

**RAPPORT DE CERTIFICATION DU
CENTRE HOSPITALIER
DE MONTFAVET**

**2, avenue de la Pinède
BP 92
84143 MONTFAVET**

Juillet 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.	84
DÉMARCHE QUALITÉ ET ACCRÉDITATION	p.	7	B Ressources humaines	p.	95
I Historique et organisation de la démarche qualité	p.	8	C Fonctions hôtelières et logistiques	p.	96
II Suivi des décisions de la première procédure d'accréditation	p.	9	D Système d'information	p.	97
III Association des usagers à la procédure d'accréditation	p.	19	E Qualité et gestion des risques	p.	98
IV Interface avec les tutelles en matière de sécurité	p.	20	F Orientations stratégiques	p.	101
			Liste des actions exemplaires	p.	102
PARTIE 2					
CONSTATATIONS PAR CHAPITRE	p.	21			
Chapitre I – Politique et qualité du management	p.	22			
Chapitre II – Ressources transversales	p.	30	PARTIE 3		
A Ressources humaines	p.	33	DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	p.	103
B Fonctions hôtelières et logistiques	p.	34			
C Organisation de la qualité et de la gestion des risques	p.	37	INDEX	p.	105
D Qualité et sécurité de l'environnement	p.	42			
E Système d'information	p.	50			
Chapitre III – Prise en charge du patient	p.	55			
A Orientations stratégiques et management des secteurs d'activité	p.	56			
B Parcours du patient	p.	58			

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Date de la visite de certification : du 17 au 24 avril 2007

Nom de l'établissement	Centre hospitalier de Montfavet	
Situation géographique	Ville : Montfavet Département : Vaucluse	Région : Provence-Alpes-Côte d'Azur
Statut (<i>privé-public</i>)	Établissement public hospitalier départemental	
Type de l'établissement (<i>CHU, CH, CHS, HL, PSPH, Ets privé à but lucratif</i>)	Le centre hospitalier est un établissement spécialisé dans la prise en charge hospitalière et ambulatoire des pathologies psychiatriques adultes et infantojuvéniles.	
Nombre de lits et places (<i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i>)	L'établissement dispose de 951 lits et places dont 498 lits et 278 places pour la psychiatrie générale, 23 lits et 152 places pour la psychiatrie infantojuvénile.	
Nombre de sites (<i>de l'ES et leur éloignement s'il y a lieu</i>)	L'établissement a mis en place une politique de sectorisation, celle-ci se traduit par un dispositif de soins très diversifié (plus de 110 structures ambulatoires, alternatives à l'hospitalisation et hospitalisation complète en psychiatrie adulte et infantojuvénile).	
Activités principales (<i>par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i>)	L'établissement est spécialisé dans la prise en charge des pathologies de santé mentale pour la psychiatrie adulte et infantojuvénile.	
Activités spécifiques (<i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i>)	L'établissement a développé des activités spécifiques : prise en charge de malades difficiles (3 unités hommes et une unité femmes) et des détenus (centre de détention Tarascon et Avignon le Pontet) et en pédopsychiatrie la prise en charge « mère-enfant ». À celles-ci s'ajoute, dans le cadre de la psychiatrie de liaison, la prise en charge des urgences psychiatriques au sein de centres hospitaliers, de la personne hospitalisée sous contrainte. L'établissement a développé un pôle médicosocial (112 lits et 61 places) – centre d'aide par le travail, maison d'accueil spécialisé, foyer d'hébergement, foyer occupationnel, hébergement temporaire et en période hivernale.	

Coopération avec d'autres établissements <i>(GCS, SIH, conventions...)</i>	Des nombreuses conventions de partenariat relatives à la prise en charge des patients ont été signées avec les établissements sanitaires, les structures médicosociales et sociales, l'éducation nationale, les associations...
Origine géographique des patients <i>(attractivité)</i>	La très grande majorité des patients est originaire pour la grande majorité du département du Vaucluse et du sud de la Drôme et Est Gard. La prise en charge de malades difficiles a une vocation d'accueil national.
Transformations récentes <i>(réalisées ou projetées, ou projets de restructuration)</i>	De nombreux projets de construction, de réhabilitation et/ou d'acquisition ont été menés, d'autres sont en cours de réalisation et à l'état de réflexion (rénovation des trois UF) construction de 2 unités de soins pour malades difficiles – 06 07 – ouverture de la MAS début 2007 et du foyer occupationnel en 2008 ; transfert et rénovation des hôpitaux de jour en pédopsychiatrie, gériatrie et psychiatrie adulte. Des réflexions sont engagées pour des projets de construction à Carpentras et à Orange de deux unités de 20 lits...

PARTIE 1

DÉMARCHE QUALITÉ ET ACCRÉDITATION

I Historique et organisation de la démarche qualité

Engagée depuis 1998, la structure qualité a évolué successivement dans ses organisations et ses responsabilités.

Ainsi en 2006 dans une optique de développer une meilleure coordination, l'établissement a fusionné le comité de prévention et de gestion des risques avec le comité qualité.

Ce comité qualité et gestion des risques a pour mission de piloter la démarche qualité et a une vocation politique et stratégique.

À ce jour, la direction de la qualité et la direction de la gestion des risques assurent les missions attribuées et mettent en œuvre le programme qualité et gestion des risques.

L'articulation entre les deux directions se formalise au travers un dispositif dénommé « cellule qualité-gestion des risques » ; celui-ci repose sur une revue hebdomadaire et bimensuelle entre le responsable qualité et le gestionnaire des risques et les directeurs chargés de la qualité et de la gestion des risques.

Le déploiement de la démarche est organisé autour du collège des référents qualité/gestion des risques (un référent par secteur d'activité) récemment désignés.

L'établissement s'engage dans une politique d'évaluation ; pour ce faire, 14 professionnels ont été formés à l'audit.

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
Recommandation	Renforcer la protection de la confidentialité et la sécurisation de l'information	En cours	Référence GRH 9 « La gestion administrative du personnel assure la confidentialité, la qualité et la sécurité des informations individuelles concernant le personnel » 1- Sécurisation des dossiers agents Deux actions ont été entreprises : la première concerne la sécurisation de l'accès aux dossiers qui sont maintenant rangés dans un local accessible par système biométrique uniquement par les agents du service et la deuxième concerne la traçabilité du dossier. 2-Changement de code d'accès lors de mutation interne d'un agent : la DRH communique au service informatique les mouvements des agents lors de leur changement d'affectation (procédure informatisée).	Oui	De nombreuses actions ont été menées afin de renforcer la protection de la confidentialité et la sécurisation de l'information : GRH9 : La sécurisation des dossiers agents a été conduite au niveau de l'accès aux dossiers protégés par un système biométrique réservé aux seuls agents du service. De même, le circuit du dossier agent a été formalisé. GS12 : Mise en place de deux chartes de bonne conduite à l'attention des utilisateurs et du service informatique qui précisent les modalités d'accès de chaque utilisateur et le contrôle des administrateurs. Désignation d'un responsable de la sécurité du réseau informatique. Engagement de l'établissement dans un processus d'évaluation de méthode proposée par le groupement de modernisation du

Niveau de décision (Recommandation/ Réserve)	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des experts-visiteurs	
		Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires	Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires
			Référence GSI 2 « Les mesures nécessaires à la protection de la confidentialité, à la sécurité des informations concernant les patients et au respect de leurs droits dans la gestion de l'information sont prises » Depuis 2003, la sécurité des données a été renforcée alors que dans le même temps des extensions importantes du réseau ont été effectuées (connexion d'une cinquantaine de structures au site central). La sécurisation des données est considérée comme un élément essentiel à l'égard des utilisateurs de l'informatique hospitalière. À ce titre, deux documents sont largement diffusés à travers l'intranet notamment : - Charte de bonne conduite des utilisateurs - Charte de bonne conduite du service informatique Par ailleurs, des règles claires ont été posées en ce qui concerne les accès de chaque utilisateur, le		système d'information hospitalière (GMSIH). Mise en place de sacoches pour assurer la confidentialité des dossiers du patient entre les structures de soins. La protection de la confidentialité et la sécurisation de l'information sont garanties par les mesures mises en œuvre.

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
			contrôle des administrateurs, les mises en veille des écrans après un temps de non-utilisation L'équipe du service informatique a des fonctions précises et décrites dans un organigramme détaillé, un responsable de la sécurité (ingénieur réseau) est désigné. La sécurisation des informations est donc définie et est intégrée dans les achats de matériels et prestations informatiques Le renforcement de la protection de la confidentialité est une action sur le court, moyen et long terme. Des mesures ont été prises en ce sens : - achat de sacoches pour transporter des dossiers de soin - intégration de renforcement d'isolation phonique lors des opérations de travaux : direction, bureaux de la maison d'accueil spécialisée, du foyer occupationnel, des UMD, comme tous les autres bureaux (CMP Valréas, Saint-Rémy, Envol) ou chambres sont ou seront réalisées avec traitement de		

Niveau de décision (Recommandation/ Réserve)	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des experts-visiteurs	
		Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires	Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires
			l'acoustique, parois avec incorporation de laine de roche, faux plafond et porte isophonique. Ces éléments constructifs sont en base dans les programmes techniques détaillés fournis par l'établissement aux concepteurs. D'autres démarches se poursuivent : - Le GAQ n°4 examine les procédures d'accès du dossier du patient sous l'angle de la confidentialité : précaution à l'égard des stagiaires, procédures d'archivage notamment - l'établissement s'est engagé fin 2005 dans un processus d'évaluation de méthode proposé par le groupement de modernisation du système d'information hospitalière (GMSIH). Il s'agit d'une auto-évaluation de la sécurité des systèmes d'information, à partir de laquelle un plan d'actions doit être défini pour améliorer cette sécurité.		

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
			- La démarche est coordonnée au sein de l'établissement par le gestionnaire des risques et par l'ingénieur chargé de la sécurité informatique. Cet engagement souligne la volonté de l'établissement de progresser dans la politique de sécurité des systèmes d'information.		
Recommandation	Poursuivre l'organisation des prestations logistiques et en assurer l'évaluation	En cours	Référence GFL 2 « L'établissement est organisé pour assurer la sécurité et la maintenance des bâtiments, des équipements et des installations » Le principal pourvoyeur de matériels installés dans les services hors ceux acquis directement par le centre hospitalier de Montfavet est le comité hospitalier. Une procédure visant à limiter les installations de matériel de nature à engendrer des risques a été mise en œuvre en accord avec cette association. Elle vise à ce que les achats et installations n'interviennent qu'après	En cours	La dynamique existe pour les fonctions linge, restauration, déchets, transport. Un GAQ a été constitué dès 2004, intitulé « étude des circuits et des flux ». Les propositions émises par les experts-visiteurs de la visite V1 ont été prises en compte et des actions d'amélioration y compris des actions d'évaluation, ont été conduites dans ces domaines. Cependant, l'évaluation du processus de nettoyage ne porte que sur le bionettoyage effectué par le prestataire de service et non sur celui réalisé au sein des unités de soins.

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
			accords du Service Logistique et du Service Technique. En 2005, l'achat d'une remorque d'occasion non conforme a ainsi pu être empêché. Cette procédure a fait l'objet d'un rappel écrit le 20 mars 2006 dont ci-joint copie. Par ailleurs, afin de recenser les équipements utilisés dans les services hors ceux acquis par le centre hospitalier de Montfavet, chaque structure de l'Établissement a été requise par courrier daté du 20 mars 2006 afin de communiquer aux Services Logistiques la liste de ces matériels utilisés dans ces services. À partir de cette liste exhaustive et des autorisations qui pourront être accordées, le suivi de ces équipements est envisageable. Référence GFL 3 « La fonction restauration respecte les règles d'hygiène, l'équilibre nutritionnel et recherche la satisfaction des consommateurs » La question a été examinée au CLAN du 6 avril 2005. Ci-joint copie du compte rendu de cette réunion. Une note de service a été diffusée à		

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
			la suite de cette réunion. Ci-joint copie de la note de service n° 17/2005 en date du 12 avril 2005. La question a été réexaminée au CLAN du 7 septembre 2005. En complément des dispositions prises, il a été demandé aux livreurs d'indiquer sur la fiche de température les difficultés rencontrées. Le cadre de l'unité doit également être interpellé en cas de difficulté. Enfin le responsable HACCP de l'établissement et le cadre de santé hygiéniste sont chargés d'effectuer régulièrement le contrôle de : - l'entretien des réfrigérateurs - l'affichage du planning de nettoyage Les comptes rendus des réunions de CLAN sont adressés à tous les référents repas des Services de Soins. La liste des référents a été contrôlée en début d'année 2005 par la direction des Soins qui se charge de l'actualiser autant que de besoin. Une large circulation de ces informations est ainsi assurée. Référence GFL 5 « Le nettoyage		

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
			des locaux et des équipements est conforme à la politique de sécurité et d'hygiène » Le nettoyage des locaux est assuré par la Société ONET dans le cadre d'un marché public. L'appel d'offres ouvert relatif à cette prestation lancé en 2005 a abouti à la reconduction de ce marché au même prestataire à compter de 2006. L'évaluation du nettoyage des locaux fait partie de la prestation de cette société. Sa mise en œuvre est décrite dans les documents contractuels dont la copie est jointe. Cette évaluation comprend l'utilisation de fiches de contrôles (copies jointes) : ces contrôles sont réalisés de manière aléatoire par le cadre de cette société. Ils sont complétés par des fiches de traitement d'anomalies (copie jointe). Ces documents sont transmis au responsable des Services Logistiques en charge de cette question (Attaché d'administration hospitalière).		

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
			Une réunion mensuelle au minimum permet de faire le point sur les prestations à partir des documents transmis. Ces réunions font l'objet d'une transcription écrite (copie ci-jointe à titre d'exemple). En complément de toutes ces dispositions, la responsable du Service Hygiène de l'établissement effectue des contrôles réguliers, et en rend compte à l'Attaché d'administration hospitalière des Services Logistiques. Référence GFL 6 « La fonction transport est organisée et coordonnée » L'évaluation du Service Transport a été réalisée au cours de l'année 2003 au moyen de quatre questionnaires d'évaluation de la satisfaction concernant les transports sanitaires, les transports logistiques, la maintenance du parc automobile et la mutualisation des véhicules. Début 2006, le questionnaire a de nouveau été envoyé aux Responsables des Services de Soins pour l'évaluation des années 2004 et 2005.		

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
			Référence GFL 9 « L'établissement est organisé pour assurer la sécurité des personnes contre l'incendie » Ci-annexé tableau de suivi des équipements de détection incendie des unités intra- et extrahospitalières du centre hospitalier de Montfavet		
Recommandation	Élaborer un dispositif permettant l'identification, la gestion et la maîtrise d'un phénomène épidémique	Oui	Un protocole a été rédigé pour répondre à cette recommandation, référencé SPI-EP-P-0001-V1 dans la gestion documentaire et intitulé « Conduite à tenir face à une épidémie »	Oui	L'établissement a été confronté à des situations de phénomènes épidémiques et le dispositif s'est montré opérationnel.

III. Association des usagers à la procédure d'accréditation

Les représentants des usagers siègent au sein des différentes instances : conseil d'administration, comité qualité/gestion des risques ; commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

Ils participent régulièrement aux groupes d'amélioration de la qualité mis en place dans l'établissement.

Dans les quatre conseils de vie sociale des établissements médicosociaux, les usagers et familles d'usagers sont majoritaires et président l'instance.

Leur avis est pris en compte pour améliorer le service rendu au patient.

Un CLAN est en place sans participation effective des usagers.

De même, un CLUD vient d'être créé à l'initiative de la CME mais la composition est en attente du renouvellement de la CME.

La rencontre des responsables de l'établissement permet de constater la volonté d'associer les usagers au CLAN dès que l'ensemble des représentants des usagers au conseil d'administration sera désigné par les autorités de tutelle.

La place des usagers dans les équipes d'auto-évaluation

Les associations d'usagers ont été sollicitées pour participer de manière active à l'auto-évaluation menée dans l'établissement ;

Cela se concrétisera par la participation de représentants d'usagers :

Dans l'équipe 1 « Management » (3 représentants).

Dans l'équipe 4 « Qualité, Gestion des risques, Sécurité de l'environnement » (1 représentant siégeant à la CRUQ).

Dans l'équipe 15 « Prise en charge du patient » (4 représentants)

IV. Interface avec les tutelles en matière de sécurité

La MRIICE a renvoyé la fiche navette sans porter d'observation.

Les experts-visiteurs ont procédé à l'examen des fiches de synthèses et de sécurité.

Les experts-visiteurs ont, lors du bilan journalier, fait part de la remarque suivante : les recommandations issues des contrôles externes dans certains domaines ne font pas systématiquement l'objet d'une prise en compte organisée et hiérarchisée compte tenu du très important parc immobilier hospitalier et ambulatoire et malgré une volonté très forte de la direction.

PARTIE 2

CONSTATATIONS PAR CHAPITRE

CHAPITRE I

POLITIQUE ET QUALITÉ DU MANAGEMENT

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

Réf. 2	L'établissement accorde une place primordiale au patient et à son entourage		Cotations
2 a	Le respect des droits et l'information du patient sont inscrits dans les priorités de l'établissement.	L'établissement intègre le respect des droits et de l'information du patient dans la mise en œuvre de ses orientations stratégiques et dans son organisation. La sensibilisation des professionnels est assurée.	A
2 b	L'expression du patient et de son entourage est favorisée.	Les entretiens et les échanges entre les professionnels, les patients et leur entourage sont réalisés dans des conditions propices à l'expression. Des locaux adaptés sont disponibles à cet effet. Le recueil des suggestions et des plaintes est organisé. Le livret d'accueil remis au patient ne fait pas mention des associations d'usagers et ne comporte pas d'engagement quant à la prise en charge de la douleur.	B
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 sans que pour autant cette réflexion soit formalisée. À ce titre, une commission éthique vient d'être créée à l'initiative de la présidence de la CME.	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. L'analyse des questionnaires de satisfaction est réalisée, malgré un faible retour, pour les services intrahospitaliers et l'UMD. Le retour des questionnaires de satisfaction pour les structures extrahospitalières est quasiment inexistant malgré l'existence de supports spécifiques. Par ailleurs, il n'existe pas de recueil de la satisfaction du patient adapté aux structures et à la prise en charge des patients en infantojuvénile.	B
2 e	Les représentants des patients participent à l'évaluation et à l'amélioration des services rendus par 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

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 quantitative au sein de l'établissement et des secteurs d'activité sur la base d'outils partagés. Une réflexion est engagée pour apprécier ces besoins dans une dimension qualitative.	B
3 c	L'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques professionnels font partie des objectifs de la politique des ressources humaines.	Les conditions de travail et les risques professionnels sont évalués et un plan d'amélioration des conditions de travail est élaboré. Des actions de suivi et d'évaluation sont planifiées. Ce dispositif n'est toutefois pas exhaustif.	B
3 d	La motivation des personnels est recherchée en favorisant leur adhésion et leur implication.	Des actions sont identifiées et conduites au sein de l'établissement de santé pour favoriser l'adhésion, la participation et la motivation des personnels. Leur réalisation demeure hétérogène.	B

Réf. 4	La politique du système d'information et du dossier du patient est définie en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement		Cotations
4 a	Le schéma directeur du système d'information s'appuie sur les orientations stratégiques de l'établissement.	Le schéma directeur a été élaboré et approuvé en s'appuyant sur l'identification et la hiérarchisation des besoins stratégiques de l'établissement en information.	A
4 b	Les projets du système d'information sont définis et hiérarchisés en fonction des processus à optimiser, en recherchant l'adhésion des professionnels concernés et, en cas d'informatisation, de la maturité du marché.	Les projets du système d'information sont définis et hiérarchisés à partir d'une identification des domaines et processus à optimiser en tenant compte de la maturité du marché. Les différents utilisateurs y sont associés.	A
4 c	Des méthodes de conduite de projet prenant en compte l'expression des besoins des utilisateurs permettent de réaliser les projets du système d'information.	Des méthodes de conduite de projet prenant en compte l'expression des besoins des utilisateurs sont utilisées. Leur efficacité n'est pas régulièrement évaluée.	B
4 d	Les professionnels concernés reçoivent un accompagnement et une formation pour traiter et utiliser les données.	Les personnels utilisateurs bénéficient d'une formation adaptée et d'un accompagnement personnalisé permettant un traitement et une utilisation efficace des données.	A
4 e	Une politique du dossier du patient est définie afin d'assurer la qualité et la continuité des soins.	Une politique du dossier du patient en cohérence avec les orientations stratégiques a été définie ; cependant celle n'est pas formalisée. Un dossier du patient uniformisé est en place ; un projet d'informatisation est en cours de réflexion. Cette politique favorise la confidentialité, la fiabilité, l'accessibilité, le stockage des informations et la coordination ; toutefois les pratiques restent hétérogènes ; l'accessibilité de l'information n'est pas garantie. Un groupe de travail a été constitué avec pour objectif la définition d'un guide d'utilisation et d'une grille d'évaluation. Ceux-ci ont été élaborés et sont en attente de validation et de mise en place.	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.	La direction et les responsables identifient les objectifs devant faire l'objet d'une communication interne, définissent les moyens et les personnes chargées de mettre en œuvre la politique de communication. Cependant la mise en œuvre de la politique de communication n'est pas entièrement généralisée sur l'établissement.	B
5 b	Les orientations stratégiques, leur mise en œuvre et leurs résultats sont connus de l'ensemble des professionnels de l'établissement.	L'organisation de la communication est en place dans l'établissement. Elle ne permet pas de s'assurer que l'ensemble des professionnels connaît les orientations stratégiques, leur mise en œuvre et leurs résultats.	B
5 c	La direction et les responsables développent une politique de communication à destination du public et des correspondants externes.	Un dispositif est défini et mis en place afin que le public et les correspondants externes aient accès aux orientations stratégiques et à la vie de l'établissement.	A

Réf. 6	L'établissement définit une politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques intégrée aux orientations stratégiques		Cotations
6 a	La direction et les instances définissent les priorités et les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.	Les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité sont définis et hiérarchisés de manière concertée entre la direction et les instances. Ils sont communiqués aux professionnels. Les objectifs en matière de gestion des risques sont définis mais non à ce jour.	B
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 mises en œuvre.	A
6 c	Les responsabilités concernant la gestion de la qualité et des risques sont identifiées.	Les responsabilités des professionnels concernant la qualité et la gestion des risques sont définies ; les différents niveaux d'intervention (responsable hiérarchique, responsable de fonction transversale, professionnel) dans le domaine de la gestion des risques sont à clarifier entre tous les intervenants.	B

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

CHAPITRE II

RESSOURCES TRANSVERSALES

A – RESSOURCES HUMAINES

Réf. 8	Le dialogue social est organisé au sein de l'établissement		Cotations
8 a	Les instances représentatives des personnels sont consultées à périodicité définie et traitent des questions relevant de leur compétence.	Les instances sont réunies périodiquement conformément à la réglementation. Un suivi est assuré sur les thèmes ayant fait l'objet de leur avis et suggestions. La commission du service de soins infirmiers se réunit irrégulièrement.	B
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 requises.	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 régulièrement évalué pour permettre de réajuster son programme.	B
9 c	La formation continue, y compris médicale, contribue à l'actualisation et à l'amélioration des compétences des personnels.	Il existe un plan de formation qui permet de répondre aux orientations stratégiques de l'établissement de santé et des secteurs d'activité, aux besoins individuels, notamment en termes de promotion, et qui associe dans son élaboration les différents acteurs institutionnels. Sa mise en œuvre est maîtrisée (recueil de besoins, critères de priorisation, politique de choix et d'achats de formation, etc.) et évaluée. S'agissant de la formation médicale, elle est effective sans donner lieu toutefois à un plan de formation et à un bilan exhaustif.	B
9 d	L'évaluation des personnels est mise en œuvre.	L'évaluation des personnels est mise en place et ses résultats sont utilisés dans le cadre de la politique de gestion des ressources humaines. Cette évaluation ne repose pas sur un dispositif formalisé.	B
9 e	La gestion administrative des personnels assure la qualité et la confidentialité des informations individuelles.	Des modalités de gestion sont définies, diffusées, appropriées et appliquées par l'ensemble des gestionnaires du personnel. Elles garantissent les principes de disponibilité, d'intégrité, de confidentialité et de sécurité des dossiers du personnel.	A

B – FONCTIONS HÔTELIÈRES ET LOGISTIQUES

Réf. 10	Les fonctions hôtelières, assurées par l'établissement ou externalisées, sont adaptées aux besoins et aux attentes du patient et de son entourage		Cotations
10 a	Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité du patient.	Les droits du patient sont inscrits comme prioritaires dans le projet d'établissement. Cependant, la vétusté des locaux voire parfois la dégradation de locaux et l'organisation des soins ne permettent pas toujours 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 chambres individuelles ne sont pas systématiquement équipées de sanitaires, les chambres à plusieurs lits ne disposent pas de séparation, l'hygiène des chambres est parfois négligée (unité de malades difficiles – homme), les douches sont parfois prises à trois personnes simultanées, graffitis sur les murs, papiers arrachés dans une unité pour adolescents. Enfin, la visite de certains services montre un état de vétusté voire de dégradation de locaux dans une unité (graffitis sur les murs, papiers arrachés). Un projet de rénovation de ces unités est en cours de développement. On ne retrouve pas d'actions de formation spécifique à ce thème ou de réflexion formalisée basée sur la charte de la personne hospitalisée. Face aux remarques émises par les experts-visiteurs, la direction programme un bilan retraçant l'état des lieux, l'évaluation de la fonction hygiène, des protocoles provisoires visant à n'utiliser qu'une seule douche à la fois et à améliorer la fonction ménage à l'UMD (unité de malades difficiles) sont élaborés. Par ailleurs, l'établissement s'est attaché à recouvrir les graffitis dans l'unité concernée suite à l'observation des experts-visiteurs lors du bilan journalier. Une démarche d'amélioration du taux de retours des questionnaires de satisfaction afin de favoriser la prise en compte du point de vue de l'utilisateur est en cours. La dynamique repose sur une politique d'investissements et de rénovation des locaux en cours.	C
10 b	Les conditions d'hébergement des personnes handicapées ou dépendantes sont adaptées.	Les locaux et l'organisation des soins ne sont pas systématiquement adaptés (notamment les structures extérieures) aux besoins des patients handicapés ou dépendants. Les professionnels sont formés et sensibilisés à la spécificité de cette prise en charge.	B

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 c	La prestation restauration répond aux besoins nutritionnels spécifiques, et prend en compte les préférences et les convictions du patient.	Les besoins nutritionnels spécifiques, les préférences et les convictions sont identifiés et pris en compte. Les professionnels des différents secteurs y contribuent de façon coordonnée.	A
10 d	Des solutions d'hébergement et de restauration sont proposées aux accompagnants.	Il n'existe pas de solutions de restauration pour les accompagnants. Il est possible aux familles de se retrouver à la cafétéria. Des références d'hôtels sont proposées pour répondre aux demandes d'hébergement.	B

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 qualité de la restauration. À défaut, le système d'assurance qualité comporte l'existence d'une méthode HACCP, de protocoles et d'audits. La distribution est organisée. L'établissement assure l'adaptation des prestations aux attentes des patients.	A
11 b	La qualité et l'hygiène en blanchisserie, et dans le circuit de traitement du linge, sont assurées.	Le programme qualité est assuré par l'application de protocoles établis à toutes les étapes de la fonction blanchisserie jusqu'à l'entrée des services. L'établissement assure la formation des personnels, la diffusion des protocoles et l'évaluation à périodicité définie. Cependant, La démarche qualité n'est pas étendue et développée au sein des unités (lingerie avec stockage multiple : produits toilettes, linge sale, rayonnage en bois, matériels paramédicaux, linge propre sorti des armoires, etc.). Le guide des protocoles et modes opératoires n'intègre pas les unités de soins.	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. Cependant, la satisfaction des professionnels quant à la prise en compte de leurs besoins n'est pas réalisée.	B
12 b	Les personnels utilisateurs sont associés aux procédures d'achat.	L'association des utilisateurs est définie dans les procédures d'achat 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.	Des procédures d'approvisionnements réguliers et en urgence sont opérationnelles.	A

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

Réf. 13	Un système de management de la qualité est en place		Cotations
13 a	L'écoute des patients est organisée.	L'établissement dispose d'une organisation permettant le recueil et l'analyse des besoins, des attentes, de la satisfaction et des plaintes des patients. Ce système permet la mise en place d'actions d'amélioration dans des domaines d'activité spécifiques comme la restauration. Toutefois le très faible taux de retours de questionnaire de satisfaction en hospitalisation complète (exceptée les unités pour malades difficiles) et l'absence de retour en ambulatoire ne permettent pas à l'établissement de définir un plan d'actions d'amélioration. L'établissement envisage de procéder à des enquêtes ponctuelles en ambulatoire.	B
13 b	Le programme d'amélioration continue de la qualité comporte des objectifs précis, mesurables dans le temps.	L'établissement dispose d'un programme d'amélioration de la qualité comportant des objectifs précis. Les échéances et les modalités de suivi sont définies. La communication sur le programme est assurée.	A
13 c	Le programme d'amélioration continue de la qualité prend en compte les résultats issus de différentes formes d'évaluation internes et externes.	L'établissement dispose d'une visibilité sur les différentes évaluations internes et externes réalisées et utilise leurs résultats pour élaborer le programme d'amélioration de la qualité ; les recommandations externes issues des contrôles externes dans le domaine de la sécurité ne sont pas intégrées dans ce programme.	B
13 d	La formation des professionnels à la qualité est assurée.	L'établissement analyse les besoins de formation à la qualité et met en œuvre une formation adaptée aux besoins du programme qualité ; l'évaluation de la formation n'est pas mise en œuvre.	B
13 e	Le déploiement de la démarche et des actions qualité dans les secteurs d'activité est organisé.	L'établissement met en œuvre les actions permettant le déploiement de la démarche qualité dans les secteurs d'activité. Des référents qualité par secteurs ont été identifiés récemment et leurs responsabilités clarifiées. Cependant la conduite des démarches d'améliorations et des actions à mettre en œuvre n'est pas homogène et très variable d'un secteur clinique à l'autre.	B

Réf. 13	Un système de management de la qualité est en place	Cotations
13 f	La gestion documentaire est organisée. L'établissement a organisé son système de gestion documentaire mais celui-ci ne couvre pas l'ensemble des secteurs d'activité notamment les secteurs cliniques. Un classeur qualité est en place au sein des unités de soins pour les protocoles d'hygiène et les notes de service liées au circuit du médicament. Un classeur est en place pour les procédures médicoadministratives. Les autres documents qualifiés sont accessibles sur intranet. L'intégration des anciens documents dans la charte graphique n'est pas finalisée. Le comité qualité et gestion des risques ne valide pas les nouveaux documents qualité. Suite à l'observation des experts-visiteurs portant sur la fiche de demande d'examen, l'établissement a formalisé un document sans procédure d'utilisation et sans validation par les instances concernées et par le comité qualité/gestion des risques. L'ensemble des professionnels est formé à l'utilisation de ce système. La désignation récente d'un référent qualité par secteur d'activité a pour objectif d'assurer la diffusion et la prise en compte des documents qualité par les professionnels. Un projet d'informatisation de la gestion documentaire est programmé.	C
13 g	Le suivi du programme d'amélioration de la qualité est assuré. L'établissement a mis en place des dispositions permettant d'assurer le suivi du programme d'amélioration de la qualité. Ces dispositions sont appliquées.	A

Réf. 14	La gestion des risques est organisée et coordonnée		Cotations
14 a	Les informations relatives aux risques sont rassemblées et organisées.	L'établissement dispose d'une visibilité partielle de ses risques. Les recommandations issues de la veille réglementaire en matière de sécurité ne sont pas intégrées dans une gestion globale des risques. Les risques liés à l'activité de soins sont partiellement intégrés par la direction de la gestion des risques et du gestionnaire des risques du fait de l'absence d'un mode de gestion unique au travers deux supports existants. La direction des soins assure l'analyse et le traitement de l'imprimé « Situations problèmes ». La gestion des risques repose sur une approche par secteurs et n'est pas intégrée à une démarche globale. L'établissement partage ces informations avec les différents professionnels. La cartographie des risques doit être réalisée pour a fin 2007, elle permettra une hiérarchisation des risques. La centralisation des informations est liée à l'informatisation de la gestion documentaire dont l'échéance est fixée au 2^e semestre 2008.	C
14 b	Des dispositions sont en place pour identifier et analyser <i>a priori</i> les risques.	L'établissement met en œuvre une démarche structurée d'identification et d'analyse des risques <i>a priori</i> pour laquelle des responsabilités sont définies par domaine de risques ; la cartographie des risques n'est pas finalisée à ce jour ; sa programmation est planifiée pour fin 2007.	B
14 c	Des dispositions sont en place pour identifier et analyser <i>a posteriori</i> les risques.	L'établissement a mis en œuvre une démarche d'identification et d'analyse des incidents et accidents survenus. Cependant elle reste à structurer autour d'un dispositif unique de déclaration d'événements indésirables (deux dispositifs actuels non articulés autour d'une gestion globale – fiche d'événements indésirables et fiche situation problème – et différents registres). Les déclarants ne sont pas informés des mesures correctives définies. Une fiche de suivi d'événement indésirable a été formalisée en février 2007. Les responsabilités sont définies pour l'identification, le signalement et l'analyse par secteur de risques.	C

Réf. 14	La gestion des risques est organisée et coordonnée	Cotations
		Un groupe de travail a été récemment constitué avec pour objectif la définition d'un nouveau mode de signalement d'un événement indésirable et la mise en place d'une gestion informatisée.
14 d	Les résultats issus des analyses de risque permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter.	Des actions de réduction des risques sont mises en œuvre sans hiérarchisation. Les instances et les professionnels sont impliqués.
14 e	La gestion d'une éventuelle crise est organisée.	Une organisation est en place pour faire face à une situation de crise : cellule de crise, circuits d'alerte. La formation des professionnels, les scénarios de crise, et les exercices de crises restent à mettre en œuvre. Des actions de communication à destination des professionnels ont été initiées pour les risques d'épidémie.
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 modalités de mise en œuvre, le rôle dans le dispositif des professionnels n'ont pas fait l'objet d'actions de communication ; la formation reste à mettre en œuvre.

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 ne sont pas connues de tous les professionnels.
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.
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 lui permettant de répondre à une alerte sanitaire concernant les produits de santé du lundi matin au samedi midi. Suite aux observations des experts-visiteurs, l'établissement a mis en œuvre une permanence du lundi au dimanche. Les responsabilités sont définies et les professionnels concernés, formés.
15 d	La coordination des vigilances entre elles et avec le programme global de gestion des risques est assurée.	L'établissement a mis en place une organisation permettant la coordination des vigilances entre elles et des vigilances avec la gestion des risques.
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.

D – QUALITÉ ET SÉCURITÉ DE L'ENVIRONNEMENT

Réf. 16	Un programme de surveillance et de prévention du risque infectieux, adapté au patient et aux activités à risque, est en place	Cotations
16 a	Les patients et les activités à risque infectieux sont identifiés et un programme de surveillance adapté est en place. Une identification des patients et des activités à risque, dans ce type d'établissement, a été réalisée et un programme de surveillance est mis en œuvre. Son suivi n'est pas systématiquement assuré.	B
16 b	Une formation de l'ensemble des professionnels à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux spécifique à la prise en charge est assurée. L'établissement a organisé pour le personnel une formation adaptée aux besoins spécifiques de la prise en charge, actualisée sous la direction du CLIN et régulièrement évaluée. Le suivi des personnels n'ayant pas reçu la formation n'est pas effectué et la périodicité n'est pas définie.	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. Des règles de bonnes pratiques sont en place et diffusées, concernant l'usage des antibiotiques. Elles ne font pas l'objet d'une actualisation régulière.	B
16 e	Un programme de prévention et de prise en charge des infections touchant les professionnels, y compris les professionnels temporaires et les étudiants, est établi en concertation avec la médecine du travail. Le risque infectieux des professionnels (y compris étudiants, stagiaires et intérimaires) est évalué à périodicité définie, et un programme concerté de prévention et de prise en charge des infections est élaboré et mis en œuvre.	A
16 f	Le signalement des infections nosocomiales est organisé et opérationnel. Le dispositif de signalement des infections nosocomiales est opérationnel. Les professionnels de l'établissement le connaissent. Il repose sur la formation et l'information de tous les professionnels de l'établissement.	A

Réf. 16	Un programme de surveillance et de prévention du risque infectieux, adapté au patient et aux activités à risque, est en place		Cotations
16 g	Un dispositif permettant l'alerte, l'identification, la gestion d'un phénomène épidémique est en place.	Une information et une formation de l'ensemble des professionnels permettent de connaître le dispositif (alerte, identification et gestion) mis en place face à un phénomène épidémique. Des mesures préventives permettent d'éviter la survenue ou la récurrence d'un tel phénomène.	A

Réf. 17	La gestion des risques liés aux dispositifs est assurée		Cotations
17 a	Le prétraitement et la désinfection des équipements et dispositifs médicaux font l'objet de dispositions connues des professionnels concernés.	Les professionnels du bloc technique médical, chargés du prétraitement et de la désinfection des dispositifs médicaux et des équipements sont formés et utilisent des protocoles validés. Cependant, il n'existe pas de protocole de désinfection des dispositifs médicaux utilisés au sein des unités de soins (ex. : stéthoscope, brassard à tension, thermomètres...).	B
17 b	En stérilisation, la maîtrise de la qualité est assurée.		NA
17 c	La maintenance préventive et curative des dispositifs médicaux est assurée.	Un inventaire des dispositifs médicaux a été réalisé en mars 2007 et communiqué au correspondant local de matériovigilance (le pharmacien). Cependant, la politique et l'organisation de la maintenance préventive et curative des dispositifs médicaux ne sont pas définies. Les procédures d'entretien, de remplacement et de réparation en urgence ne sont pas formalisées. Une procédure doit être rédigée par le correspondant de matériovigilance. La formation et l'information du personnel utilisateur sont partiellement réalisées.	C

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'hygiène des locaux n'est pas assurée de façon uniforme sur l'ensemble des secteurs de soins, la prestation nettoyage étant variable d'une unité à l'autre. Les modalités de nettoyage adaptées aux locaux sont définies dans des protocoles ; toutefois les pratiques sont variables en termes d'échéance d'une unité à l'autre. La traçabilité des opérations n'est pas réalisée systématiquement. Le remplacement des personnes chargées du bionettoyage n'est pas systématiquement organisé au sein des unités de soins et, en particulier au sein des structures extérieures ; la permanence de la prestation n'est pas assurée du fait d'effectifs restreints. La formation du personnel d'entretien est effectuée. Le dispositif d'évaluation mis en place (évaluation formalisée en 2005, contrôle visuel par les cadres) ne fait pas l'objet d'un suivi régulier et n'est pas établi au travers d'une grille sur des critères pertinents. Face aux remarques émises par les experts-visiteurs, la direction s'engage à établir dès le mois de juin prochain, un plan d'amélioration de la fonction et de correction des dysfonctionnements.	C
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. Un programme de maintenance et de nettoyage des bouches et réseaux de ventilation mécanique contrôlé est en cours de finalisation.	B

Réf. 18	La gestion des risques liés à l'environnement, hors infrastructures et équipements, est assurée		Cotations
18 d	L'élimination des déchets, notamment d'activité de soins, est organisée.	Une organisation d'élimination des déchets est en place. Les professionnels sont formés, des mesures de protection sont en place. Les dysfonctionnements sont régulièrement analysés et suivis d'actions d'amélioration. Cependant, le processus n'est pas maîtrisé au niveau des unités de soins, notamment concernant les lieux de stockage.	B
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, ou de réorganisation est soumis à la consultation du CLIN pour en apprécier le risque infectieux. Cependant, l'association du CLIN aux choix d'équipements n'est pas systématique. Une coordination des acteurs, intégrant l'EOHH est mise en place.	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 responsable chargé de la sécurité des bâtiments et des installations est identifié. Compte tenu de l'important parc immobilier (hospitalier et ambulatoire) et malgré une volonté institutionnelle de mise en conformité des locaux lors de transformation ou restructuration des bâtiments et des nombreux projets de réhabilitations liés à la vétusté de quelques bâtiments, les recommandations émises consécutives aux contrôles externes ne peuvent pas être pris en compte immédiatement et systématiquement. L'organisation et la programmation des travaux sont déterminées en fonction des moyens techniques, financiers et des changements d'affectation de locaux. C'est ainsi que l'ensemble des recommandations n'a pas été inscrit systématiquement dans le cadre d'une planification tenant compte des priorités. Le recueil des dysfonctionnements n'est pas effectué.	C
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. La mise en œuvre des recommandations émises par celle-ci fait l'objet d'une programmation mais celle-ci est partiellement structurée et hiérarchisée. La formation est adaptée puisqu'elle s'effectue sur le lieu de travail. Toutefois, le suivi des personnels ayant eu la formation n'est pas réalisé. Les exercices de simulations n'ont pas été engagés ; une réflexion est en cours. L'appropriation des connaissances de consignes de sécurité par les professionnels n'est pas vérifiée. La politique antitabac complète le dispositif de prévention. Face aux observations des experts-visiteurs, l'établissement s'engage à réaliser le suivi de la formation annuelle pour tous les agents.	C
19 c	La maintenance préventive et curative est assurée.	La maintenance préventive et curative des infrastructures et des équipements est organisée, rendue difficile compte tenu d'un parc immobilier étendu et éclaté. La programmation ne tient pas toujours compte des priorités.	B

Réf. 19	La sécurité et la maintenance des infrastructures et des équipements, hors dispositifs médicaux, sont assurées	Cotations
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. L'appropriation par les professionnels n'a pas été évaluée.	B

Réf. 20	La sécurité des biens et des personnes est assurée		Cotations
20 a	La conservation des biens des patients et des professionnels est organisée.	Des dispositions, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement, ont été mises en œuvre pour assurer la conservation des biens des patients et des professionnels. La procédure d'inventaire et de dépôts des valeurs est connue et appliquée. Une banque des malades est en place. L'ensemble de ces informations figure dans le livret d'accueil du patient. Cependant, toutes les situations mettant en jeu la sécurité des biens ne sont pas identifiées : les personnels ne disposent pas systématiquement d'un vestiaire fermant à clé, la mise à disposition de placard sécurisé pour les patients n'est pas généralisée. Cette situation a été également en ambulatoire. Les experts-visiteurs ont identifié des situations de chambres à 3 lits avec des placards ne fermant plus à clé.	C
20 b	Des mesures préventives pour assurer la sécurité des personnes sont mises en œuvre.	L'établissement a mis en œuvre les mesures préventives de sécurité des personnes dans tous les secteurs. Cependant, les équipes assurant les visites à domicile ne sont pas dotées de téléphone portable.	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 des personnes sont mises en œuvre. L'évaluation de la connaissance du dispositif par les personnels n'a pas été effectuée.	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. Cependant, la transmission des dossiers du patient entre les services intrahospitaliers et extrahospitaliers pose des difficultés, notamment du fait de l'éloignement de certaines structures ou de pratiques organisationnelles.	B
21 c	Le système de communication interne permet la coordination des acteurs de la prise en charge en temps voulu.	L'identification, l'organisation et l'adaptation des moyens de communication interne favorisent la coordination en temps voulu des acteurs de la prise en charge du patient.	A
21 d	Les données nécessaires au suivi des activités et au pilotage de l'établissement sont recueillies et transmises aux responsables.	L'établissement a identifié et recueilli les données nécessaires au suivi de son activité. Les responsables des secteurs d'activité en sont destinataires.	A
21 e	Le contrôle qualité des données est en place.	Un contrôle de la qualité des données est effectué régulièrement dans les différents champs du système d'information. L'analyse et l'exploitation de ces contrôles sont également effectuées.	A

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

Réf. 23	La sécurité du système d'information est assurée	Cotations
23 a	Une politique de sécurité est mise en œuvre pour assurer l'intégrité, la disponibilité, la confidentialité des données et l'auditabilité du système d'information.	L'établissement a défini une politique de sécurité, il met en œuvre les mesures nécessaires pour assurer l'intégrité, la disponibilité, la confidentialité des données et l'auditabilité du système d'information.
23 b	La sécurité du système d'information est évaluée lors d'un diagnostic initial puis à périodicité définie.	Des évaluations régulières concernant la sécurité du SI sont mises en œuvre et des actions sont définies en fonction des résultats obtenus.
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.

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.	Un guide relatif à la tenue des dossiers « patient adulte et enfant » a été élaboré par un groupe d'actions qualité. Ce document a été présenté aux experts-visiteurs lors de la visite. Ce guide va être soumis à la validation de la CME et à la CSIRMT à des dates non arrêtées à ce jour. Ce guide précisera notamment les obligations en matière de tenue du dossier du patient pour chaque profession. Pour autant, il n'existe pas à ce jour un circuit du dossier du patient formalisé, connu et accessible aux professionnels. Par ailleurs, l'observation des dossiers du patient au cours de la visite des unités de soins, aussi bien dans les secteurs de psychiatrie adulte qu'en pédopsychiatrie montre des pratiques très différentes et totalement dépendantes des professionnels. Il n'existe pas d'évaluation de la tenue du dossier du patient. Les règles de tenue seront reprises et remises à jour avec l'informatisation ; ce travail est prévu au 1er semestre 2007 et intégrera la réflexion sur l'utilisation conjointe du dossier papier et du dossier informatisé.	C
24 b	Les règles de communication du dossier du patient sont connues des professionnels concernés.	Des règles précisant les modalités de communication du dossier du patient sont élaborées. Elles sont connues des professionnels concernés. Cependant, l'évaluation de l'utilisation de ces règles n'est pas réalisée.	B
24 c	Les règles de conservation du dossier du patient sont connues des professionnels concernés.	L'établissement a développé une communication et/ou une formation régulière des professionnels concernés sur les règles de conservation du dossier du patient. Cependant, aucune évaluation de l'utilisation de ces règles n'est réalisée, notamment au niveau des secrétariats médicaux.	B

Réf. 24	Le dossier du patient obéit à des règles de gestion définies pour l'ensemble des secteurs d'activité		Cotations
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 sans qu'elles soient définies notamment dans un circuit formalisé du dossier du patient. La destruction des documents ne fait pas l'objet de règles précises et formalisées.	B
24 e	L'accès aux dossiers est organisé pour le patient et/ou les personnes habilitées.	L'organisation mise en place par les responsables assure l'accès au dossier pour le patient et les personnes habilitées. Elle est connue des professionnels et des patients.	A

CHAPITRE III

PRISE EN CHARGE DU PATIENT

A – ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET MANAGEMENT DES SECTEURS D'ACTIVITÉ

Réf. 25	Les responsables des secteurs d'activité exercent pleinement leur rôle		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
25 a	Les responsables prévoient les évolutions de leur secteur d'activité en cohérence avec les choix stratégiques de l'établissement.	Les responsables de chaque secteur d'activité élaborent un projet s'inscrivant dans les orientations stratégiques de l'établissement. Cependant la prise en compte des objectifs globaux n'est pas homogène sur l'ensemble de la structure.		B			
25 b	Les responsables organisent les activités de leur secteur et identifient les moyens nécessaires à leur réalisation.	Les chefs de service connaissent leur champ de responsabilité et disposent d'outils leur permettant d'organiser leur secteur (budget, règlement intérieur, procédures, tableaux de bord). Cependant il n'y a pas ou peu d'évaluation de la charge de travail pour ajuster les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs. Par ailleurs, les EV ont fait le constat d'une grande hétérogénéité dans les organisations et les évaluations de la charge de travail. Cela se traduit par des disparités dans la qualité des prestations en ce qui concerne par exemple l'entretien des locaux.		C			
25 c	Les responsables organisent la complémentarité avec les autres structures et la participation à des réseaux de santé dans leur domaine.	Les responsables des secteurs d'activité définissent ou participent à la définition des champs de complémentarité et de partenariat potentiel. L'organisation mise en place n'est pas systématiquement formalisée.		B			
25 d	Les responsables des secteurs d'activité décident, dans le cadre de leurs attributions, des actions à mettre en œuvre dans leur secteur.	Les responsables des secteurs d'activité définissent leur processus décisionnel dans le cadre de leurs attributions. Cependant il n'y a pas, ou de façon très hétérogène, de suivi quant à l'application de ces décisions.		B			

			Cotations				
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. Mais cette recherche de motivation et d'implication des personnels est parcellaire et hétérogène d'un service à l'autre.		B			
25 f	Les responsables veillent à la bonne utilisation des moyens alloués.	Les moyens alloués à chaque secteur sont définis. Cependant les modalités d'organisation, de coordination et de régulation ne sont pas effectives dans tous les services.		B			
25 g	Les responsables développent des démarches d'évaluation et d'amélioration.	Les démarches d'évaluation et d'amélioration ne sont pas initiées et suivies dans tous les secteurs. La démarche qualité n'est pas formalisée en tant qu'objectif dans tous les services.		C			

B – PARCOURS DU PATIENT

Réf. 26	Les droits et la dignité du patient (résidant – <i>USLD</i>) sont respectés		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
26 a	La confidentialité des informations relatives au patient (résidant – <i>USLD</i>) est garantie.	Les pratiques professionnelles et les moyens mis en place, en particulier les actions de sensibilisation, permettent d'assurer le respect de la confidentialité des données à caractère médical ou social et leur accès par les seules personnes autorisées. Le livret d'accueil à destination du personnel lorsqu'il sera distribué, formalisera les dispositions prises.		B			
26 b	Le respect de la dignité et de l'intimité du patient (résidant – <i>USLD</i>) est préservé tout au long de sa prise en charge.	Les pratiques professionnelles et la sensibilisation des nouveaux personnels permettent de garantir le respect de la dignité et de l'intimité des patients dans le domaine du soin. Toutefois, il a été observé, lors de la visite, des pratiques ne garantissant pas la dignité des patients dans les actes de la vie institutionnelle (salle de bains avec douches sans cloisons, savonnets regroupés dans des corbeilles, conservation du linge et des objets personnels, accès à la chambre). Des locaux très vétustes et mal entretenus ont pu également être observés lors de la visite (2 unités pour malades difficiles dans l'attente d'un transfert dans des locaux neufs en juin 2007, graffitis sur les murs et papiers arrachés dans une unité pour adolescents). Évoquée lors du bilan journalier, la direction générale a pris des dispositions notamment la pose d'un rideau isolant et la formalisation provisoire d'un protocole prévoyant l'utilisation d'une seule des douches doubles et le recouvrement des graffitis.		C			

			Cotations				
26 c	La prévention de la maltraitance du patient (résident – USLD) au sein de l'établissement est organisée.	Les professionnels sont sensibilisés à la prévention de la maltraitance et appliquent les bonnes pratiques notamment en matière de contention. Les situations à risque sont identifiées mais le système de signalement n'est pas toujours formalisé.		B			
26 d	La volonté du patient (résident – 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. Toutefois, l'établissement demande au patient en hospitalisation libre de signer un contrat de soins acceptant son admission dans une unité fermée. Le patient n'est pas admis en hospitalisation en cas de refus de signature du contrat.		B			
26 e	La formation des professionnels à l'écoute et au respect des droits du patient est organisée.	Des formations et des actions de sensibilisation sur le thème du respect des droits et de la dignité du patient sont organisées et suivies mais non encore évaluées.		B			

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 dans des délais variables.		B			
27 b	Le patient (résident – USLD) reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de son séjour.	Les conditions de l'accueil, la sensibilisation du personnel et les supports d'information font que les patients reçoivent une information claire et adaptée sur les conditions de son séjour ; toutefois, les règles internes des différentes unités de soins à vocation identique sont variables d'un secteur à l'autre ; cette notion rend parfois difficile la compréhension des patients lors d'admission dans un autre secteur (faute de lits disponibles) et lors du retour du patient dans son secteur (disponibilité de lits).		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 rénovés accessible aux handicapés. L'effort se poursuit sur les structures extérieures.		B			
27 d	La permanence de l'accueil est organisée.	Les règles gérant l'accueil sont définies et assurent une réponse permanente et adaptée aux différents types de prise en charge.		A			
27 e	Une procédure spécifique d'accueil des détenus est organisée dans les établissements concernés.	L'établissement s'est organisé pour accueillir les détenus dans des conditions respectant la sécurité, la dignité et la discrétion.		A			

Réf. 28	La prise en charge du patient se présentant pour une urgence est organisée		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
28 a	L'accueil de toute personne se présentant pour une urgence est organisé par des professionnels formés à cet effet.	L'accueil des patients au service des urgences est organisé par un personnel dédié, formé et identifié.		A			
28 b	Selon le degré d'urgence, une prise en charge, une réorientation ou un transfert est organisé dans un délai compatible avec les impératifs de sécurité.	L'organisation en place permet aux professionnels de santé la mise en œuvre de la décision de prise en charge, de réorientation ou de transfert des patients dans des délais compatibles avec leur état de santé.		A			
28 c	Le recours à un avis spécialisé est organisé selon les besoins.	L'organisation du recours aux spécialistes assure leur intervention dans des délais compatibles avec la sécurité des patients.		A			
28 d	La disponibilité des lits d'hospitalisation est régulièrement évaluée et analysée au sein de l'établissement.	Une organisation adaptée de la gestion des lits d'hospitalisation permet d'évaluer régulièrement la disponibilité des lits afin de réduire les délais d'attente d'hospitalisation. Les dysfonctionnements et les indicateurs (délais d'attente, hébergement dans un lit inapproprié) ne font pas l'objet d'un suivi régulier. L'établissement ne dispose pas d'une visibilité globale des différentes pratiques sectorielles en matière de gestion des lits et places.		B			

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 n'est pas toujours mise en œuvre. Le point de vue du patient et de son entourage, s'il y a lieu, n'est pas systématiquement tracé dans le dossier du patient.		B			
29 b	Les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures sont accessibles 24 heures/24.	L'organisation en place à ce jour ne permet pas de rassembler les données de toutes les consultations dans le dossier et n'assure pas l'accès à l'ensemble des données antérieures. Le médecin de garde ne dispose pas systématiquement du dossier du patient lors de l'admission d'un patient. Les délais (parfois jusqu'à 72 heures) sont variables selon que les secrétariats médicaux sont fermés ou que les structures de soin sont éloignées. Le recueil et l'analyse des fonctionnements ne sont pas structurés. Les délais seront réduits par la mise en place prochaine d'une gestion informatisée du dossier.		C			
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. Les pratiques ne sont pas homogènes et ne sont pas toujours formalisées dans un projet thérapeutique individuel formalisé.		B			
29 d	La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient (résidant – USLD).	Hormis lors de prises en charge très spécifiques (alcoologie...) les professionnels se sont organisés (réunions diverses...) pour assurer la réflexion bénéfice-risque pour chaque patient, en revanche la trace écrite de cette démarche ne figure que très rarement dans le dossier.		C			

			Cotations				
		Une fiche de traçabilité de l'information donnée au patient est en cours de déploiement.					
29 e	Lorsqu'une restriction de liberté de circulation est envisagée dans l'intérêt du patient (résident – <i>USLD</i>), celle-ci fait l'objet d'une réflexion en équipe et d'une prescription écrite réévaluée à périodicité définie, et d'une information au patient (résident – <i>USLD</i>) et à son entourage.	Les situations de restriction de liberté de circulation sont identifiées et font l'objet d'une réflexion de l'équipe de soins, tracée dans le dossier du patient et d'une prescription écrite réévaluée à périodicité définie. L'établissement poursuit sa réflexion pour garantir la liberté de circulation des patients désorientés. En cas d'hospitalisation dans une unité de soins fermée, d'un patient en hospitalisation libre, celui-ci est invité à signer un contrat précisant son acceptation aux contraintes inhérentes à l'organisation de cette unité.		B			
29 f	Le projet thérapeutique fait l'objet d'ajustements en fonction d'évaluations régulières de l'état de santé du patient (résident – <i>USLD</i>).	L'ensemble des professionnels se coordonne pour ajuster de façon régulière le projet thérapeutique dans le cadre de réunions de services et/ou organisations diverses. Certains soignants et/ou médecins ne joignent pas leurs observations écrites au dossier.		B			

Réf. 30	Des situations nécessitant une prise en charge adaptée sont identifiées		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
30 a	L'état nutritionnel du patient est évalué et ses besoins spécifiques sont pris en compte.	Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique et un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.		A			
	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 et un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.		A			
30 b	Les conduites addictives sont identifiées et font l'objet d'une prise en charge adaptée.	Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique et un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.		A			
30 c	La maladie thromboembolique fait l'objet d'une prévention dans les situations à risque.	Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique et un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.		A			
30 d	Les chutes des patients font l'objet d'une prévention.	Les patients concernés ne font pas systématiquement l'objet d'un plan de prise en charge ou de prévention tracé dans le dossier.		B			
30 e	Le risque suicidaire est pris en compte.	Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique et un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.		A			

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

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. L'évaluation de la coordination des soignants n'est pas engagée.		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.						
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. L'évaluation de la compréhension qui en résulte n'est pas initiée.		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 et tracées dans le dossier de façon irrégulière.		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 recueil du consentement du patient ou de son représentant légal est organisé mais pas formalisé.		B			

			Cotations				
31 e	Un consentement éclairé (résidant – <i>USLD</i>) du patient est formalisé dans les situations particulières.	Avant toute demande de consentement, le patient (le représentant légal, le cas échéant) est informé sur les actes de prévention, d'exploration et de soin qui le concernent en particulier sur leur bénéfice-risque. Le recueil écrit du consentement éclairé est réalisé dans certaines situations connues (électroconvulsivothérapie) mais pas formalisé, en raison de la rareté des indications.		B			
31 f	Le patient (résidant – <i>USLD</i>) est informé de la survenue d'un événement indésirable lors de sa prise en charge.	Les modalités d'information du patient durant son séjour ou après sa sortie concernant la survenue d'un événement indésirable sont formalisées dans des situations très spécifiques (cas d'infection respiratoire contagieuse d'un patient sorti) ; cependant elles ne sont pas généralisées. L'information donnée n'est pas toujours tracée dans le dossier.		B			

Réf. 32	La douleur est évaluée et prise en charge		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
32 a	Une concertation est organisée entre les professionnels pour améliorer la prise en charge de la douleur selon les recommandations de bonne pratique.	Une organisation de la prévention et de la prise en charge systématique de la douleur connue des professionnels est mise en œuvre par les médecins somaticiens sans être formalisée. La réponse à la douleur est le prochain thème de travail choisi par les praticiens de l'établissement.		B			
32 b	Le patient (résidant – USLD) est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement.	Le patient et/ou son entourage est impliqué dans la prise en charge de sa douleur. L'évaluation périodique de sa satisfaction n'est pas formalisée.		B			
32 c	Les professionnels sont formés à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur.	Une formation à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur adaptée aux types de prise en charge est en cours de systématisation.		B			
32 d	La disponibilité des traitements prescrits est assurée en permanence.	La coordination entre la pharmacie et les secteurs d'activité et les règles internes aux secteurs d'activité permettent une dispensation et un approvisionnement en permanence des traitements antalgiques.		A			

Réf. 33	La continuité des soins est assurée		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
33 a	Des règles de responsabilité, de présence, et de concertation sont mises en œuvre pour assurer la continuité des soins.	La continuité des soins dans le secteur d'activité et entre secteurs d'activité est assurée grâce à une organisation concertée fixant les responsabilités et planifiant la présence de professionnels.		A			
33 b	La coordination entre les équipes médicales et paramédicales est organisée.	L'organisation des transmissions d'informations entre les équipes médicales et paramédicales permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre elles. Celle-ci est fragilisée par la non systématique trace des informations dans le dossier du patient.		B			
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 (les chariots d'urgence situés dans toutes les salles de soins en intrahospitalier sont vérifiés et sécurisés). Le recueil des dysfonctionnements n'a pas fait l'objet d'une organisation définie.		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.	Le dossier du patient est organisé pour assurer la traçabilité des actes thérapeutiques et diagnostiques réalisés par les professionnels. Cependant, l'observation des dossiers par les experts-visiteurs montre que les informations relatives aux actes de certains professionnels ne sont pas écrites ou actualisées. Un guide du dossier du patient en cours de validation pour les secteurs adulte et enfant précisera les obligations de chaque professionnel. Par ailleurs, les experts ont pu constater que le guide journalier, instrument de planification des soins mis en place par la direction des soins, comporte des éléments écrits relevant de transmissions infirmières dans le dossier du patient. La direction des soins a prévu de rappeler à l'ensemble des professionnels de santé les modalités d'utilisation de ce guide journalier. La lettre de sortie ou le compte rendu d'hospitalisation ne figure pas toujours dans les dossiers observés dans certains secrétariats médicaux.		C			
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.	L'organisation du dossier du patient est définie dans les secteurs « adulte et enfant ». Cependant, l'observation de certains dossiers montre que la tenue dépend du professionnel concerné (absence d'observations par des médecins et psychologues). De même, certains dossiers peuvent être divisés en sous-dossiers, pas toujours et parfois non accessibles à l'ensemble des professionnels.		C			

			Cotation				
		Par ailleurs, les modalités d'archivage du dossier du patient actuelles permettent l'accès au dossier du patient seulement pendant les heures d'ouverture des archives et des secrétariats médicaux. Ainsi, le médecin de garde n'a pas accès au dossier des patients, notamment durant tout le week-end. L'évaluation de l'organisation mise en place n'est pas réalisée.					
34 c	Tout acte diagnostique et/ou thérapeutique fait l'objet d'une prescription écrite, datée et signée.	Les prescriptions sont d'une manière générale écrites, datées et signées pour tous les actes le nécessitant.		B			
34 d	L'information sur son état de santé et son traitement donnée au patient (résidant – <i>USLD</i>) et/ou à son entourage est enregistrée dans le dossier du patient (résidant – <i>USLD</i>).	La traçabilité de l'information donnée au patient ou à son entourage sur son état de santé et son traitement, sur la réflexion bénéfice-risque n'est pas assurée de manière générale et systématique dans le dossier du patient. Une fiche de traçabilité de l'information donnée est en cours de déploiement. Cette fiche doit faire l'objet d'un additif dans le guide de tenue du dossier du patient qui doit être soumis aux instances CME et CSIRMT. Les refus de soins sont notés dans le dossier.		C			

Réf. 35	Le fonctionnement des secteurs medicotechniques 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 (résident – USLD) et mentionne les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande.	Chaque examen complémentaire s'appuie sur une évaluation de l'état du patient, et les demandes d'examens précisent les traitements prescrits mais pas systématiquement les objectifs et les renseignements cliniques pertinents. La demande d'examen biologique ne comporte pas l'identification du prescripteur et celle du préleveur. Un nouveau formulaire non validé a été présenté aux experts-visiteurs suite à leurs observations.		C			
35 b	Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies.	Les règles de coordination entre secteurs d'activité clinique et medicotechnique relatives à la réalisation des examens sont systématiquement définies et mises en œuvre.		A			
35 c	Les règles relatives à la communication des résultats sont établies et répondent aux besoins des secteurs d'activité clinique en termes de qualité et de délais de transmission.	Les règles de coordination entre secteurs d'activité clinique et medicotechnique relatives à la communication des examens sont systématiquement définies et mises en œuvre.		A			

Réf. 36	Les circuits du médicament et des dispositifs médicaux stériles sont organisés en concertation entre les professionnels de la pharmacie et ceux des autres secteurs (des USLD – USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
36 a	Les conditions de prescription, de validation, de dispensation et d'administration des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont maîtrisées afin de réduire le risque iatrogène évitable.	Le circuit du médicament est organisé mais non formalisé. Des documents sous forme de notes de service ou de recommandations existent dans un classeur présent dans chaque unité. Ces documents rappellent certains principes de bonnes pratiques, notamment en matière prescription, de gestion des stocks et d'administration des traitements. Pour autant, la visite des services et les pratiques observées montrent une méconnaissance de ces documents et un respect non homogène des recommandations formulées. Le COMEDIMS, réuni deux fois par an, connaît des difficultés dans son fonctionnement, en raison notamment d'un absentéisme médical. Les informations importantes sont cependant communiquées à la CME par le pharmacien. Un livret thérapeutique est à disposition des médecins dans chaque service. L'administration des médicaments a fait l'objet de recommandations écrites à l'attention des professionnels. Par ailleurs, l'observation des piluliers et de certaines armoires à pharmacie montre des médicaments déblistérés. Les prescriptions médicamenteuses ne font pas l'objet d'une analyse et d'une validation de la part des pharmaciens. Le suivi des stocks des médicaments dans les unités est assuré régulièrement par les préparateurs et fait l'objet d'un compte rendu destiné au cadre de l'unité. Cependant, la visite des services a permis de constater des pratiques non homogènes en matière de contrôle périodique des stocks de médicaments.		C			

			Cotation				
		Les experts-visiteurs ont pu constater dans une armoire à pharmacie d'une unité (CMP) la présence de médicaments périmés et dans un réfrigérateur d'une salle de soins d'une autre unité l'existence d'un vaccin périmé. Enfin, il n'existe pas d'évaluation du circuit du médicament et des DMS.					
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.	Un livret thérapeutique est à disposition des médecins dans chaque service ainsi qu'un <i>Vidal</i> accessible sur le réseau intranet. Les prescriptions médicales ne font pas l'objet d'une analyse et d'une validation par le pharmacien. L'habilitation des prescripteurs est garantie. Par ailleurs, le recueil et l'analyse des événements indésirables évitables liés à une utilisation non conforme ne sont pas réalisés.		C			
36 c	L'administration du médicament au patient (résident – <i>USLD</i>) est conforme à la prescription et fait l'objet d'une traçabilité.	L'administration du médicament fait l'objet de documents d'enregistrement dans le dossier du patient. Pour ce qui concerne les médicaments <i>per os</i> , leur administration est tracée de façon globale à chaque prise de médicaments sur un support différent de la prescription médicale. Cependant, l'observation des pratiques montre des différences entre les services avec parfois une traçabilité réalisée avant la prise des médicaments ou alors dans un temps décalé après la prise. L'administration d'un traitement injectable retard fait l'objet d'un document spécifique dans le dossier du patient, séparé de la prescription. La prescription médicale, une fois réalisée, est recopiée dans son intégralité par l'infirmier qui en valide l'administration et planifie la prochaine injection sur le support de suivi.		C			

			Cotation				
		L'établissement s'est engagé à rappeler les bonnes pratiques relatives à la traçabilité de l'administration du traitement en temps réel. Il n'existe pas de recueil et d'analyse des événements indésirables pouvant être liés à l'administration du médicament.					
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. La mise à disposition des patients, des informations adaptées à leur état de santé, n'est pas systématique.		B			
36 e	Les demandes urgentes de médicaments peuvent être satisfaites à tout moment.	Il existe une organisation concertée et connue de tous les professionnels pour satisfaire à tout moment les demandes urgentes de médicaments. Cependant, le recueil et l'analyse des dysfonctionnements dans la gestion du stock d'urgence ne sont pas réalisés.		B			
	USLD – Les demandes urgentes de médicaments, formulées par les USLD, peuvent être satisfaites à tout moment.						

Réf. 37	Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle fait l'objet d'une organisation formalisée, élaborée par les professionnels concernés, validée par les instances de l'établissement et connue de tous		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
37 a	Les activités interventionnelles, traditionnelles et ambulatoires, sont planifiées et organisées en concertation avec les professionnels des secteurs d'activité clinique et en intégrant la prise en charge des éventuelles activités d'urgence.	Il n'y a pas d'activité interventionnelle dans l'établissement, des conventions ont été établies avec les hôpitaux voisins pour ce type d'activité.		NA			
37 b	Afin d'assurer la continuité de la prise en charge pré-, per- et postinterventionnelle du patient, les différents professionnels concernés assurent, à chaque étape, une transmission précise, orale et écrite, des informations.	Les informations pertinentes sont identifiées et leur transmission est assurée en pré- et en postopératoire auprès des professionnels concernés, du patient et de son entourage.		A			
37 c	Les événements indésirables graves spécifiques aux secteurs interventionnels font l'objet d'un suivi régulier, d'une analyse et d'actions correctives et préventives.	Les événements indésirables en postopératoire sont identifiés. Un dispositif de signalement connu des professionnels est en place. Leur analyse conduit à des actions correctives et préventives.		A			
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.			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 et fait encore l'objet d'une réflexion compte tenu des patients traités par l'établissement.		D			
38 c	Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes ou de tissus.	Les professionnels peuvent s'informer par l'intranet mais n'ont pas été formés aux enjeux concernant les dons d'organes ou de tissus.		C			
38 d	Les prélèvements d'organes ou de tissus sont réalisés conformément aux règles de bonnes pratiques.			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 – <i>USLD</i>)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
39 a	Le patient (résident – <i>USLD</i>) 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			
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			
	<i>USLD</i> – La prise en charge pluriprofessionnelle du résident associe les professionnels des USLD et ceux de la rééducation et du soutien psychologique.						
39 c	La prise en charge du patient (résident – <i>USLD</i>) est évaluée régulièrement par l'équipe pluriprofessionnelle et rajustée si besoin.	L'évaluation régulière des résultats des activités de rééducation et/ou de soutien conduit l'équipe pluridisciplinaire à réajuster la prise en charge si besoin.		A			

Réf. 40	L'éducation du patient (résident – <i>USLD</i>) sur son état de santé, son traitement et les questions de santé publique susceptibles de le concerner est assurée		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
40 a	Un programme d'éducation thérapeutique adapté à son état est mis en place en veillant à la compréhension du patient (résident – <i>USLD</i>).	Une organisation non uniforme et variable selon les secteurs 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.		B			
40 b	L'entourage du patient est associé aux actions d'éducation, le cas échéant.	Une organisation permet d'associer, de façon adaptée mais variable selon les secteurs, l'entourage aux actions d'éducation thérapeutique du patient.		B			
	<i>USLD</i> – L'entourage et/ou sa famille sont associés aussi souvent que possible à ces actions d'éducation thérapeutique.						
40 c	Une éducation aux questions de santé publique est délivrée au patient (résident – <i>USLD</i>) selon le cas.	Une organisation, variable selon les secteurs permet de proposer au patient des activités d'éducation pour la santé.		B			

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

Réf. 42	Les soins palliatifs font l'objet d'une réflexion pluriprofessionnelle en relation avec le médecin traitant et l'entourage – (USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
42 a	La volonté du patient (résident – USLD) est prise en compte.	La volonté du patient est recueillie et prise en compte.		A			
42 b	La prise en charge des besoins spécifiques du patient (résident – USLD) en fin de vie et de son entourage est assurée.	Les besoins spécifiques des patients en fin de vie sont identifiés et pris en charge.		A			
42 c	La formation des professionnels est organisée.	La formation des professionnels prodiguant des soins palliatifs est assurée.		A			
42 d	Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.	Les besoins d'accompagnement psychologiques des professionnels prodiguant des soins palliatifs sont identifiés ; leur prise en compte se traduit par des modalités institutionnelles d'accompagnement psychologique des professionnels concernés.		A			

Réf. 43	Le décès du patient (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			
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			
43 c	Un accompagnement psychologique de l'entourage est assuré.	Lors du décès du patient, les besoins d'accompagnement psychologique de l'entourage sont identifiés et pris en compte.		A			
43 d	Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.	Les besoins d'aide psychologique des professionnels confrontés au décès sont identifiés. L'accompagnement psychologique de ces professionnels est réalisé.		A			

CHAPITRE IV

ÉVALUATION ET DYNAMIQUES D'AMÉLIORATION

A – PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Réf. 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
44 a	La pertinence des hospitalisations est évaluée.	L'établissement a choisi de travailler sur la pertinence des admissions en hospitalisation de jour pour adultes. L'objectif étant de réguler les phases de sur- ou sous-occupation des locaux. Cette problématique est fréquente puisqu'il concerne une large majorité des places dont la disponibilité retentit sur les structures d'amont et dont la vacuité représente un coût évitable. La méthodologie utilisée est la revue de pertinence des hospitalisations. Le groupe a choisi d'élaborer sa propre grille et son guide d'utilisation en s'appuyant sur des données de la littérature. Les résultats sont en cours d'analyse.	C
44 b	La pertinence des actes à risque est évaluée.	L'établissement a choisi d'étudier la pertinence de la mise en chambre d'isolement. En effet, devant cet acte à risque, Les équipes médicales et soignantes se trouvent confrontées au manque de disponibilité de chambre pour les patients hospitalisés car elles sont requises systématiquement pour l'hospitalisation des détenus. L'étude concerne l'ensemble des secteurs d'hospitalisation et a porté sur 5 dossiers pour chacun d'eux. L'objectif du projet est la maîtrise des risques et l'optimisation de la prise en charge. Le groupe de travail pluriprofessionnel a été constitué avec l'appui des instances et a largement communiqué. La méthodologie choisie est la revue de pertinence ; les critères choisis sont ceux de l'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie (ANAES 1998) pour ce qui concerne la partie mise en chambre. Le plan d'actions d'amélioration, en cours de validation, porte sur la mise en conformité de la pratique de la mise en chambre. Les professionnels poursuivent la réflexion pour étendre l'étude aux patients transférés depuis les structures d'amont.	B

Réf. 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
44 c	La pertinence des prescriptions médicamenteuses est évaluée.	L'établissement a choisi d'évaluer la pertinence de la prescription des hypnotiques liste 1 si besoin. Le choix du sujet est justifié par l'importance de la consommation de ces médicaments, le risque iatrogène, la qualité de la prise en charge, et le coût économique qui en découlent. L'objectif est d'adapter la prescription d'hypnotiques aux besoins stricts du patient. Le thème a été porté institutionnellement et étudié par un groupe pluriprofessionnel. La méthodologie choisie est la revue de pertinence ; la grille de 15 critères a été appliquée à jour donné sur 34 dossiers de tous services. Le plan d'actions d'amélioration a porté sur la mise en conformité de la prescription médicale par rapport aux RMO de novembre 2003, et sur la modification de la fiche d'administration des hypnotiques en si besoin. L'évaluation est prévue avec les mêmes outils, les indicateurs sont définis.	A
44 d	La pertinence des examens de laboratoire et des examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle est évaluée.	L'établissement a choisi d'étudier la pertinence de la « represcription » d'un bilan sanguin au cours d'une même hospitalisation. Le choix de ce sujet est justifié par la redondance des prescriptions lors des changements d'unités. Les objectifs sont : - d'éviter les prélèvements inutiles pour le patient ; - de diminuer la charge de travail et les accidents d'exposition au sang pour le personnel ; - de diminuer les coûts pour l'établissement. Le groupe de travail pluriprofessionnel a intéressé l'ensemble des prescripteurs. La méthodologie utilisée est la revue de pertinence. Une grille de critères de pertinence a été élaborée pour les examens portant sur la surveillance de l'état clinique et sur la survenue des effets secondaires des médicaments. L'étude a porté sur les 50 premières represcriptions identifiées au laboratoire, et a déjà permis d'identifier une cause de dysfonctionnement lié à l'absence de trace écrite dans le dossier du patient d'un examen prélevé mais en attente de résultat.	B

Réf. 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
		Les objectifs d'amélioration et les actions sont définis. Les actions d'améliorations envisagées portent notamment sur la traçabilité du circuit. Le référentiel de pertinence sera diffusé et évalué à périodicité prévue.	

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.	La sortie pédestre à visée thérapeutique a été retenue comme thème d'EPP par la CME et le comité qualité/gestion des risques. La motivation de ce choix repose sur les risques liés aux accidents et incidents possibles pour les patients au cours de ces sorties et au constat de non-respect des règles administratives liées à ces sorties. L'objectif fixé est la sécurisation de toute sortie pédestre à visée thérapeutique tant en matière de sécurité pour les patients et les professionnels que de prévention des conséquences médico-légales pour l'établissement. Un groupe de travail pluriprofessionnel a été mis en place et des actions de communication ont été menées à l'attention des professionnels. Une analyse du processus de sortie pédestre a été menée sur la base de recommandations générales en matière d'activité de plein air et des documents existants au sein de l'établissement (Note relative aux ordres de mission et séjours thérapeutiques/GRH-ST-0001-V3). Cette analyse a conduit à élaborer une grille d'audit. Celle-ci a été appliquée aux sorties organisées entre le 15 janvier et le 15 février 2007. L'analyse des résultats a mis en évidence les dysfonctionnements suivants : - pas de formation systématique aux gestes de première urgence chez les accompagnateurs ; - pas de reconnaissance systématique du terrain ; - pas de moyens de communication mis à disposition des accompagnateurs par l'établissement ;		A			

			Cotation				
		- pas de trousse de secours systématique ou avec un contenu défini et adapté ; - les modifications d'ordre de mission ne sont pas systématiquement communiquées au médecin responsable ; - les documents administratifs mis à disposition par l'établissement ne sont pas toujours connus et utilisés. Un plan d'actions en cours prévoit la mise en place d'un guide pratique pour l'organisation d'une sortie pédestre à visée thérapeutique accompagnée des documents d'enregistrement et des règles à respecter. Ce guide pratique, présenté aux experts-visiteurs est en cours de validation. Par ailleurs, la formation des professionnels aux premiers secours est programmée pour 2008. Enfin, la trousse de secours est en place dans toutes les unités concernées. Le contenu de cette trousse a été validé par la pharmacie. Une évaluation de cette procédure est prévue dans le cadre d'un audit à un an.					
45 b	L'analyse des événements indésirables et la mise en œuvre des actions de prévention et d'amélioration correspondantes sont assurées.	L'établissement a choisi d'étudier les risques liés aux sorties imprévisibles des personnes âgées en hospitalisation libre de 60 ans et plus. La raison du choix porte sur l'existence de signalements récurrents de ce type de sortie et de l'absence de conduite à tenir ou de protocole au sein de l'établissement. Les enjeux sont pour les professionnels de limiter le risque vital encouru par le patient et d'éviter la désorganisation du travail générée par ces situations ainsi que de limiter les contentieux avec les familles.		B			

			Cotation				
		L'objectif de cette évaluation concerne la mise en place de procédures pour limiter le risque de sortie imprévue et de recherche en cas de disparition. Ce thème d'EPP a été validé par les instances, notamment la CME et la communication des professionnels a été assurée. Le groupe de travail mis en place s'est appuyé sur les recommandations formulées par l'ANAES sur « La liberté d'aller et venir dans les ES en 2004 » et sur « Limiter la contention physique de la personne âgée en 2000 ». Le recueil des situations s'est fait dans un premier temps sur les fiches de signalement des événements indésirables. Ce recueil a montré une sous-déclaration de ces situations et n'a pas permis une exploitation suffisante. Une enquête de pratiques a été menée en novembre 2006 en complément de cette première analyse. Un questionnaire, proposé par le groupe de travail, a été adressé aux unités concernées et a permis le recueil de 38 sorties imprévues. L'analyse des résultats a montré des pratiques diverses et une méconnaissance des recommandations de l'ANAES. Les actions d'améliorations concernent la mise en place d'une procédure en cas de sortie imprévue avec notamment l'obligation de signalement à la conciergerie et de déclaration de l'événement indésirable. Dans l'élaboration de cette procédure, l'établissement s'est rapproché d'un autre établissement. Cette procédure est en place à ce jour, accessible à l'ensemble des professionnels en version papier et sur le réseau intranet. Une réflexion est aussi engagée pour prévenir ce risque de sortie imprévue, tant sur les projets architecturaux que sur les matériels existants.					

			Cotation				
		Le nombre de déclarations ou de signalements constituera l'indicateur de suivi de ce risque. Une évaluation de la procédure est prévue dans un an sous la forme d'une nouvelle enquête de pratiques et de recensement des équipements mis en place.					

Réf. 46	La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
46 a	Les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés.	L'établissement a choisi le repérage des patients en crise suicidaire dans les unités d'accueil des secteurs de psychiatrie générale et infantojuvénile. Ce travail est dans la continuité d'une recherche déjà initiée par un groupe de travail sur la prise en charge du suicidant en 2004 et après constat de l'importance de ce type de pathologie dans les admissions, l'objectif étant l'amélioration du repérage du risque suicidaire afin d'éviter la survenue du passage à l'acte. Cette étude concernait plusieurs équipes à l'hôpital général d'Avignon, aux urgences, au CH de Montfavet et dans les structures extrahospitalières. Le groupe de travail constitué de façon pluriprofessionnelle a utilisé une méthodologie associant plusieurs outils : analyse de processus, enquête par questionnaire et audit de dossiers, permettant une meilleure connaissance des pratiques.		A			
46 b	Les processus et les pratiques liés à la prise en charge sont analysés.						
46 c	Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte.						
46 d	Les objectifs d'amélioration sont définis et les actions mises en œuvre.						
46 e	Les données et les indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration.						

46 f	Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons.	Les recommandations et données de la littérature ont été prises en compte : conférences de consensus (ANAES et HAS) ainsi que le manuel du formateur à l'intervention de crise suicidaire. Les objectifs d'amélioration concernent la formation de 25 % du personnel, considérant qu'à partir de cette proportion la crise est mieux reconnue. Les actions de sensibilisation et de formation initiées en 2004 se sont poursuivies et amplifiées en 2006 et 2007. Des indicateurs ont été définis : suivi des tentatives de suicide et analyse précise des suicides connus, pourcentage des personnels formés au repérage de la crise suicidaire. Le relevé de ces indicateurs est prévu et programmé de façon régulière. Enfin sur une échelle plus large, l'établissement est très impliqué dans le réseau suicide régional et organise régulièrement des journées de formation permettant échanges et informations, la dernière s'est tenue début 2007.					
------	---	---	--	--	--	--	--

Réf. 46	La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
46 a	Les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés.	L'amélioration de la prise en charge des problèmes de santé psychiatriques des détenus dont le CH de Montfavet a la responsabilité, a été la deuxième EPP choisie. L'enjeu était d'assurer préventivement des soins psychiatriques à tous les détenus qui le nécessitaient par les équipes psychiatriques en place dans les centres de détention. Cela devait permettre d'éviter des décompensations suivies par des hospitalisations dans les services du CH avec toutes les difficultés liées à la présence de ce type de patients dans des unités sectorisées non organisées pour leur accueil. Un groupe de travail pluriprofessionnel associant les différentes équipes a été constitué et a utilisé une analyse de processus permettant d'identifier les points critiques tout au long des prises en charge. Les recommandations prises en compte sont le dossier sur la Prise en charge de la santé mentale des détenus de 2003 et le guide méthodologique relatif à la prise en charge des détenus et à leur protection sociale. Le plan d'actions s'est attaché à corriger tous les points critiques identifiés et a consisté en priorité à réaliser un bilan systématique pour tous les détenus et à harmoniser les prises en charge réalisées par les différents intervenants. Le plan d'actions a été mis en œuvre. Des indicateurs ont été définis afin d'assurer le suivi régulier et réajuster si nécessaire : vérification que la totalité des détenus ont été examinés, analyse de l'utilisation des outils du dossier mis en place, pourcentage des détenus hospitalisés au CH de Montfavet.		A			
46 b	Les processus et les pratiques liés à la prise en charge sont analysés.						
46 c	Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte.						
46 d	Les objectifs d'amélioration sont définis et les actions mises en œuvre.						
46 e	Les données et les indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration.						
46 f	Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons.						

Réf. 46	La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
46 a	Les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés.	Le projet de soins élaboré pour un patient schizophrène est le dernier thème choisi, compte tenu de l'importance de cette pathologie, de la complexité et de la longueur des prises en charge et du nombre et de la variété des personnels impliqués. L'objectif de cette recherche vise à améliorer les prises en charge au long cours en définissant et en suivant l'évolution du projet de soins. Il s'agit de réfléchir sur l'existant en interrogeant les pratiques. Le groupe pluriprofessionnel constitué a donc utilisé une méthodologie d'analyse de processus et d'élaboration d'une grille de référence. Les recommandations sont la conférence de consensus de la fédération française de psychiatrie de 2003. Le plan d'actions envisagé est la mise en place d'une fiche permettant d'évaluer l'ensemble des actions concourant à la prise en charge globale des patients schizophrènes. Cette action est en cours de mise en œuvre et sera suivie dans son déroulement avec enquête auprès des utilisateurs et définition d'un indicateur par le nombre de fiches utilisées et remplies. Cette EPP est en cours de réalisation et doit se poursuivre.		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.	L'établissement de santé a défini des indicateurs pertinents et réalise une évaluation lui permettant : un contrôle de la mise en œuvre effective des projets RH, une évaluation des résultats de la politique mise en œuvre, une régulation des dysfonctionnements.	A
47 b	La satisfaction des professionnels de l'établissement est évaluée et prise en compte.	Il existe à périodicité définie des enquêtes de satisfaction du personnel ou des audits sociaux dont les résultats sont pris en compte en relation avec les instances et les partenaires sociaux.	A

C – FONCTIONS HÔTELIÈRES ET LOGISTIQUES

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

D – SYSTÈME D'INFORMATION

Réf. 49	Une évaluation du système d'information est mise en œuvre	Cotation
49 a	Les dysfonctionnements du système d'information sont recensés, analysés et traités.	L'identification des dysfonctionnements du système d'information avec les acteurs concernés, permet de développer une analyse et un traitement pour y remédier.
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, communiquée et permet de réajuster le système d'information.
49 c	La gestion du dossier du patient est évaluée.	La gestion du dossier du patient n'est pas évaluée de manière systématique et régulière dans le cadre d'une organisation définie avec les instances. Cependant, une grille d'évaluation de la qualité de la tenue du dossier du patient a été élaborée par un groupe d'actions qualité. Elle sera soumise aux instances notamment de la CME et de la CSIRMT au même titre que le guide d'utilisation du dossier du patient adulte et enfant. Par ailleurs, un audit dossier du patient a été conduit dans un service de psychiatrie infantojuvénile à l'initiative de l'encadrement et avec l'accord du responsable médical des unités concernées.

E – QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

Réf. 50	La mise en œuvre du programme d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques est évaluée		Cotation
50 a	L'atteinte des objectifs du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est régulièrement évaluée.	L'établissement a mis en place un système comprenant la définition et le suivi d'objectifs qualité. Il suit l'atteinte des objectifs et prend les mesures correctives appropriées en cas d'écart entre la prévision et la réalisation. La visibilité sur l'atteinte des objectifs en matière de gestion des risques est difficilement objectivable du fait de la non-formalisation du programme de réduction des risques.	B
50 b	L'efficacité de la gestion des risques et des vigilances est évaluée.	L'établissement n'a pas généralisé la définition des critères et des indicateurs lui permettant d'évaluer l'efficacité de son dispositif de gestion des risques. Le programme de gestion des risques n'est pas formalisé ; le suivi et l'évaluation des actions de réduction des risques sont réalisés par type de risque et dans des domaines spécifiques (logistiques, système d'information, sécurité, maîtrise du risque infectieux). Elle reste à développer dans le domaine des activités liées aux soins.	C
50 c	La maîtrise de la documentation est évaluée.	Les modalités d'évaluation de la gestion documentaire et de la satisfaction des utilisateurs restent à initier. Une enquête de satisfaction des utilisateurs du service de documentation est en cours.	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, cependant les résultats ne peuvent être pris en compte dans un plan d'amélioration de la qualité car non significatif du fait du très faible retour du questionnaire de satisfaction. L'établissement a le projet de s'orienter vers des enquêtes ponctuelles.	B
51 b	Les délais d'attente sont analysés et des actions d'amélioration sont entreprises.	Il n'existe pas de dispositif de recueil régulier et d'analyse des délais d'attente dont les résultats sont pris en compte dans un plan d'amélioration de la qualité. Chacun des secteurs d'activité s'efforce dans le cadre de leur organisation à prendre en compte les délais d'attente et d'apporter des réponses adaptées. Les demandes sont prises en compte lors des réunions cliniques. Un dispositif permettant d'analyser les délais d'attente sera mis en place pour 2008. Par ailleurs, il deviendra un indicateur de suivi.	C
51 c	Les réclamations et les plaintes des patients sont suivies d'actions d'amélioration.	Un dispositif opérationnel de gestion des plaintes et réclamations permet une analyse et une réponse individuelles et systématiques. Ce dispositif est exploité dans le cadre de l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité.	A
51 d	Les résultats de ces évaluations font l'objet d'échanges avec les représentants des usagers de l'établissement.	Il existe une concertation régulière entre l'établissement et les représentants d'usagers autour des résultats des évaluations concernant la satisfaction des usagers pour définir des priorités d'amélioration.	A

Réf. 52	Les relations avec les correspondants externes de l'établissement sont évaluées		Cotation
52 a	L'établissement évalue les actions mises en œuvre pour impliquer les correspondants.	Les actions mises en œuvre pour impliquer les correspondants n'ont pas fait l'objet d'une démarche structurée au sien de l'établissement. Chacun des secteurs cliniques met en œuvre des actions impliquant les correspondants. L'évaluation de ces actions n'a pas donné lieu à la définition de critères et d'indicateurs. Cependant, des actions de réajustement et d'amélioration sont mises en œuvre.	C
52 b	La satisfaction des correspondants est évaluée et prise en compte.	La mesure de la satisfaction des correspondants est informelle ; elle n'a pas fait l'objet d'une définition formalisée. Elle est réalisée dans le cadre de relations personnalisées.	C

F – ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Réf. 53	La mise en œuvre des orientations stratégiques de l'établissement est évaluée et analysée		Cotation
53 a	Le suivi est réalisé et les évaluations sont utilisées pour réajuster si nécessaire les objectifs.	Le suivi de la mise en œuvre des orientations stratégiques est organisé. Le recueil et l'exploitation des données permettent aux responsables de procéder aux réajustements des objectifs.	A
53 b	La direction et les instances disposent d'éléments permettant les comparaisons avec des établissements similaires.	Un dispositif permettant les comparaisons avec des établissements similaires est en place et permet, le cas échéant, aux responsables de procéder aux réajustements des orientations stratégiques.	A
53 c	Les résultats font l'objet d'une communication interne.	Une organisation de la communication est en place afin de transmettre régulièrement les résultats de la mise en œuvre des orientations stratégiques aux responsables et aux professionnels concernés.	A

LISTE DES ACTIONS EXEMPLAIRES

Aucune action exemplaire n'a été retenue par les experts visiteurs.

PARTIE 3

DÉCISION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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

- Généraliser le respect de la dignité et de l'intimité des patients (10 a) ;
- Garantir la maîtrise de l'hygiène des locaux (18 a) ;
- Garantir l'accessibilité 24h/24 des données antérieures du patient (29 b) ;
- Garantir la tenue régulière du dossier du patient par l'ensemble des professionnels de santé (34 a, b, d) ;
- Garantir la sécurité du circuit médicament (36 a, b, c).

Une visite ciblée aura lieu sur les sujets concernés dans un délai **de 12 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 :

- Étendre l'assurance qualité du linge aux unités de soins (11 b) ;
- Mettre en place un programme de gestion des risques organisé et coordonné (14 a, c) ;
- Assurer une maintenance préventive et curative des dispositifs médicaux (17 c) ;
- Structurer l'organisation du suivi sur la sécurité des bâtiments, des installations et des appareils incluant la prévention du risque incendie (19 a, b) ;
- Assurer la conservation des biens des patients et des professionnels à l'ensemble des secteurs (20 a) ;
- Mettre en place et diffuser les règles de tenue du dossier patient à l'ensemble des professionnels (24 a) ;
- Renforcer le rôle des responsables dans la gestion de leurs secteurs d'activité et le déploiement de la démarche qualité (25 b, g) ;
- Assurer la traçabilité de la discussion bénéfices-risques (29 d) ;
- Veiller au respect des bonnes pratiques des prescriptions des examens biologiques (35 a) ;
- Évaluer le système de gestion des risques, des vigilances et la gestion documentaire (50 b, c).

INDEX

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

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

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

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

UPC : Unité de production culinaire
USP : Unité de soins palliatifs
USIC : Unité de soins intensifs cardiologiques

VIH : Virus d'immunodéficience humaine
VSL : Véhicule sanitaire léger