santé.	<p>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.</p> <p>Il n'existe pas de stratégie d'alliance.</p>	B
1 c	La direction, les instances délibératives et consultatives, et les responsables s'impliquent dans la définition des orientations stratégiques.	<p>Les instances délibératives et consultatives de l'établissement ont été associées à l'élaboration du projet d'établissement 2000-2005. À ce jour, le nouveau projet d'établissement est en cours d'élaboration.</p>	B
1 d	La direction et les responsables mettent en œuvre leur politique en conformité avec les orientations stratégiques.	<p>Les objectifs stratégiques du projet 2000-2005 n'étaient pas déclinés en objectifs opérationnels et les moyens nécessaires à la mise en œuvre de la politique étaient définis pour l'investissement.</p> <p>Des actions d'information des personnels et des instances ont été conduites lors de l'établissement du projet d'établissement.</p> <p>Les modalités de suivi du projet d'établissement 2006-2010 ne sont pas définies.</p>	C

Réf. 1	L'établissement définit et met en œuvre des orientations stratégiques	Cotations
	Le prochain projet d'établissement reste à définir. Les orientations stratégiques nouvelles seront alors connues et pourront permettre une déclinaison en objectifs opérationnels.	

Réf. 2	L'établissement accorde une place primordiale au patient et à son entourage		Cotations
2 a	Le respect des droits et l'information du patient sont inscrits dans les priorités de l'établissement.	L'établissement intègre le respect des droits et de l'information du patient dans la mise en œuvre de ses orientations stratégiques et dans son organisation. La sensibilisation des professionnels est assurée.	A
2 b	L'expression du patient et de son entourage est favorisée.	Les entretiens et les échanges entre les professionnels, les patients et leur entourage sont réalisés dans des conditions propices à l'expression. Des locaux adaptés sont disponibles à cet effet. Le recueil des suggestions et des plaintes est organisé.	A
2 c	Une réflexion éthique autour de la prise en charge du patient est conduite.	L'établissement identifie et traite les sujets nécessitant une réflexion éthique. Cette réflexion n'est pas organisée institutionnellement.	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, bien que cette politique hôtelière ne soit pas toujours adaptée aux besoins ou aux activités de l'établissement.	B
2 e	Les représentants des patients participent à l'évaluation et à l'amélioration des services rendus par l'établissement.	Les représentants d'usagers sont désignés. Ils siègent aux instances et participent à la vie de l'établissement et aux démarches qualité et de certification. Leur avis est pris en compte pour améliorer le service rendu au patient.	A

Réf. 3	La politique des ressources humaines est en conformité avec les missions et les orientations stratégiques de l'établissement		Cotations
3 a	Les responsabilités dans la gestion des ressources humaines sont identifiées.	Les différents intervenants sur la gestion des ressources humaines sont identifiés tant au niveau de l'établissement que des secteurs d'activité ; leurs rôles respectifs et leurs interfaces sont définis et connus de l'ensemble du personnel de l'établissement.	A
3 b	Une gestion prévisionnelle permet l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement.	Il existe une politique d'anticipation des besoins en personnel à court, moyen et long terme dans une dimension à la fois quantitative et qualitative au sein de l'établissement et des secteurs d'activité sur la base d'outils partagés.	A
3 c	L'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques professionnels font partie des objectifs de la politique des ressources humaines.	<p>Il existe des actions ponctuelles d'évaluation des conditions de travail et des risques professionnels. Les accidents de travail sont analysés. Les produits chimiques et d'entretien sont recensés.</p> <p>L'établissement ne possède pas de document unique. Un groupe de travail a été créé, une information donnée au personnel. Des grilles de recueil des informations nécessaires à sa condition sont en cours de réalisation. Il n'existe pas d'évaluation à périodicité définie des conditions de travail et des risques professionnels.</p> <p>Le projet social 2000-2005 ne comportait pas de plan d'amélioration des conditions de travail. Pour autant, les investissements réalisés en matière d'équipement et de travaux ont apporté des améliorations en la matière.</p> <p>Il existe un suivi des démarches formulées par les représentants du personnel en CHSCT, mais il n'existe pas de suivi ni d'évaluation des actions entreprises en matière d'amélioration des conditions de travail.</p> <p>Les instances, le CLIN et le CHSCT, notamment, sont sollicités pour les opérations de construction ou de réhabilitation.</p>	C
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.	Un schéma directeur du système d'information a été élaboré et intégré au projet d'établissement 2000-2005. Il n'a pas été réactualisé.	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.	<p>Des processus sont identifiés comme devant être optimisés par l'informatisation, le dossier médical, la prescription par exemple.</p> <p>Pour autant, l'établissement ne part pas d'une identification des processus à optimiser pour établir ses priorités et les projets de son système d'information.</p> <p>Les projets 2000-2005 étaient définis, ils sont en cours de finalisation. L'informatisation du dossier médical et la sécurisation du circuit du médicament restent à être mises en place. Un groupe de travail est constitué pour ce qui concerne l'informatisation du dossier du patient.</p> <p>Le projet de système d'information propose un étalement dans le temps de la mise en œuvre des projets informatiques jusqu'en 2004. Un calendrier pluriannuel a été établi en 2000, il n'a pas été réactualisé. Les modalités de définition des priorités ne sont pas explicitées.</p> <p>Les projets de 2003 et 2004, informatisation du dossier médical et de la prescription restent à être déployés.</p> <p>Les professionnels sont associés au choix des équipements informatiques et des logiciels. Des groupes de travail multiprofessionnels sont mis en place. Des présentations des offres logicielles sont effectuées par les sociétés éditrices aux professionnels. Ils participent à l'élaboration du cahier des charges.</p> <p>Sur certains projets d'informatisation (exemple dossier du patient) l'établissement s'assure d'obtenir des fournisseurs potentiels, des présentations des différents produits aux futurs utilisateurs et à l'équipe informatique.</p> <p>L'établissement devra définir les projets du système d'information en les hiérarchisant en fonction des processus à optimiser.</p>	C

Réf. 4	La politique du système d'information et du dossier du patient est définie en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement		Cotations
4 c	Des méthodes de conduite de projet prenant en compte l'expression des besoins des utilisateurs permettent de réaliser les projets du système d'information.	Des méthodes de conduite de projet prenant en compte l'expression des besoins des utilisateurs sont utilisées. Leur efficacité n'est pas régulièrement évaluée.	B
4 d	Les professionnels concernés reçoivent un accompagnement et une formation pour traiter et utiliser les données.	Les personnels utilisateurs bénéficient d'une formation adaptée et d'un accompagnement personnalisé permettant un traitement et une utilisation efficace des données.	A
4 e	Une politique du dossier du patient est définie afin d'assurer la qualité et la continuité des soins.	Il n'existe pas de politique du dossier du patient. Une procédure de gestion du dossier est en place. Un travail important a été réalisé par l'établissement sur le dossier du patient depuis la V1 de l'accréditation. Des actions ont notamment été menées afin d'améliorer la confidentialité et le stockage des dossiers. Une procédure de gestion des dossiers est en place. Pour autant, les objectifs politiques de l'établissement s'agissant du dossier du patient ne sont pas définis. L'établissement devra définir une politique du dossier patient.	C

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.	<p>Il n'existe pas de plan ou de projet de communication interne. Pour autant, la direction s'implique dans des actions de communication interne en organisant : une réunion d'information annuelle destinée à l'ensemble du personnel, des réunions d'information des cadres, des réunions d'information dans les directions fonctionnelles, des rencontres régulières avec les représentants du personnel, la diffusion d'information <i>via</i> intranet et le journal de l'établissement.</p> <p>L'établissement a identifié deux axes de communication : « la reconnaissance et la prise en compte des professionnels de l'établissement par leur association aux actions de l'établissement, la diffusion en premier lieu en interne des informations et des explications sur ses résultats ».</p> <p>Il s'agit d'orientations. Les objectifs de communication ne sont pas précisément identifiés. La question des moyens à effectuer pour atteindre ces objectifs n'est donc pas posée.</p> <p>Il n'existe pas de budget de communication identifié.</p> <p>La taille de l'établissement, la qualité du dialogue social et des échanges entre professionnels facilitent la circulation de l'information. Le principal support de communication est l'échange direct entre les professionnels. Les notes de service permettent une communication formelle et institutionnelle. La communication <i>via</i> intranet se développe. Il existe un journal interne.</p> <p>L'assistante de direction de l'établissement joue le rôle de chargé de communication pour l'établissement sans que pour autant cela soit formalisé et connu des professionnels.</p> <p>L'établissement devra développer une politique de communication interne impliquant la direction et les responsables.</p>	C
5 b	Les orientations stratégiques, leur mise en œuvre et leurs résultats sont connus de l'ensemble des professionnels de l'établissement.	<p>L'établissement a communiqué en 2000 sur son projet d'établissement. Il communique chaque année sur les orientations stratégiques par l'intermédiaire de la réunion annuelle des personnels.</p> <p>Cependant, l'établissement ne mesure pas l'impact de ses actions de communication.</p>	B

Réf. 5	L'établissement définit et met en œuvre une politique de communication		Cotations
5 c	La direction et les responsables développent une politique de communication à destination du public et des correspondants externes.	Un dispositif est défini et mis en place afin que le public et les correspondants externes aient accès aux orientations stratégiques et à la vie de l'établissement. Les moyens nécessaires à l'atteinte de ces objectifs ne sont pas identifiés, pour autant des actions de communication sont mises en œuvre (l'établissement dispose d'un livret d'accueil délivré à tout patient entrant dans l'hôpital. Le site Internet a été refait récemment. L'hôpital organise des expositions d'art ouvertes au public et participe aux journées du patrimoine).	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.	<p>Les objectifs de la démarche qualité ont été définis en 2000 dans le cadre du projet d'établissement. La gestion des risques n'est pas prise en compte.</p> <p>Les objectifs pour la période 2006-2010 ne sont pas définis.</p> <p>La version 1 de l'accréditation a servi de base à la hiérarchisation des actions. L'établissement s'est engagé prioritairement dans la levée des réserves et la mise en œuvre des recommandations. Il a établi un plan d'amélioration de la qualité sur l'ensemble des propositions d'amélioration issues de la V1.</p> <p>En préparation de la V2, des actions en faveur de l'EPP ont été engagées. Les objectifs de la gestion des risques pour l'établissement n'ont pas été définis. L'établissement a engagé les actions liées à la préparation de l'accréditation en négligeant la problématique de gestion des risques. Il n'a pas identifié et hiérarchisé d'action à conduire à partir des objectifs de sa politique qualité.</p> <p>La direction, les instances et les professionnels sont impliqués dans la démarche. Ils conduisent des actions, formalisent des procédures, déploient beaucoup d'énergie en faveur de l'amélioration de la qualité.</p> <p>La communication qualité porte presque exclusivement sur les objectifs de préparation de l'accréditation.</p> <p>Les objectifs qualité propres à l'établissement n'étant pas définis, la communication sur les priorités n'est pas mise en œuvre.</p> <p>L'établissement devra définir les priorités et les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.</p>	C
6 b	La politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques intègre l'évaluation des pratiques professionnelles.	L'EPP fait partie intégrante de la démarche d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement. Dans ce cadre, une stratégie de développement, notamment des actions de communication et de formation, et le suivi d'actions d'évaluation des pratiques professionnelles sont mis en œuvre.	A

Réf. 6	L'établissement définit une politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques intégrée aux orientations stratégiques		Cotations
6 c	Les responsabilités concernant la gestion de la qualité et des risques sont identifiées.	En matière de gestion de la qualité, les responsabilités sont définies. Le rôle de la direction de la qualité et du comité de pilotage et des groupes de travail est identifié. En ce qui concerne la gestion des risques, les responsabilités ne sont pas identifiées dans son ensemble. Pour autant les vigilants réglementaires sont désignés (pharmacovigilant, hématovigilant, matériovigilant...).	B

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

CHAPITRE II
RESSOURCES TRANSVERSALES

A – RESSOURCES HUMAINES

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

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

B – FONCTIONS HÔTELIÈRES ET LOGISTIQUES

Réf. 10	Les fonctions hôtelières, assurées par l'établissement ou externalisées, sont adaptées aux besoins et aux attentes du patient et de son entourage		Cotations
10 a	Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité du patient.	Les locaux et l'organisation des soins permettent le respect de l'intimité et de la dignité du patient tout au long de sa prise en charge et dans tous les secteurs de l'établissement. Les professionnels sont sensibilisés sur ce thème. Le futur projet d'établissement sera en mesure d'intégrer une réflexion formalisée basée sur la charte du patient.	B
10 b	Les conditions d'hébergement des personnes handicapées ou dépendantes sont adaptées.	Les locaux et l'organisation des soins sont adaptés aux besoins des patients handicapés ou dépendants. Les professionnels sont formés et sensibilisés à la spécificité de cette prise en charge.	A
10 c	La prestation restauration répond aux besoins nutritionnels spécifiques, et prend en compte les préférences et les convictions du patient.	Les besoins nutritionnels spécifiques, les préférences et les convictions sont identifiés et des solutions sont en cours de mise en place. Les professionnels des différents secteurs y contribuent de façon coordonnée.	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 de traitement du linge, sont assurées.	Le circuit du linge bénéficie de protocoles et de procédures élaborés en collaboration avec l'EOHH. L'établissement a externalisé le traitement du linge plat et des tenues au syndicat interhospitalier (BIH) où la méthode RABC est en cours de mise en place. L'établissement n'évalue pas le poids du linge qu'il adresse à la BIH. Le stockage du linge (y compris le linge de patients en situation d'isolement septique) se fait à l'extérieur sous un auvent dont la surface ne permet pas de protéger la totalité des sacs en attente d'enlèvement notamment contre les intempéries. Le linge des résidants est traité par la lingerie interne qui utilise des protocoles et se trouve en mesure de répondre aux besoins. Dans certaines unités, les chariots de linge propre peuvent stationner à proximité du chariot de stockage intermédiaire et de transport des sacs de déchets ménagers et DASRI.	C
11 c	Le transport du patient entre les secteurs d'activité internes et/ou externe de l'établissement permet la continuité des soins, le respect concernant la dignité, la confidentialité et la sécurité, notamment l'hygiène.	La fonction transport (interne et externe) est organisée et le personnel est formé dans le but d'assurer l'hygiène, la continuité des soins et le respect des droits du patient.	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 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.	Le programme d'amélioration de la qualité mis en œuvre sur la période 2002/2006 séparant la V1 de la V2, a été construit sur les résultats de la V1 et s'apparente plutôt à un calendrier. Les efforts ont tout d'abord porté sur la réserve (archivage du dossier du patient) ainsi que sur la recommandation (décès du patient hospitalisé). Le calendrier a ensuite positionné toutes les propositions d'amélioration V1 sans établir de priorité, d'objectifs précis et ciblés. La politique qualité du projet d'établissement 2001/2005 n'a pas permis de fournir la trame indispensable au repérage de priorités en raison de son manque d'exhaustivité et de précision. L'établissement devra hiérarchiser des priorités en termes de politique d'amélioration de la qualité.	C
13 c	Le programme d'amélioration continue de la qualité prend en compte les résultats issus de différentes formes d'évaluation internes et externes.	Le calendrier de mise en œuvre des améliorations issues de la V1 n'a pas pris en compte avec méthode les résultats des différentes formes d'évaluations internes et externes. Il n'existe pas de regroupement de ces évaluations. Il n'est pas possible d'élaborer un bilan capable d'orienter, réorienter, clôturer, abandonner ou regrouper des objectifs. Cependant, de nombreuses évaluations ont été menées et ont apporté des mesures correctives ponctuelles ou contribué à améliorer un segment de processus. Elles ont ciblé notamment l'hygiène et le circuit du médicament. L'évaluation de la tenue du dossier du patient est récente (juin 2006). Le dossier de soins infirmiers n'est pas évalué dans sa totalité, l'évaluation se limitant aux transmissions ciblées. L'établissement devra structurer un programme qualité intégrant à périodicité définie les résultats des évaluations internes et externes.	C
13 d	La formation des professionnels à la qualité est assurée.	L'établissement a mis en place de nombreuses formations à la qualité qui ne peuvent s'inscrire dans une démarche structurée de renforcement de compétences méthodologiques, faute de programme d'amélioration de la qualité réellement	C

Réf. 13	Un système de management de la qualité est en place		Cotations
		structuré autour de priorités. L'établissement devra renforcer l'évaluation des besoins en formation à la qualité en vue de répondre aux objectifs d'un PAQ structuré autour de priorités.	
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 partiellement conduites dans les différents secteurs (renforcement de l'accompagnement méthodologique des professionnels).	B
13 f	La gestion documentaire est organisée.	L'établissement a organisé son système de gestion documentaire. L'ensemble des professionnels est formé à l'utilisation de ce système. Ce système permet un accès facile à l'information.	A
13 g	Le suivi du programme d'amélioration de la qualité est assuré.	L'établissement a mis en place des dispositions permettant d'assurer le suivi du programme d'amélioration de la qualité. Ces dispositions ne sont pas systématiquement appliquées.	B

Réf. 14	La gestion des risques est organisée et coordonnée		Cotations
14 a	Les informations relatives aux risques sont rassemblées et organisées.	<p>Les informations relatives aux risques sont gérées par les différentes instances (CLIN, COMEDIMS, CHSCT, CSTH) et par les responsables des vigilances et du service technique. Il n'y a pas de regroupement offrant une vision d'ensemble permettant d'établir des priorités. Les fiches de signalement des événements indésirables sont gérées par le service qualité.</p> <p>Cette situation ne permet pas de délivrer une information structurée aux professionnels en mesure de leur permettre d'entrer dans une démarche préventive de gestion des risques.</p>	C
14 b	Des dispositions sont en place pour identifier et analyser <i>a priori</i> les risques.	<p>Des actions ponctuelles sont menées (hygiène, sécurité des biens, continuité des soins...). Le document unique sera le prochain objectif de travail du CHSCT. Les responsables des vigilances sont identifiés (pharmaco-, matério-, réactovigilance). La maintenance des appareils biomédicaux et les maintenances réglementaires sont opérationnelles. Le service qualité est chargé de la gestion des risques mais il ne peut s'appuyer sur une cartographie formalisée ni sur un programme annuel structuré. Il n'existe pas de gestion structurée des risques.</p>	C
14 c	Des dispositions sont en place pour identifier et analyser <i>a posteriori</i> les risques.	<p>Le service qualité assure le traitement des fiches de signalement des événements indésirables. Des actions correctives sont mises en œuvre en fonction d'un niveau de gravité préétabli (1, 2, 3). La fiche est bien adaptée aux fonctions logistiques mais l'exhaustivité des événements indésirables signalés n'est pas garantie. Ce procédé ne facilite pas les signalements concernant les autres secteurs d'activité (secteurs de soins, administratifs, médicotechniques...). Le rapport annuel de la médecine du travail est une source identifiée pour le repérage des risques professionnels. Les questionnaires de sortie (taux de retours 30 %) sont également une source d'information.</p>	C
14 d	Les résultats issus des analyses de risque permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter.	<p>Les risques ne sont pas hiérarchisés. Il n'y a pas de politique de sécurité formalisée.</p>	C

Réf. 14	La gestion des risques est organisée et coordonnée		Cotations
14 e	La gestion d'une éventuelle crise est organisée.	Une organisation est en place pour faire face à une situation de crise (grippe aviaire, inondation, grand froid, canicule) : cellule de crise, circuits d'alerte, formation des professionnels, scénarios de crise. Les professionnels sont informés. Les exercices de crises n'ont pas été menés, les modalités de communication ne sont pas spécifiées.	B
14 f	L'organisation des plans d'urgence pour faire face aux risques exceptionnels est en place.	L'établissement est organisé pour faire face aux risques exceptionnels. Les plans d'urgence sont formalisés et actualisés ; les professionnels connaissent les modalités de mise en œuvre et leur rôle dans le dispositif par la formation 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. Cependant, il n'a pas été conduit d'évaluation de l'appropriation des signalements par les professionnels.	B
15 b	La traçabilité des produits de santé est assurée.	L'établissement a défini les modalités de traçabilité des produits de santé et les met en œuvre. Les responsabilités sont définies. Ces modalités sont connues des professionnels concernés. L'établissement s'assure de la fiabilité et de l'exhaustivité du système.	A
15 c	Une organisation permettant de répondre à une alerte sanitaire concernant les produits de santé est en place.	L'établissement a mis en place une organisation permanente lui permettant de répondre à une alerte sanitaire concernant les produits de santé. Les responsabilités sont définies et les professionnels concernés, formés.	A
15 d	La coordination des vigilances entre elles et avec le programme global de gestion des risques est assurée.	Il n'existe pas de coordination des vigilances entre elles, et ce dans un cadre plus large de gestion des risques, l'établissement n'ayant pas mis en place une approche globale et coordonnée. L'établissement devra coordonner les vigilances.	C
15 e	Une coordination est assurée entre l'établissement et les structures régionales et nationales de vigilances.	L'établissement a mis en place une organisation assurant la coordination des vigilances avec les structures régionales et nationales de vigilance.	A

D – QUALITÉ ET SÉCURITÉ DE L'ENVIRONNEMENT

Réf. 16	Un programme de surveillance et de prévention du risque infectieux, adapté au patient et aux activités à risque, est en place		Cotations
16 a	Les patients et les activités à risque infectieux sont identifiés et un programme de surveillance adapté est en place.	Les patients et les activités à risque sont connus. Les programmes annuels du CLIN ne peuvent s'appuyer sur une cartographie exhaustive formalisée du risque infectieux prenant en compte les spécificités des différents secteurs d'activité clinique. Cependant, son élaboration est programmée dans le cadre de la gestion des risques globale.	C
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. Ces actions ne sont pas systématiquement évaluées.	B
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 n'est pas systématiquement évaluée.	B
16 d	Le bon usage des antibiotiques, dont l'antibioprophylaxie, est organisé.	Le comité des antibiotiques est intégré au COMEDIMS. Les règles de bonne pratique et les règles de pratiques d'antibioprophylaxie ne sont pas formalisées. L'organisation interdisciplinaire du bon usage des antibiotiques est partiellement effective : le suivi de la consommation des antibiotiques est assuré par la pharmacie, le laboratoire surveille l'évolution de la résistance aux antibiotiques, les pratiques des prescripteurs restent en partie individualisées malgré l'existence d'un livret thérapeutique.	C
16 e	Un programme de prévention et de prise en charge des infections touchant les professionnels, y compris les professionnels temporaires et les étudiants, est établi en concertation avec la médecine du travail.	Le risque infectieux des professionnels (y compris étudiants, stagiaires et intérimaires) est évalué à périodicité définie, et un programme concerté de prévention et de prise en charge des infections est élaboré et mis en œuvre.	A

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 f	Le signalement des infections nosocomiales est organisé et opérationnel.	Le dispositif de signalement des infections nosocomiales est opérationnel. Des procédures sont établies et diffusées. Il n'existe pas de formation spécifique.	B
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. Les mesures de prévention sont établies au cas par cas. Les modalités d'enquête ne sont pas formalisées.	B

Réf. 17	La gestion des risques liés aux dispositifs est assurée		Cotations
17 a	Le prétraitement et la désinfection des équipements et dispositifs médicaux font l'objet de dispositions connues des professionnels concernés.	Les professionnels chargés du prétraitement et de la désinfection des dispositifs médicaux et des équipements sont formés et utilisent des protocoles validés.	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.	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. Un ingénieur biomédical intervient à périodicité définie. La politique n'est pas formalisée.	B

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. Cependant, les procédures ne sont pas formalisées.	B
18 d	L'élimination des déchets, notamment d'activité de soins, est organisée.	<p>Le circuit des déchets bénéficie de protocoles et de procédures. Les professionnels sont formés par l'EOHH.</p> <p>Les déchets ménagers sont collectés dans les unités ; il n'est pas pratiqué de tri sélectif (verre, plastiques...). Les sacs sont regroupés dans des armoires pour le stockage en unité permettant le transport vers le lieu de regroupement dans un compacteur. Les DASRI sont collectés au moment de leur production en unités de soins dans des sacs plastiques jaunes qui rejoignent les sacs de déchets ménagers dans les armoires de stockage intermédiaire et de transport.</p> <p>Le local destiné au stockage des DASRI n'est pas réglementaire : le sol ne permet pas un nettoyage adéquat, le point d'eau n'est pas fonctionnel, la méthode de nettoyage du sol n'est pas suffisante malgré les efforts des professionnels.</p> <p>Le laboratoire et le service de radiologie appliquent les dispositions réglementaires pour leurs effluents.</p>	C

Réf. 18	La gestion des risques liés à l'environnement, hors infrastructures et équipements, est assurée		Cotations
18 e	Le CLIN et l'équipe opérationnelle d'hygiène sont associés à tout projet pouvant avoir des conséquences en termes de risque infectieux.	Tout nouveau projet d'aménagement des locaux, d'équipement matériel ou de réorganisation est soumis à la consultation du CLIN pour en apprécier les risques infectieux. Une coordination des acteurs, intégrant l'EOHH est mise en place. Cependant, l'EOH n'est pas systématiquement concertée lors de l'organisation des nouveaux locaux.	B

Réf. 19	La sécurité et la maintenance des infrastructures et des équipements, hors dispositifs médicaux, sont assurées		Cotations
19 a	La sécurité des bâtiments, des installations et des équipements fait l'objet d'un suivi.	Le suivi de la sécurité des bâtiments, des installations et des équipements est assuré. Les dysfonctionnements sont identifiés et traités.	A
19 b	La prévention du risque incendie est organisée et les professionnels bénéficient d'une formation programmée et régulièrement actualisée.	L'établissement s'assure du passage régulier de la commission de sécurité et met en œuvre les mesures prescrites. La formation actualisée, la connaissance des consignes de sécurité et des protocoles d'alerte, les exercices de simulation et les dispositions vis-à-vis du tabagisme complètent le dispositif de prévention.	A
19 c	La maintenance préventive et curative est assurée.	L'organisation mise en place permet d'assurer la maintenance préventive et curative des infrastructures et des équipements. L'efficacité du dispositif n'est pas évaluée en tant que telle.	B
19 d	Les protocoles d'alerte et d'intervention concernant la sécurité des infrastructures sont disponibles et connus des professionnels.	Il existe des protocoles d'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 des mesures préventives de sécurité des personnes dans tous les secteurs. L'amélioration de la sécurité des accès la nuit est en cours d'étude avec un prestataire spécialisé dans la sécurité.	B
20 c	Des dispositions d'alerte concernant la sécurité des biens et des personnes sont en place et connues de tous.	Des dispositions d'alerte concernant la sécurité des biens et de personnes sont mises en œuvre. Le rôle des professionnels est connu. Le rôle des patients et de leur entourage n'est pas défini.	B

E – SYSTÈME D'INFORMATION

Réf. 21	Le recueil et la mise à disposition de l'information sont organisés dans l'établissement		Cotations
21 a	Les bases de connaissances utiles à la réalisation des différentes activités sont à la disposition des professionnels.	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 ne favorisent pas systématiquement la coordination en temps voulu des acteurs de la prise en charge du patient (système d'information).	B
21 d	Les données nécessaires au suivi des activités et au pilotage de l'établissement sont recueillies et transmises aux responsables.	L'établissement a identifié et recueilli les données nécessaires au suivi de son activité. Les responsables des secteurs d'activité en sont destinataires.	A
21 e	Le contrôle qualité des données est en place.	Un contrôle de la qualité des données est effectué régulièrement dans les différents champs du système d'information. L'analyse et l'exploitation de ces contrôles sont effectuées. Toutefois il n'existe pas de procédure définissant les modalités du contrôle de la qualité de ces 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. Cependant, cette politique d'identification n'est pas structurée.	B
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 et mises en œuvre, mais non évaluées.	B
22 c	Lorsque l'établissement échange des données personnelles de santé avec une autre structure sanitaire, il veille à mettre en concordance les identités que les deux structures utilisent (rapprochement).	La mise en concordance des identités lors des échanges de données entre l'établissement et d'autres structures sanitaires est assurée par les professionnels des différents secteurs d'activité. Il n'existe 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 met en œuvre les mesures nécessaires pour assurer l'intégrité, la disponibilité, la confidentialité des données. Toutefois, l'établissement ne l'a pas défini au sein d'une politique de sécurité.	B
23 b	La sécurité du système d'information est évaluée lors d'un diagnostic initial puis à périodicité définie.	Des évaluations régulières concernant la sécurité du SI informatisé sont mises en œuvre et des actions sont définies en fonction des résultats obtenus.	A
23 c	Les traitements de données à caractère personnel font l'objet des démarches et formalités prévues par la législation Informatique et libertés.	Les démarches et formalités prévues concernant les déclarations à la CNIL et l'information du patient sont réalisées.	A

Réf. 24	Le dossier du patient obéit à des règles de gestion définies pour l'ensemble des secteurs d'activité		Cotations
24 a	Les règles de tenue du dossier de patient sont connues des différents intervenants.	Des règles définissant le contenu et la tenue du dossier du patient sont élaborées. Elles sont connues des professionnels concernés et l'établissement s'assure de leur utilisation.	A
24 b	Les règles de communication du dossier du patient sont connues des professionnels concernés.	Des règles précisant les modalités de communication du dossier du patient sont élaborées. Elles sont connues des professionnels concernés. L'établissement ne s'est pas assuré de leur utilisation.	B
24 c	Les règles de conservation du dossier du patient sont connues des professionnels concernés.	L'établissement a établi les règles de conservation du dossier du patient. L'archivage a été réorganisé dans le cadre de la version 1 de l'accréditation. Les professionnels sont informés. L'archivage interne est assuré indépendamment pour chaque secteur par les secrétariats médicaux. Il n'existe pas de coordination en mesure d'harmoniser les pratiques et de traiter de manière uniforme les dysfonctionnements. L'établissement devra coordonner l'archivage interne.	C
24 d	Les professionnels connaissent leurs responsabilités dans la préservation de la confidentialité des données personnelles.	Les professionnels concernés par la confidentialité des données personnelles sont identifiés. Les règles garantissant sa préservation sont connues.	A
24 e	L'accès aux dossiers est organisé pour le patient et/ou les personnes habilitées.	L'organisation mise en place par les responsables assure l'accès au dossier pour le patient et les personnes habilitées. Elle est connue des professionnels et des patients.	A

CHAPITRE III
PRISE EN CHARGE DU PATIENT

A – ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET MANAGEMENT DES SECTEURS D'ACTIVITÉ

Réf. 25	Les responsables des secteurs d'activité exercent pleinement leur rôle		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
25 a	Les responsables prévoient les évolutions de leur secteur d'activité en cohérence avec les choix stratégiques de l'établissement.	Les responsables de chaque secteur d'activité élaborent un projet qui s'inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement. Cependant, des orientations stratégiques d'établissement restent à être établies dans le futur projet 2006-2010.			B	B	
25 b	Les responsables organisent les activités de leur secteur et identifient les moyens nécessaires à leur réalisation.	<p>L'organigramme des différents secteurs d'activité est établi, il permet de visualiser les responsables hiérarchiques et fonctionnels. Les champs de délégations de responsabilité des responsables des services ne sont pas définis.</p> <p>Le travail engagé sur la nouvelle gouvernance peut déboucher sur une formalisation des délégations de responsabilité voire de gestion.</p> <p>Il existe des tableaux de bord de suivi des dépenses et d'activité par service. Des procédures institutionnelles et de service ont été définies et sont mises en œuvre.</p> <p>Les recrutements se font sur la base de fiches métiers et non des fiches de poste spécifiant les modalités d'exercices des métiers dans le service.</p> <p>L'établissement dispose d'outils de suivi de l'activité des services. Il met en œuvre des plans d'équipements, dote les services de moyens en personnels. Le lien entre objectifs et moyens affectés n'est pas réalisé. Les moyens nécessaires à l'atteinte des objectifs d'activité ne sont pas définis.</p> <p>Régulièrement les cadres de direction, les attachés et le président de la commission médicale d'établissement se réunissent pour examiner les tableaux de bord de gestion et opérer d'éventuels réajustements. Dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier, le suivi des fiches actions conduit l'établissement à une plus large concertation impliquant les</p>			C	C	

		Cotations				
		secteurs d'activité. L'établissement devra définir les objectifs d'activité des secteurs et les moyens nécessaires pour les atteindre.				
25 c	Les responsables organisent la complémentarité avec les autres structures et la participation à des réseaux de santé dans leur domaine.	Les complémentarités en interne et en externe au regard des bénéfices attendus pour le patient ne sont pas définies. Les services identifient bien les établissements adresseurs avec lesquels ils entretiennent des relations le plus souvent informelles bien qu'existent des fiches de liaisons. Les réseaux de santé au regard de la discipline exercée restent à être identifiés pour la plupart des services de l'hôpital. Le service de soins périnatalité participe au réseau d'addictologie, entretien des liens avec la société « MARCE » qui réunit les différentes unités mère-enfant ainsi qu'avec des réseaux de psychiatrie. Les modes de fonctionnement des services dans le cadre des réseaux et des partenariats ne sont pas établis. Une convention est signée avec le réseau « maternités en Yvelines » auquel participe le service de soins de périnatalité. L'établissement devra organiser les complémentarités avec les autres structures de prise en charge.			C	C
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. Des fiches de poste ne sont pas établies pour chaque responsable. Les modalités de prises de décisions ne sont pas formalisées.			B	B
25 e	Les responsables motivent les personnels de leur secteur d'activité en favorisant leur adhésion et leur implication.	Les responsables s'impliquent dans le développement de la motivation de leur équipe. Des moyens et mécanismes d'intéressement sont mis en œuvre pour favoriser la motivation tant individuelle que collective.			A	A

		Cotations					
25 f	Les responsables veillent à la bonne utilisation des moyens alloués.	<p>Un programme pluriannuel d'investissement (travaux et équipements) a été défini dans le cadre du projet d'établissement.</p> <p>Des tableaux de bord trimestriels sont adressés aux médecins chefs de service et aux cadres. Ils comprennent des données sur les dépenses médicales (pharmacie et petits matériels) consultations extérieures, transports, téléphone...</p> <p>L'encadrement supérieur et le président de CME participent aux réunions budgétaires. La direction des soins organise des réunions de cadres de santé au cours desquelles est évoquée la répartition des ressources humaines et matérielles.</p> <p>Des dotations sont établies et réajustées en fonction des besoins pour la pharmacie, le linge, l'usage unique et le consommable hôtelier.</p>			B	B	
25 g	Les responsables développent des démarches d'évaluation et d'amélioration.	<p>Les cadres de santé et responsables d'encadrement sont les référents pour la diffusion des procédures et protocoles. Ils valident les fiches de dysfonctionnement. Ils diffusent les questionnaires de séjours. Ils participent en tant que référents qualité aux projets qualité et aux groupes de travail du plan d'action qualité.</p> <p>Des indicateurs de suivi du plan d'action qualité ont été mis en place.</p> <p>Des formations ciblées sur la qualité ont été réalisées. À l'occasion de la mise en place de l'EPP, des formations à l'évaluation ont été dispensées aux personnels médicaux et paramédicaux.</p> <p>Les résultats des enquêtes et audits sont communiqués aux équipes tels l'emprunt des produits pharmaceutiques en dehors des heures d'ouverture (2002), la désignation de la personne de confiance (2004), l'évaluation des transmissions ciblées.</p>			B	B	

		Cotations					
		La satisfaction des patients est évaluée. Celle des correspondants extérieurs et des personnels ne l'est pas.					

B – PARCOURS DU PATIENT

Réf. 26	Les droits et la dignité du patient (résidant – USLD) sont respectés		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
26 a	La confidentialité des informations relatives au patient (résidant – USLD) est garantie.	Les pratiques professionnelles et les moyens mis en place permettent d'assurer le respect de la confidentialité des données à caractère médical ou social et leur accès par les seules personnes autorisées. Cependant les chariots des dossiers médicaux ne sont pas systématiquement fermés. De plus, les actions de sensibilisation auprès des professionnels sont à renforcer (formation, groupes thématiques...).			B	B	
26 b	Le respect de la dignité et de l'intimité du patient (résidant – USLD) est préservé tout au long de sa prise en charge.	Les pratiques professionnelles et les moyens mis en place permettent d'assurer le respect de la dignité et de l'intimité du patient. Cependant, des actions de sensibilisation doivent être renforcées.			B	B	
26 c	La prévention de la maltraitance du patient (résidant – USLD) au sein de l'établissement est organisée.	Les professionnels sont sensibilisés à la prévention de la maltraitance du patient et appliquent les bonnes pratiques notamment en matière de contention. Nonobstant, un système de signalement est à mettre en place. Les groupes de parole permettent de sensibiliser les professionnels à ces situations à risque.			B	B	
26 d	La volonté du patient (résidant – USLD) est respectée.	La volonté du patient est respectée pour ce qui concerne l'acceptation des soins, les pratiques religieuses et culturelles, dans les limites du possible et de la déontologie médicale. La traçabilité du recueil du consentement éclairé n'est pas systématique.			B	B	
26 e	La formation des professionnels à l'écoute et au respect des droits du patient est organisée.	Il n'existe pas de formation des professionnels à l'écoute et au respect des droits des patients. Cependant, l'établissement a entamé des actions d'amélioration. Des formations à thèmes spécifiques sont mises en place : réunions d'information, formation à l'accueil, communication non verbale.			C	C	

		Cotations					
		L'établissement devra assurer la formation à l'écoute et au respect des droits des patients.					

Réf. 27	L'accueil du patient (résident – USLD) et de son entourage est organisé		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
27 a	Les besoins et les attentes du patient (résident – USLD) sont identifiés, y compris les besoins sociaux.	Les informations concernant les besoins et les attentes du patient sont recherchées, rassemblées aux moments d'accueil et sont disponibles.			A	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 leur séjour. Cette information n'est pas systématique.			B	B	
27 c	L'accueil et les locaux sont adaptés aux handicaps du patient (résident – USLD) et/ou de son entourage.	L'établissement s'organise pour rendre l'ensemble des secteurs d'activité concernant le patient accessible aux handicapés. La sensibilisation des soignants aux situations à risque reste à renforcer.			B	B	
27 d	La permanence de l'accueil est organisée.	Les règles gérant l'accueil sont définies et assurent une réponse permanente et adaptée aux différents types de prise en charge.			A	A	
27 e	Une procédure spécifique d'accueil des détenus est organisée dans les établissements concernés.	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.	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.	NA					
28 c	Le recours à un avis spécialisé est organisé selon les besoins.	NA					
28 d	La disponibilité des lits d'hospitalisation est régulièrement évaluée et analysée au sein de l'établissement.	NA					

Réf. 29	L'évaluation initiale de l'état de santé du patient (résidant – USLD) donne lieu à un projet thérapeutique personnalisé, ajusté tout au long de sa prise en charge (son séjour – USLD)		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
29 a	Le patient (résidant – USLD) et, s'il y a lieu, son entourage sont partie prenante dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique.	Une organisation formalisée impliquant le patient et, le cas échéant son entourage, dans l'élaboration et le suivi de son projet thérapeutique est mise en œuvre dans chaque secteur d'activité. Le point de vue du patient et de son entourage s'il y a lieu n'est pas systématiquement tracé dans le dossier.			B	B	
29 b	Les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures sont accessibles 24 heures/24.	Les professionnels reconnaissent que l'organisation permet d'assurer l'accès 24 heures/24 à l'ensemble des données antérieures. Cependant, il n'y a pas d'évaluation des difficultés d'accès.			B	B	
29 c	Le projet thérapeutique prend en compte l'ensemble des besoins du patient (résidant – USLD) et organise la coordination entre les professionnels des différents secteurs d'activité.	Les besoins des patients sont identifiés. Ils sont pris en compte de façon coordonnée par les professionnels des différents secteurs d'activité.			A	A	
29 d	La réflexion bénéfico-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient (résidant – USLD).	Les professionnels s'organisent pour assurer la recherche de la réflexion bénéfico-risque pour chaque patient. Cependant elle n'est pas systématiquement tracée dans le dossier du patient.			B	B	
29 e	Lorsqu'une restriction de liberté de circulation est envisagée dans l'intérêt du patient (résidant – USLD), celle-ci fait l'objet d'une réflexion en équipe et d'une prescription écrite réévaluée à périodicité définie, et d'une information au patient (résidant – USLD) et à son entourage.	Les situations de restriction de liberté de circulation sont identifiées et font l'objet d'une réflexion dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique l'équipe de soins. Toutefois, la réflexion pluridisciplinaire n'est pas systématiquement notée au dossier du patient, de même la réévaluation périodique. Il n'y a pas d'actions de sensibilisation des professionnels sur ce sujet.			B	B	
29 f	Le projet thérapeutique fait l'objet d'ajustements en fonction d'évaluations régulières de l'état de santé du patient	L'ensemble des professionnels tracent leurs observations dans le dossier du patient ; cependant la coordination interdisciplinaire doit gagner en cohérence, afin de s'adapter			B	B	

		Cotations				
	(résidant – <i>USLD</i>).	au mieux au projet thérapeutique.				

Réf. 30	Des situations nécessitant une prise en charge adaptée sont identifiées		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
30 a	L'état nutritionnel du patient est évalué et ses besoins spécifiques sont pris en compte.	L'évaluation nutritionnelle doit être élargie systématiquement à tous les patients. Les situations à risque doivent être identifiées.			B		
	USLD – L'équilibre nutritionnel des résidents est assuré en fonction de leurs goûts et habitudes alimentaires.	Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique. Un plan de prise en charge ou de prévention n'est pas systématiquement défini.				B	
30 b	Les conduites addictives sont identifiées et font l'objet d'une prise en charge adaptée.	Les conduites addictives sont prises en compte par les médecins. L'ensemble du personnel doit être sensibilisé et formé, du fait de la population accueillie.			B	B	
30 c	La maladie thromboembolique fait l'objet d'une prévention dans les situations à risque.	La prévention et le traitement des maladies thromboemboliques sont assurés. L'harmonisation des pratiques dans les services et la traçabilité de la réflexion ne sont pas encore réalisées.			B	B	
30 d	Les chutes des patients font l'objet d'une prévention.	La traçabilité de l'évaluation systématique et de la prise en charge adaptée manque dans le dossier de soins. Les critères d'identification des patients à risque sont connus et identifiés. La prise en charge est adaptée. Des actions d'amélioration sont régulièrement entreprises dans les équipes soignantes et dans l'établissement.			B	B	
30 e	Le risque suicidaire est pris en compte.	Le risque suicidaire est pris en compte et l'information est notée dans le dossier du patient. L'équipe peut faire appel à un psychiatre ou un psychologue. Les critères d'identification de patients ayant besoin d'une prise en charge spécifique sont à formaliser.			B	B	
30 f	Les escarres font l'objet d'une prévention.	Les patients hospitalisés font l'objet systématiquement d'une prévention prenant en compte sa situation clinique et des modalités de prise en charge sont définies.			A	A	

		Cotations				
30 g	<p>USLD – Un projet de vie est individualisé pour chaque résidant en prenant en compte ses souhaits.</p>	<p>Il n'existe pas de projet de vie individualisé. Cependant, les souhaits des résidants et de l'entourage sont pris en compte. Les activités proposées aux résidants sont adaptées aux capacités physiques et intellectuelles de chacun. Un programme d'activité est élaboré avec tous les intervenants et en collaboration avec le résidant et son entourage. D'autres activités plus originales (sorties, animations...) existent depuis longtemps. La traçabilité des activités spécifiques est effective. L'ensemble des données nécessaires au projet de vie individualisé est effectivement présent. Un groupe de travail pluridisciplinaire travaille déjà sur la construction du projet de vie. Ce dernier sera finalisé en juin 2007. L'établissement devra mettre en œuvre un projet de vie individualisé.</p>				
						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 sa prise en charge. Les responsabilités ne sont pas identifiées.			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 et/ou sa famille de recevoir une information cohérente sur ses soins et son état de santé tout au long de sa prise en charge. La coordination n'est pas évaluée.				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. Certaines particularités spécifiques de certains patients, liées à des handicaps (visuels, psychiques...), nécessitent une formation des professionnels à développer.			B	B	
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 mais elles ne sont pas systématiquement tracées.			B	B	
31 d	Le consentement éclairé du patient (résident – USLD) ou de son représentant légal est requis pour toute pratique le concernant.	Avant toute demande de consentement, le patient ou son représentant légal est informé sur les actes de prévention, d'exploration et de soins qui le concernent en particulier sur leurs risques et leurs bénéfices. Le consentement du patient ou de son représentant légal est systématiquement recueilli. Mais sa traçabilité dans le dossier du patient n'est pas systématique.			B	B	
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			B	B	

			Cotations				
		systematique du consentement éclairé n'est pas toujours réalisé.					
31 f	Le patient (résidant – <i>USLD</i>) est informé de la survenue d'un événement indésirable lors de sa prise en charge.	Les modalités d'information du patient durant son séjour concernant la survenue d'un événement indésirable ne sont pas formalisées. L'information donnée n'est pas systématiquement tracée dans le dossier. Des actions d'amélioration ponctuelles et ciblées, dans quelques situations (bactéries multirésistantes, chutes), ont été initiées. L'établissement devra formaliser la traçabilité de l'information des événements indésirables			C	C	

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.	La douleur est systématiquement prise en compte par tous les professionnels de soins, comme l'atteste le questionnaire de sortie des patients. Cependant, la mise en place d'une organisation structurée va se mettre en place autour du tout récent CLUD. Il n'existe pas de structuration transversale sur l'ensemble de l'établissement qui assure la prévention et la prise en charge de la douleur. Un seul service dispose de référent médical, pivot, pour la douleur. Il n'y a pas de protocoles transversaux, qui suivent les recommandations des sociétés savantes. Les outils et méthodes utilisées en pratique clinique pour l'évaluation du douloureux ne sont pas utilisés de façon routinière.			C	C	
32 b	Le patient (résidant – USLD) est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement.	La prise en charge de la douleur est effective. L'évaluation de la satisfaction des patients est mesurée au travers des questionnaires de sortie, mais des actions correctives formalisées ne sont pas en place, les actions menées sont différentes en fonction des services. Le suivi de la douleur du patient n'est pas tracé, systématiquement et n'est pas coordonné entre les différents soignants. Les outils de mesure fiables, reproductibles et validés (EVA, EVS...) ne sont pas systématiquement utilisés. Il manque une réflexion, à la fois globale et spécifique de chaque prise en charge, sur le traitement et l'évaluation de la douleur.			C	C	
32 c	Les professionnels sont formés à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur.	Une formation intra-muros est organisée sur la prise en charge de la douleur. Son contenu n'est pas adapté aux spécificités de prise en charge de chaque service. De plus, elle n'aborde pas des points généraux comme l'évaluation ou les traitements de manière générale. Son efficacité n'est pas évaluée. L'EMASP va devenir un point d'appui intéressant pour la formation.			C	C	

			Cotation				
32 d	La disponibilité des traitements prescrits est assurée en permanence.	La coordination entre la pharmacie et les secteurs d'activité et les règles internes aux secteurs d'activité permettent une dispensation et un approvisionnement en permanence des traitements antalgiques.			A	A	

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

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

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

Réf. 36	Les circuits du médicament et des dispositifs médicaux stériles sont organisés en concertation entre les professionnels de la pharmacie et ceux des autres secteurs (des USLD – USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
36 a	Les conditions de prescription, de validation, de dispensation et d'administration des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont maîtrisées afin de réduire le risque iatrogène évitable.	<p>Le circuit du médicament et des DMS est organisé par un COMEDIMS.</p> <p>La prescription médicale est manuscrite en SSR et informatisée en USLD.</p> <p>La délivrance des médicaments par la pharmacie est globale pour chaque service. Le transport des médicaments est sécurisé.</p> <p>En SSR, les infirmières réalisent une retranscription des prescriptions médicales. Elles préparent les médicaments pour chaque patient car il n'y a pas de préparation nominative en amont à la pharmacie. La traçabilité de l'administration au patient n'est pas systématiquement contrôlable, sauf en USLD.</p> <p>La gestion des dotations dans les secteurs d'activité est assurée globalement par la pharmacie et les infirmières, selon une procédure non structurée.</p> <p>Il n'y a pas de recueil des effets indésirables liés aux médicaments et aux DMS.</p> <p>Le circuit des médicaments/DMS n'est pas évalué.</p> <p>Une action corrective a été initiée récemment en SSR : informatisation de la prescription médicale dans un des services de SSR.</p>			C	B	
36 b	L'utilisation des médicaments suit les recommandations de bonne pratique en termes de pertinence de l'indication, de respect des contre-indications, et de connaissance des interactions et effets secondaires.	<p>Les professionnels suivent les recommandations de bonne pratique de prescription des médicaments permettant d'assurer une bonne utilisation des médicaments. Une EPP sur la pertinence d'utilisation des AVK en SLD a été réalisée.</p> <p>Par contre, il manque le recueil des effets indésirables liés aux médicaments.</p>			B	B	

			Cotation				
36 c	L'administration du médicament au patient (résidant – USLD) est conforme à la prescription et fait l'objet d'une traçabilité.	La conformité de l'administration du médicament à la prescription n'est pas assurée : prescription informatisée non généralisée, recopiage, délivrance globale non nominative, traçabilité de l'administration non systématique en SSR. En USLD, la traçabilité de l'administration est assurée. Les effets indésirables liés aux médicaments ne sont pas recueillis.			C	B	
36 d	Les informations sur les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont à la disposition des utilisateurs.	Les responsables de la pharmacie délivrent aux professionnels des informations validées et actualisées sur les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux et mettent à disposition des patients des informations adaptées à leur état de santé.			A	A	
36 e	Les demandes urgentes de médicaments peuvent être satisfaites à tout moment.	Il existe une organisation concertée et connue de tous les professionnels pour satisfaire à tout moment les demandes urgentes de médicaments.			A		
	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.	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.	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.	NA					
37 d	Les compétences professionnelles au sein des secteurs d'activité interventionnelle sont régulièrement évaluées.	NA					

Réf. 38	Le don d'organe ou de tissus à visée thérapeutique est organisé		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
38 a	La participation de l'établissement aux activités ou à un réseau de prélèvements d'organes et de tissus est définie.	L'établissement ne participe pas à un réseau de prélèvements d'organes.			NA	NA	
38 b	Une information sur le don d'organes ou de tissus est disponible pour le public.	L'information du public sur les dons d'organes ou de tissus n'est pas organisée. L'établissement devra organiser une information sur le don d'organes à l'intention du public.			C	C	
38 c	Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes ou de tissus.	Les professionnels ne sont pas tous informés des enjeux concernant les dons d'organes ou de tissus.			B	B	
38 d	Les prélèvements d'organes ou de tissus sont réalisés conformément aux règles de bonnes pratiques.	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	
39 b	La prise en charge du patient associe les professionnels des secteurs d'activité clinique et de rééducation et de soutien ; l'information réciproque et la collaboration sont effectives.	L'information réciproque et la coordination des professionnels sont organisées en vue d'une collaboration effective dans la prise en charge du patient et sont tracées dans son dossier.			A		
	USLD – La prise en charge pluriprofessionnelle du résidant associe les professionnels des USLD et ceux de la rééducation et du soutien psychologique.	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 activités de rééducation et/ou de soutien conduit l'équipe pluridisciplinaire à réajuster la prise en charge si besoin.			A	A	

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

Réf. 41	La continuité des soins après la sortie est planifiée et coordonnée avec le patient (résident – USLD) et son entourage ainsi qu’avec les professionnels intervenant en aval		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
41 a	Le patient, l’entourage et le médecin traitant sont associés à la planification de la sortie.	La sortie est planifiée le plus tôt possible avec le patient et son entourage et le médecin traitant en tenant compte de ses besoins.			A		
	USLD – Le résident, l’entourage et le médecin traitant qu’il désigne, le cas échéant, sont associés à la planification de la sortie.	La sortie est planifiée le plus tôt possible avec le patient et son entourage et le médecin traitant en tenant compte de ses besoins.				A	
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 appropriées.			A		
	USLD – Le résident est adressé aux professionnels et structures appropriés en fonction de ses besoins de santé et de ses choix.	La connaissance des ressources disponibles dans le territoire de santé permet d’adresser le patient aux professionnels et structures appropriées.				A	
41 c	Les professionnels assurant l’aval sont informés et associés à la planification de la sortie du patient (résident – USLD) dans des délais compatibles avec la continuité de la prise en charge.	Les secteurs d’activité informent et associent en temps utile les professionnels d’aval afin de permettre la continuité de la prise en charge.			A	A	
41 d	La continuité de la prise en charge est assurée lors du transfert entre établissements.	Les conditions du transfert du patient entre établissements sont adaptées à sa situation. Les professionnels organisent les retours d’information nécessaires pour s’assurer de la continuité de sa prise en charge.			A	A	

Réf. 42	Les soins palliatifs font l'objet d'une réflexion pluriprofessionnelle en relation avec le médecin traitant et l'entourage – (USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
42 a	La volonté du patient (résidant – USLD) est prise en compte.	La volonté du patient est recueillie et prise en compte en situation de fin de vie. En SSR, la traçabilité de la réflexion et la formalisation des attitudes doivent être systématisées.			B	A	
42 b	La prise en charge des besoins spécifiques du patient (résidant – USLD) en fin de vie et de son entourage est assurée.	Les besoins spécifiques des patients en fin de vie sont identifiés et pris en charge. Il existe une unité mobile spécifique pour la prise en charge des malades relevant de soins palliatifs (EMASP). Après bien des difficultés d'intégration dans l'établissement, ses modalités d'intervention débutent mais sont variables selon les unités de SSR.			B	A	
42 c	La formation des professionnels est organisée.	La formation des professionnels prodiguant des soins palliatifs n'est pas assurée comme l'atteste un questionnaire réalisé chez les soignants. L'EMASP a enclenché un travail de sensibilisation aux soins palliatifs et une formation sur le terrain au décours de ses interventions.			B	B	
42 d	Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.	Les situations nécessitant un accompagnement psychologique des professionnels concernés ont été identifiées par l'EMASP : demande ciblée, situation de crise, mais ne le sont pas par tous les responsables des secteurs d'activité.			B	B	

Réf. 43	Le décès du patient (résident – USLD) fait l'objet d'un accompagnement		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
43 a	Les personnes à prévenir sont contactées en cas d'état critique du patient (résident – USLD) et/ou en cas de décès.	Le recueil des coordonnées des personnes à prévenir est systématique et une organisation permet de prévenir ces personnes en cas d'état critique et/ou de décès du patient.			A	A	
43 b	Les volontés et les convictions du défunt sont respectées.	Le recueil des volontés et convictions du patient en cas de décès est tracé dans le dossier. Celles-ci sont respectées en cas de décès.			A	A	
43 c	Un accompagnement psychologique de l'entourage est assuré.	Lors de décès du patient, les besoins d'accompagnement psychologique de l'entourage sont identifiés et pris en compte.			A	A	
43 d	Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.	Les besoins d'aide psychologique des professionnels confrontés au décès ne sont pas identifiés. Une organisation récemment mise en place avec des groupes de parole permet d'assurer l'accompagnement psychologique des professionnels dans ces situations difficiles.			B	B	

CHAPITRE IV
ÉVALUATIONS ET DYNAMIQUES D'AMÉLIORATION

A – PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Réf. 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
44 a	La pertinence des hospitalisations est évaluée.	<p>L'établissement a évalué la pertinence des hospitalisations au travers de l'évaluation de la menace d'accouchement prématuré.</p> <p>Les critères de choix ont été la gravité de la pathologie traitée, associée à des critères médicosychosociaux.</p> <p>Au travers des données de la littérature, le groupe de travail pluridisciplinaire a élaboré une grille de critères, absolus, relatifs et associés ainsi qu'un <i>scoring</i> pour permettre d'évaluer la lourdeur des pathologies. L'étude rétrospective de 10 dossiers a permis de valider la grille et de l'améliorer de nouveaux critères. Une deuxième étude sur 31 dossiers a permis de dégager des actions d'amélioration à court terme ainsi que le suivi de deux indicateurs.</p> <p>Des actions d'amélioration à long terme sont prévues.</p>	A
44 b	La pertinence des actes à risque est évaluée.	<p>L'établissement a évalué la pertinence des actes à risque au travers de l'évaluation des prescriptions de produits sanguins labiles. La rareté des PSL et leurs coûts ont été les critères de choix.</p> <p>Le groupe de travail a élaboré une grille de critères conformément aux recommandations de l'AFSSAPS. Un audit de 20 dossiers a montré la pertinence des critères. Le groupe a travaillé sur des actions d'amélioration portant sur un arbre décisionnel du contrôle ultime et sur sa traçabilité ainsi que sur la modification de la fiche d'accident transfusionnel. Cet audit sera renouvelé chaque année avec un nombre plus important de dossiers ainsi que l'évaluation de la procédure transfusionnelle.</p>	B
44 c	La pertinence des prescriptions médicamenteuses est évaluée.	<p>L'établissement a évalué la pertinence des prescriptions d'AVK chez les patients présentant des troubles du rythme cardiaque afin de diminuer le risque d'accident. Une grille de critères conformes aux recommandations de l'AFSSAPS a été élaborée. L'enquête de prévalence couplée à un audit a permis de montrer l'adéquation de la prescription.</p> <p>Le groupe a ensuite travaillé à la pertinence de la modification du traitement AVK. Une étude rétrospective des dossiers sur cinq mois a permis de mettre en place des</p>	A

Réf. 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
		<p>actions correctives avec une fiche de modification médicale de la prescription. Une autre étude prospective sur trois mois a montré un gain de stabilité des modifications de la prescription ainsi qu'une diminution des prélèvements sanguins des patients.</p> <p>Un plan d'actions d'amélioration à court terme prévoit la mise en place de cette fiche à tous les patients sous AVK ainsi qu'une enquête de prévalence annuelle.</p>	
44 d	La pertinence des examens de laboratoire et des examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle est évaluée.	<p>L'établissement a évalué la pertinence des écho-Doppler veineux devant une douleur du mollet chez les patients en médecine physique et réadaptation. La maladie thromboembolique est une pathologie grave et la population traitée est à haut risque.</p> <p>Le groupe a choisi d'évaluer 50 dossiers selon le score de Wells référencé dans la littérature internationale. Cette étude rétrospective n'a pas donné de résultats significatifs. Le score a été enrichi de nouveaux critères et un autre audit de 36 dossiers avec le score modifié a été réalisé. Les résultats ont permis de mettre en évidence une adéquation du nouveau score de Wells car la population soignée dans l'hôpital fait l'objet d'une prévention importante et d'une fréquente thromboprophylaxie médicamenteuse.</p> <p>Après réflexion, le groupe souhaite mettre en place une revue de morbidité pour les événements thromboemboliques, porteuse d'actions d'amélioration potentielles.</p>	B

Réf. 45	Les professionnels évaluent le risque lié aux soins		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
45 a	Les professionnels identifient les actes, les processus et les pratiques à risque et évaluent leurs conditions de sécurité.	<p>L'établissement a évalué la prescription de stupéfiants dans la douleur chronique, la douleur tient une place importante dans la prise en charge des patients.</p> <p>Une grille de critères correspondant aux recommandations de bonne pratique a été réalisée sur 21 prescriptions de six dossiers de patients. L'analyse a permis d'améliorer la prévention et la détection des effets secondaires par la mise en place d'une fiche de recueil tenue par les IDE.</p> <p>Le groupe s'engage à mettre en œuvre une évaluation de la traçabilité de l'évaluation régulière de la douleur ainsi qu'un audit annuel.</p>			A		
45 b	L'analyse des événements indésirables et la mise en œuvre des actions de prévention et d'amélioration correspondantes sont assurées.	<p>L'établissement a analysé les infections nosocomiales à SARM en réadaptation. Le suivi des SARM est un indicateur du tableau de bord national des IN, une IN est un événement indésirable d'occurrence faible mais de gravité élevée.</p> <p>Une enquête de morbidité est réalisée pour chaque prélèvement diagnostique positif, avec évaluation du caractère évitable de l'événement, des actions entreprises et des actions correctives.</p> <p>Des actions correctives générales ont déjà été mises en œuvre comme la traçabilité de la levée de l'isolement sur le dossier médical et la réalisation systématique d'un audit BMR pour chaque cas détecté.</p>			A		

Réf. 45	Les professionnels évaluent le risque lié aux soins		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
45 a	Les professionnels identifient les actes, les processus et les pratiques à risque et évaluent leurs conditions de sécurité.	<p>L'établissement a évalué la prescription anticipée de morphine au pousse-seringue électrique pour améliorer la sécurité sur des patients polyopathologiques.</p> <p>Une analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leurs criticités (AMDEC) a été réalisée en trois phases. Un logigramme, l'identification et la hiérarchisation des risques et la création d'une matrice des risques ont été réalisés dans la première phase.</p> <p>Les résultats ont permis d'identifier des actions d'amélioration à court, moyen et long terme ainsi que la mise en œuvre de l'évaluation de ces actions.</p>				B	
45 b	L'analyse des événements indésirables et la mise en œuvre des actions de prévention et d'amélioration correspondantes sont assurées.	<p>L'établissement a analysé les escarres chez les patients hémiplegiques, l'escarre est un événement grave chez des patients fragiles. Ce travail transversal a démarré depuis deux ans.</p> <p>Le groupe a choisi comme méthode l'analyse des causes en construisant un diagramme causes-effets. Après la construction de ce diagramme, l'équipe a analysé un dossier complexe d'escarre. Des causes majeures ont été identifiées ainsi que des actions d'amélioration immédiates.</p> <p>Des actions d'évaluation de ces actions sont en place et sont prévues régulièrement par le cadre du service : évaluation de la planification murale, de la traçabilité et de la mise à jour des feuilles de positionnement, une enquête de prévalence annuelle avec le taux d'escarres induits chez les patients hémiplegiques.</p>				B	

Réf. 46	La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation SSR		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
46 a	Les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés.	<p>L'établissement a choisi d'évaluer l'outil vidéo dans la dyade mère-enfant chez la patiente malade mentale ou toxicomane. Les enjeux liés à la prise en charge ont été identifiés avec une population de patientes accueillies présentant des troubles mentaux dans 30 % et 8 % de conduites addictives. L'objectif étant la prévention future des enfants nés de mère malade mentale ou toxicomane.</p> <p>Malgré de faibles données de la littérature, une grille d'audit a été réalisée et 5 dossiers ont été évalués. Les résultats ont montré la nécessité d'inclure des critères médicaux et paramédicaux spécifiques à cette prise en charge et une nouvelle évaluation a eu lieu.</p> <p>Des actions d'amélioration immédiates et à court terme ont eu lieu.</p> <p>Des réflexions sont en cours sur des actions futures à mener.</p>			B		
46 b	Les processus et les pratiques liés à la prise en charge sont analysés.						
46 c	Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte.						
46 d	Les objectifs d'amélioration sont définis et les actions mises en œuvre.						
46 e	Les données et les indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration.						
46 f	Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons.						

Réf. 46	La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation SSR		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
46 a	Les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés.	<p>L'établissement a choisi d'évaluer la prévention de la luxation de prothèse totale de hanche. Les enjeux liés à la prise en charge ont été identifiés avec une fréquence de 60 % de patients traités en orthopédie. L'instabilité est la deuxième complication après le descellement et avant l'infection. À partir des données de la littérature, une grille d'audit a été élaborée et une évaluation rétrospective de 20 dossiers a été conduite. Cette analyse a donné lieu à une modification de la grille et une nouvelle évaluation a eu lieu sur 30 dossiers. Les résultats ont permis de définir des actions d'amélioration d'harmonisation des pratiques. Une revue de morbidité sur tous les dossiers de patients présentant une luxation sera mise en œuvre.</p>			B		
46 b	Les processus et les pratiques liés à la prise en charge sont analysés.						
46 c	Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte.						
46 d	Les objectifs d'amélioration sont définis et les actions mises en œuvre.						
46 e	Les données et les indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration.						
46 f	Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons.						

Réf. 46	La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation USLD		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
46 a	Les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés.	<p>L'établissement a choisi d'évaluer les plaies de pression pour les patients âgés en fin de vie.</p> <p>Les enjeux liés à la prise en charge ont été identifiés avec un nombre de patients important en fin de vie dans le service de soins longue durée pris en charge par l'équipe mobile d'accompagnement en soins palliatifs.</p> <p>Une grille de recueil de données a été élaborée conformément aux recommandations de bonne pratique.</p> <p>Les étapes du processus de prise en charge ont été détaillées et une liste de critères comportant des mots clés a été établie.</p> <p>Chaque critère évalue soit la pratique médicale soit la pratique soignante.</p> <p>Un audit de 13 dossiers a été réalisé et les résultats ont permis de mettre en place des actions immédiates concernant les conditions d'intervention de l'EMASP, la douleur, la plaie et le soutien des familles.</p> <p>Une deuxième évaluation est actuellement en cours.</p>				B	
46 b	Les processus et les pratiques liés à la prise en charge sont analysés.						
46 c	Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte.						
46 d	Les objectifs d'amélioration sont définis et les actions mises en œuvre.						
46 e	Les données et les indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration.						
46 f	Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons.						

B – RESSOURCES HUMAINES

Réf. 47	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.	<p>L'établissement a défini dans le cadre du projet d'établissement 2000-2005 un projet social comprenant des objectifs de GRH. Il établit chaque année un bilan social comportant des tableaux de bord réglementaires. Un bilan de suivi des objectifs du projet social est présenté aux instances chaque année. Il n'y a pas de réflexion sur les indicateurs utiles à mesurer, l'atteinte des objectifs poursuivis. Des indicateurs de résultats ne sont pas définis.</p> <p>Le contrôle de la mise en œuvre des projets de RH est effectué. Il n'y a pas de dispositif de régulation des dysfonctionnements constatés, ni d'évaluation des résultats de la politique mise en œuvre.</p> <p>L'établissement devra mesurer la réalisation des actions définies dans les orientations stratégiques de la gestion des ressources humaines.</p>	C
47 b	La satisfaction des professionnels de l'établissement est évaluée et prise en compte.	<p>Une consultation du personnel a été réalisée à l'occasion de l'élaboration du projet social en 2000, lors de la mise en place des 35 heures. Il existe un suivi des départs des agents vers d'autres établissements.</p> <p>Ceux-ci sont systématiquement interrogés sur les motifs de leur départ. Les résultats sont insuffisants pour pouvoir être exploités.</p> <p>Il n'existe pas d'enquête de satisfaction.</p> <p>Le suivi du projet social de la mise en place des 35 heures a fait l'objet de présentation aux instances. Certains résultats obtenus ont abouti à des actions correctives.</p> <p>Il n'y a pas d'évaluation à périodicité définie de la satisfaction du personnel débouchant sur la mise en place d'action corrective en relation avec les instances.</p> <p>L'établissement devra mettre en œuvre à périodicité définie des enquêtes de satisfaction du personnel.</p>	C

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.	<p>Il n'existe pas de questionnaire de satisfaction des utilisateurs des prestations logistiques. Les utilisateurs peuvent déclarer les dysfonctionnements sur les fiches de signalement des événements indésirables, ils ne peuvent exprimer ni leur satisfaction, ni leurs attentes par cet intermédiaire.</p> <p>Il n'y a pas d'évaluation des prestations logistiques à périodicité définie.</p> <p>Des actions correctives ont été mises en place au self du personnel à partir du cahier de recueil des avis et suggestions.</p> <p>Les prestations externes (blanchisserie, stérilisation, archives des dossiers médicaux, transport...) ne sont pas évaluées.</p> <p>L'établissement devra évaluer la satisfaction des utilisateurs des prestations logistiques.</p>	C
48 b	L'analyse des prestations logistiques donne lieu à des actions d'amélioration.	<p>Les prestations logistiques ne sont pas évaluées à périodicité définie.</p> <p>Les critères d'évaluation pour l'analyse des prestations logistiques ne sont pas établis. Des actions d'amélioration ont été mises en place à partir du constat de dysfonctionnements : modification des horaires du repas du soir pour les patients, bons de suivi des interventions des services techniques.</p> <p>L'établissement devra évaluer à périodicité définie les prestations logistiques.</p>	C

D – SYSTÈME D'INFORMATION

Réf. 49	Une évaluation du système d'information est mise en œuvre		Cotation
49 a	Les dysfonctionnements du système d'information sont recensés, analysés et traités.	L'identification des dysfonctionnements du système d'information avec les acteurs concernés permet de développer une analyse et un traitement pour y remédier.	A
49 b	La satisfaction des utilisateurs est évaluée et prise en compte.	Il existe un recueil régulier et adapté de la satisfaction des différents utilisateurs du système d'information. Cette évaluation est analysée, mais elle n'a pas fait l'objet de communication.	B
49 c	La gestion du dossier du patient est évaluée.	Un travail réalisé par la direction et les services de soins a permis de définir une procédure d'évaluation du dossier du patient. L'analyse et l'exploitation des résultats sont en cours. Les actions d'amélioration issues de ces résultats ne sont pas définies. L'établissement devra évaluer la gestion du dossier patient.	C

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.	<p>Les modalités d'évaluation de l'atteinte des objectifs ne sont pas définies. Seul est défini un indicateur de suivi des actions du PAQ (réalisé, non réalisé). Les indicateurs permettant de suivre les objectifs des projets ne sont pas établis. L'analyse des écarts entre objectifs et résultats obtenus ne peut être réalisée faute d'indicateur pour les mesurer. Les actions non mises en œuvre aux dates prévues sont reprogrammées.</p>	C
50 b	L'efficacité de la gestion des risques et des vigilances est évaluée.	<p>Il n'y a pas de méthode définie d'évaluation de l'efficacité de la gestion des risques et des vigilances. Des actions concrètes ont été conduites sur certains risques. Un travail a été effectué sur la sécurité transfusionnelle (évaluation en 2006). Une démarche est engagée sur les accidents d'exposition au sang avec rédaction d'une procédure, mise à disposition de boîtes à aiguilles... Le nombre de déclarations sur les différentes vigilances n'est pas connu. L'avis des professionnels sur le dispositif de gestion des risques et de vigilances n'est pas recueilli.</p>	C
50 c	La maîtrise de la documentation est évaluée.	<p>Les modalités d'évaluation de la gestion documentaire ne sont pas établies. La satisfaction des professionnels dans l'accès aux documents n'est pas mesurée.</p>	C

Réf. 51	La satisfaction du patient et de son entourage est évaluée		Cotation
51 a	Le recueil de la satisfaction des patients est suivi d'actions d'amélioration.	Il existe un dispositif de recueil et d'analyse de la satisfaction des patients et de leur entourage dont les résultats sont pris en compte dans un plan d'amélioration de la qualité.	A
51 b	Les délais d'attente sont analysés et des actions d'amélioration sont entreprises.	Il n'existe pas de dispositif de mesure des délais d'attente. Les délais d'attente les plus fréquemment constatés par l'établissement concernent. Les sociétés d'ambulances qui conduisent les patients en dehors de l'établissement. Tout signalement d'événements indésirables concernant ce type d'incident est signalé à la société d'ambulance concernée. L'établissement devra évaluer les délais d'attente des patients.	C
51 c	Les réclamations et les plaintes des patients sont suivies d'actions d'amélioration.	Un dispositif opérationnel de gestion des plaintes et réclamations permet une analyse et une réponse individuelles et systématiques. Ce dispositif est exploité dans le cadre de l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité.	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.	Les médecins de l'établissement développent des contacts directs avec leurs confrères afin de faire connaître leur activité. Les contacts sont informels, les actions d'implication ne sont pas recensées. Il n'y a pas d'évaluation des actions mises en œuvre pour impliquer les correspondants. L'établissement devra recenser les actions mises en œuvre pour impliquer les correspondants externes.	C
52 b	La satisfaction des correspondants est évaluée et prise en compte.	La mesure de la satisfaction des correspondants est organisée et régulièrement effectuée. Les résultats sont en cours d'exploitation.	B

F – ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Réf. 53	La mise en œuvre des orientations stratégiques de l'établissement est évaluée et analysée		Cotation
53 a	Le suivi est réalisé et les évaluations sont utilisées pour réajuster si nécessaire les objectifs.	Le suivi de la mise en œuvre des orientations stratégiques est organisé. Le recueil et l'exploitation des données permettent aux responsables de procéder aux réajustements des objectifs. Les indicateurs et tableaux de bord à utiliser pour la mise en œuvre des orientations stratégiques de l'établissement pour 2006-2010 restent à définir.	B
53 b	La direction et les instances disposent d'éléments permettant les comparaisons avec des établissements similaires.	Un dispositif permettant les comparaisons avec des établissements similaires est en place. Il n'existe pas de procédure d'analyse d'interprétation et de réajustement des écarts.	B
53 c	Les résultats font l'objet d'une communication interne.	Les informations sur la mise en œuvre des orientations stratégiques sont communiquées aux instances, aux cadres et à l'ensemble des professionnels. Les orientations stratégiques pour 2006-2010 doivent être précisées dans le projet d'établissement. La communication sur les résultats et les moyens d'actions pourra alors être définie. Les supports de communication sont le journal interne, les rapports d'activité, les notes d'information et les réunions de services.	B

PARTIE 3
COMMENTAIRES SYNTHÉTIQUES

I. Commentaires synthétiques par type de prise en charge

Soins de suite et de réadaptation

L'établissement met en œuvre une politique visant à assurer la sécurité et la qualité de la prise en charge du patient. Elle est pluridisciplinaire et respecte les droits et attentes des patients, cependant l'établissement devra assurer la formation des professionnels.

L'ensemble des professionnels tracent leurs observations dans le dossier du patient. Toutefois la coordination interdisciplinaire doit gagner en cohérence afin de s'adapter au mieux au projet thérapeutique.

Les prescriptions sont écrites, signées et datées par les prescripteurs sur la fiche de prescription. Elles sont recopiées par les IDE sur le dossier de soins. Les IDE préparent les piluliers des patients à partir d'une délivrance globale de médicaments par la pharmacie et selon une procédure non structurée. La traçabilité de l'administration n'est pas systématique, ni contrôlée.

La prise en charge de la douleur est effective dans les services, cependant l'évaluation de la douleur n'est pas tracée dans le dossier de soins. La prise en charge globale n'est pas structurée de manière transversale, le CLUD vient de se mettre en place. Une réflexion reste à mener sur une organisation structurée, sur des protocoles transversaux, et sur la formation des professionnels.

Les actions de rééducation permettent une prise en charge effective et structurée des patients.

La sortie est planifiée avec le patient, son entourage, les médecins ou les structures d'accueil.

Les soins palliatifs bénéficient d'une équipe mobile et la procédure concernant le décès est établie.

Soins de longue durée

L'établissement met en œuvre une politique visant à assurer la sécurité et la qualité de la prise en charge du patient. Elle est pluridisciplinaire et respecte les droits et attentes des patients, cependant l'établissement devra assurer la formation des professionnels.

L'ensemble des professionnels tracent leurs observations dans le dossier du patient. Toutefois la coordination interdisciplinaire doit gagner en cohérence afin de s'adapter au mieux au projet thérapeutique.

Les prescriptions sont écrites, signées et datées par les prescripteurs sur le dossier de soins. Elles sont informatisées et la traçabilité de l'administration est réalisée sans retranscriptions. Le projet de vie individualisé n'est pas mis en œuvre, cependant les souhaits des résidents et de l'entourage sont pris en compte.

La prise en charge de la douleur est effective dans les services, cependant l'évaluation de la douleur n'est pas tracée dans le dossier de soins. La prise en charge globale n'est pas structurée de manière transversale, le CLUD vient de se mettre en place. Une réflexion reste à mener sur une organisation structurée, sur des protocoles transversaux, et sur la formation des professionnels.

Les actions de rééducation permettent une prise en charge effective et structurée des patients.

La sortie est planifiée avec le patient, son entourage, les médecins ou les structures d'accueil.

Les soins palliatifs bénéficient d'une équipe mobile et la procédure concernant le décès est établie.

II. Appréciation globale sur la dynamique qualité

Des actions d'amélioration de la qualité sont déployées dans l'hôpital depuis la visite d'accréditation V1. L'établissement s'est engagé dans la levée de la réserve et a établi un plan d'actions d'amélioration de la qualité sur l'ensemble des propositions de la V1.

L'établissement est en cours d'élaboration du projet d'établissement, les objectifs pour la période 2006-2010 ne sont pas définis.

La direction qualité est clairement identifiée, de nombreuses actions sont en place, des audits et des enquêtes sont conduits, des réajustements sont apportés mais le plan d'amélioration n'est pas réellement défini et structuré. Les priorités ne sont pas hiérarchisées.

La gestion des risques est en cours de structuration. Le service qualité assure le traitement des fiches d'événements indésirables et les mesures correctives sont mises en place en fonction d'un niveau de gravité. Les risques *a priori* restent à développer ainsi que la hiérarchisation globale et le traitement.

Le programme de surveillance et de prévention du risque infectieux est en place ; cependant une cartographie exhaustive du risque infectieux en fonction des secteurs d'activité est à conduire ainsi qu'une coordination médicale sur le bon usage des antibiotiques.

L'évaluation des pratiques professionnelles a connu un réel développement et fait partie de la démarche d'amélioration de la qualité. Des actions correctives ont été menées, d'autres sont programmées.

D'une manière globale, il manque à l'établissement un programme d'actions qualité et de gestion des risques pluriannuels et globaux reprenant les différentes actions de certains secteurs en assurant la cohérence de l'ensemble grâce à un calendrier de réalisation.

III. Liste des actions exemplaires

Aucune action exemplaire n'a été retenue.

PARTIE 4
DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Certification avec suivi

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

- Sécuriser le circuit des déchets (18 d).

Un rapport de suivi sera produit sur le sujet concerné dans un délai **de 6 mois** à l'issue de la date d'envoi du présent rapport.

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

- Définir les orientations stratégiques au regard du nouveau projet d'établissement afin de déterminer des objectifs opérationnels par domaine d'activité (1 a, d) ;
- Mettre en place un plan formalisé d'amélioration des conditions de travail et de prévention des risques (3 c) ;
- Sécuriser le stockage du linge (11 b) ;
- Organiser un programme de gestion des risques hiérarchisé et coordonné (14 a, b, c, d) ;
- Renforcer le programme de surveillance et de prévention du risque infectieux (16 a, d) ;
- Organiser la prise en charge de la douleur et l'évaluer (32 a, b, c) ;
- Sécuriser le circuit du médicament en SSR (36 a, c) ;
- Mettre en œuvre l'évaluation du programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques (50 a, b, c).

INDEX

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

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

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
ECHEL :	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	IGEQSI :	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
GMAO :	Gestion de maintenance assistée par ordinateur	MFQ :	Mouvement français de la qualité
		MGEN :	Mutuelle générale de l'Éducation nationale

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
RSD :	Règlement sanitaire départemental		