

**RAPPORT DE CERTIFICATION DU  
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL  
D'ORLEANS**

**1, rue Porte-Madeleine  
BP 2439  
45032 ORLÉANS**

**Mai 2007**



---

# S O M M A I R E

---

<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	p.	5	<b>Chapitre IV – Évaluations et dynamiques d'amélioration</b>	p.	80
<b>PARTIE 1</b>			A Pratiques professionnelles	p.	82
<b>DÉMARCHE QUALITÉ ET ACCRÉDITATION</b>	p.	8	B Ressources humaines	p.	97
I Historique et organisation de la démarche qualité	p.	10	C Fonctions hôtelières et logistiques	p.	98
II Suivi des décisions de la première procédure d'accréditation	p.	11	D Système d'information	p.	99
III Association des usagers à la procédure d'accréditation	p.	23	E Qualité et gestion des risques	p.	100
IV Interface avec les tutelles en matière de sécurité	p.	24	F Orientations stratégiques	p.	103
<b>PARTIE 2</b>			<b>PARTIE 3</b>		
<b>CONSTATATIONS PAR CHAPITRE</b>	p.	25	<b>COMMENTAIRES SYNTHÉTIQUES</b>	p.	105
<b>Chapitre I – Politique et qualité du management</b>	p.	27	I Commentaires synthétiques par type de prise en charge	p.	107
<b>Chapitre II – Ressources transversales</b>	p.	37	II Appréciation globale sur la dynamique qualité	p.	110
A Ressources humaines	p.	39	III Liste des actions exemplaires	p.	111
B Fonctions hôtelières et logistiques	p.	41	<b>PARTIE 4</b>		
C Organisation de la qualité et de la gestion des risques	p.	44	<b>DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ</b>	p.	113
D Qualité et sécurité de l'environnement	p.	47			
E Système d'information	p.	52	<b>INDEX</b>	p.	115
<b>Chapitre III – Prise en charge du patient</b>	p.	57			
A Orientations stratégiques et management des secteurs d'activité	p.	59			
B Parcours du patient	p.	60			



---

**PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT**


---

**Date de la visite de certification : du 6 au 20 février 2007**

<b>Nom de l'établissement</b>	Centre hospitalier régional d'Orléans	
<b>Situation géographique</b>	<b>Ville :</b> Orléans <b>Département :</b> Loiret	<b>Région :</b> Centre
<b>Statut</b> ( <i>privé-public</i> )	Public	
<b>Type de l'établissement</b> ( <i>CHU, CH, CHS, HL, PSPH, Ets privé à but lucratif</i> )	CHR	
<b>Nombre de lits et places</b> ( <i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i> )	1 479 lits et 64 places	
<b>Nombre de sites</b> ( <i>de l'ES et leur éloignement s'il y a lieu</i> )	6 sites : hôpital Porte-Madeleine en centre-ville ; hôpital de La Source à 10 km ; résidence Paul-Gauguin (USLD) à 7 km : CCM de Saran à 5 km et 2 maisons de retraite : une à Saint Jean de Braye et une à Orléans Sud (Pierre Pagot)	
<b>Activités principales</b> ( <i>par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i> )	MCO ; SSR ; USLD	
<b>Activités spécifiques</b> ( <i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i> )	Transplantation d'organes et greffes ; accueil et traitement des urgences ; traitement des affections cancéreuses par rayonnements ionisants de haute énergie ; néonatalogie ; réanimation néonatale ; traitement de l'insuffisance rénale chronique par exuration extrarénale (dialyse en centre et dialyse péritonéale à domicile) ; procréation médicalement assistée et diagnostic prénatal.	
<b>Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité</b>	Laboratoire de radioanalyse, certifié ISO 9002-94 puis ISO 9001-2000 par l'AFAQ, 1998 Production d'eau d'hémodialyse, certifié ISO 9001-2000 par l'AFAQ, 2002 Lactarium et biberonnerie, certifiés ISO 9001-2000 par l'AFAQ, 2002.	

<p><b>Coopération avec d'autres établissements</b> (GCS, SIH, conventions...)</p>	<p>Participation à 10 réseaux de soins (obstétrique, cancérologie, insuffisance rénale, douleur, soins palliatifs, victimes d'agressions sexuelles, diabétologie, hépatite C, télémédecine...).</p> <p>Alcoologie de liaison, addictologie de liaison, psychiatrie de liaison.</p> <p>Conventions avec les maisons de retraite avoisinantes pour organiser l'accès à l'hospitalisation et aux consultations.</p> <p>Convention internationale avec l'université de Cracovie en Pologne (accueil d'internes polonais).</p> <p>Conventions avec des associations : 15</p>														
<p><b>Origine géographique des patients</b> (attractivité)</p>	<table> <tr> <td>Loiret</td> <td>89,85 %</td> </tr> <tr> <td>Cher</td> <td>1,24 %</td> </tr> <tr> <td>Eure-et-Loir</td> <td>1,92 %</td> </tr> <tr> <td>Indre</td> <td>0,13 %</td> </tr> <tr> <td>Indre-et-Loire</td> <td>0,14 %</td> </tr> <tr> <td>Loir-et-Cher</td> <td>4,46 %</td> </tr> <tr> <td>Autres</td> <td>2,26 %</td> </tr> </table>	Loiret	89,85 %	Cher	1,24 %	Eure-et-Loir	1,92 %	Indre	0,13 %	Indre-et-Loire	0,14 %	Loir-et-Cher	4,46 %	Autres	2,26 %
Loiret	89,85 %														
Cher	1,24 %														
Eure-et-Loir	1,92 %														
Indre	0,13 %														
Indre-et-Loire	0,14 %														
Loir-et-Cher	4,46 %														
Autres	2,26 %														
<p><b>Transformations récentes</b> (réalisées ou projetées, ou projets de restructuration)</p>	<p><b>Transformations récentes</b></p> <p>Création d'un centre de sénologie à l'hôpital Porte-Madeleine en 2004  Augmentation de 19 lits de soins de suite et réadaptation à Saran en décembre 2004  Ouverture de la nouvelle stérilisation en janvier 2005  Mise en place d'un SMUR et d'un POSU pédiatriques en mars 2005  Installation d'une deuxième IRM en décembre 2005  Projet d'installation d'un TEP-SCAN</p> <p><b>Transferts de services</b></p> <p>Transfert du service d'ORL et du service d'ophtalmologie de l'hôpital Porte-Madeleine vers l'hôpital de La Source  Déménagement du service de stomatologie de l'hôpital Porte-Madeleine vers l'hôpital de La Source  Transfert du service de pneumologie de l'hôpital Porte-Madeleine vers l'hôpital de la Source.</p> <p><b>Projet nouvel hôpital</b></p> <p>Construction du Nouvel hôpital qui permettra le rassemblement de tous les services MCO sur le site de La Source.</p>														



**PARTIE 1**  
**DÉMARCHE QUALITÉ ET ACCRÉDITATION**



## I Historique et organisation de la démarche qualité

Dès 1997, l'établissement a défini les premiers indicateurs qualité dans une relation client/fournisseurs entre les services de soins et les laboratoires. À partir de 2000, une cellule qualité est mise en place et poursuit la définition d'indicateurs qualité d'une relation client/fournisseurs entre l'établissement de transfusion sanguine et les services. Après la 1<sup>re</sup> accréditation, l'établissement met en place une sous-commission de la CME et s'engage dans les évaluations de bonnes pratiques.

Un comité de pilotage de la qualité (COPIL qualité) est créé dès 2001 afin de conduire, non seulement les auto-évaluations mais aussi la démarche qualité de l'établissement. Ce COPIL est présidé par le directeur général de l'établissement. Il définit la politique qualité. Une direction de la qualité, usagers et gestion des risques est créée dont une des missions consiste à mettre en œuvre la politique définie par le COPIL.

Trois grands axes structurent cette politique : l'évaluation des pratiques, la gestion des risques et la mise en place d'une politique de relation avec les usagers.

Les priorités de la démarche qualité concernent l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'actions qualité (PAQ) :

- PAQ1 : Assurer le suivi des recommandations de la version 1 de l'accréditation ;
- PAQ2 : Préparer et suivre l'accréditation version 2 ;
- PAQ3 : Poursuivre la politique du Dossier du patient ;
- PAQ4 : Accompagner le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles dans l'établissement ;
- PAQ5 : Refondre l'architecture documentaire et assurer la dématérialisation des documents ;
- PAQ6 : Sensibiliser et former les acteurs aux démarches d'amélioration de la qualité ;
- PAQ7 : Renforcer les relations avec les correspondants médicaux externes de l'établissement ;
- PAQ 8 : Accompagner les services prestataires dans des démarches qualité ;
- PAQ9 : Initier ou accompagner des projets d'amélioration de l'accueil et la qualité de la prise en charge ;
- PAQ 10 : Développer le management de la qualité dans les services.

La définition et la mise en œuvre de plans d'actions usagers (PAU) :

- PAU1 : Assurer l'évaluation de la qualité de la prise en charge ressentie par les usagers ;
- PAU2 : Renforcer les relations entre l'établissement et les associations d'usagers ;
- PAU3 : Assurer un suivi et une prévention efficace du contentieux (notamment renforcer la sensibilisation du corps médical) ;
- PAU5 : Adapter la gestion des réclamations aux évolutions réglementaires (mise en place de la CRU) et institutionnelles (gestion en pôles).

La définition et la mise en œuvre de plans d'actions risques (PAR) :

- PAR1 : Sensibiliser et former les acteurs à la gestion des risques et aux vigilances ;
- PAR2 : Renforcer le traitement et la prise en compte des déclarations de dysfonctionnement ;
- PAR3 : Développer l'analyse des risques professionnels ;
- PAR4 : Développer la politique de maîtrise des processus à risque ;
- PAR5 : Renforcer et développer la politique de gestion de crise (notamment l'actualisation du plan blanc et la définition des annexes NRBC).

Le déploiement de la politique « qualité » comprend deux aspects : la communication et la qualité des pôles ; la mise en place d'indicateurs « qualité » en participant à l'expérimentation conduite par la HAS.

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

Niveau de décision (Recommandation/ Réserve)	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des experts-visiteurs	
		Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires	Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires
Réserve	Définir, Mettre en œuvre et évaluer une politique du dossier du patient	Suite à une visite ciblée la réserve a été transformée en Recommandation. Travail sur la recommandation en cours	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'un comité « politique du dossier du patient » qui valide les orientations de la politique du dossier du patient et assure le suivi de sa mise en œuvre.</li> <li>- Diffusion d'un guide du dossier du patient papier qui édicte les règles d'organisation et de tenue du dossier du patient ainsi que les responsabilités des professionnels dans ce domaine. Un guide du dossier de soins informatisé ACTIPIDOS a également été rédigé.</li> <li>- Réajustement de la politique du dossier du patient pour assurer le déploiement du dossier de soins paramédical sur ACTIPIDOS. L'objectif est de généraliser le dossier ACTIPIDOS en 2007 sur l'hôpital de La Source.</li> <li>- Déploiement d'un logiciel spécifique aux urgences (gestion des flux) qui sera interfacé avec le dossier de soins ACTIPIDOS en 2007.</li> <li>- Projet de déploiement progressif d'un dossier médical partagé informatique (les évolutions du DMP seront à prendre en compte) sur le logiciel CORA (qui permet le codage des dossiers médicaux).</li> </ul>	En cours	<p>La politique du dossier du patient est définie et mise en œuvre comme l'atteste le guide d'utilisation élaboré et distribué dans l'ensemble des services. Toutefois son appropriation par le corps médical n'est pas totalement effective en particulier pour ce qui concerne les retranscriptions de prescriptions (médicamenteuses et bons de demande d'examens de laboratoire). Un logiciel informatisant le dossier de soins paramédical est en cours de déploiement. Il permet depuis la planification, dans les services qui l'utilisent, la validation de la distribution et de la prise des médicaments, sans retranscription. Cependant, les retranscriptions de demande d'examen de laboratoire persistent et parfois la saisie du traitement personnel du patient par l'infirmière. Des tests sur documents papiers ont été réalisés en vue de supprimer les retranscriptions médicamenteuses mais ont été abandonnés dans l'attente de l'informatisation du dossier de soins. La mise en œuvre de nouveaux tests sur des documents papiers est entreprise. L'informatisation des sites éloignés est</p>

Niveau de décision (Recommandation/ Réserve)	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des experts-visiteurs	
		Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires	Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les dossiers de spécialités seront maintenus en fonction des spécificités de prise en charge propres à chaque discipline.</li> <li>- Définition des règles d'archivage du dossier du patient et sensibilisation des secrétaires médicales (formations). Rédaction d'un règlement des archives pour l'établissement</li> <li>- Poursuite de la politique d'évaluation régulière du dossier du patient (évaluations ciblées dans trois services).</li> <li>- Expérimentation de nouveaux supports de prescriptions supprimant toute retranscription.</li> </ul>		en cours de mise en œuvre (câblage du réseau).
Réserve	Définir, structurer, mettre en œuvre évaluer une politique des fonctions logistiques	Réserve levée	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formalisation des procédures de demande de produits et prestations</li> <li>- Mise en place d'une procédure d'évaluation</li> <li>- Création d'une direction des Travaux et de la Maintenance : redéfinition des missions et des responsabilités, définition d'un programme de maintenance.</li> <li>- Réorganisation de l'équipe de bio nettoyage et recrutement d'un ETP pour assurer le nettoyage des parties communes le week-end.</li> <li>- Recrutement d'un ingénieur environnement. Construction d'une plate-forme de déchets à l'hôpital de La</li> </ul>	Oui	<p>La politique hôtelière a été définie et formalisée. Les procédures de demande de produits et prestations sont en place et font l'objet d'évaluation auprès des utilisateurs.</p> <p>Une direction des travaux et de la maintenance a été créée. Des programmes de maintenance préventive et curative ont été élaborés.</p> <p>Un ingénieur environnement a été recruté.</p> <p>Les plates-formes de stockage intermédiaire des déchets ont été installées sur HLS. Les locaux de stockage finaux des déchets restent à installer sur HPM et HLS</p>

Niveau de décision (Recommandation/ Réserve)	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des experts-visiteurs	
		Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires	Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires
			<p>Source et d'une plate-forme de déchets à l'hôpital porte Madeleine (fin des travaux prévue : 1er semestre 2007). Réfection des locaux intermédiaires de déchets de l'hôpital de La Source (fin des travaux prévue en décembre 2006).</p> <p>- Transports patients : évaluation des bons de transports actuels et modification de ces bons. Étude exhaustive sur l'organisation actuelle des transports patients (coûts, dysfonctionnements, principaux services demandeurs). Désignation d'une coordinatrice transports.</p> <p>- Transport produits : définition des règles d'hygiène pour les agents du parc automobile et traçabilité des appels réalisés dans le cadre du plan pourpre.</p> <p>Sécurité incendie : réorganisation de l'équipe sécurité de la Source qui est composée de 18 agents permettant d'assurer la permanence de 3 agents 24 heures/24.</p> <p>Création d'un PC sécurité à La Source. Formalisation des procédures d'alerte. Structuration de la gestion des prescriptions de la commission de sécurité. Actualisation du classeur se trouvant au niveau du PC de sécurité.</p>		<p>Une organisation a été mise en place pour le transport des produits sanguins labiles avec suivi des non-conformités et réajustement.</p> <p>L'équipe de sécurité incendie a été réorganisée. Les formations du personnel sont mises en œuvre ; l'établissement prévoit leur intensification et leur extension à l'ensemble des agents.</p>

Niveau de décision (Recommandation/ Réserve)	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des experts-visiteurs	
		Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires	Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires
Recommandation	<p>Formaliser une politique institutionnelle en matière d'information médicale, prolongeant l'engagement de la charte qualité.</p> <p>Généraliser à l'ensemble des secteurs d'activité le recueil du consentement éclairé du patient et sa traçabilité</p>	En cours	<p>Création d'un sous-groupe spécifique « information du patient » qui a effectué :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un bilan des documents de traçabilité du consentement et des documents d'information médicale au sein de l'établissement</li> <li>- une mise à disposition sur l'intranet d'une banque de données institutionnelle rassemblant les documents d'information patient, les plus fréquemment utilisés.</li> <li>- rédaction d'un guide sur l'information du patient, validé en CME, à la CRU, en commission des soins</li> <li>- réalisation d'affiches pour les salles d'attente</li> <li>- évaluation des actions entreprises prévue en 2007</li> </ul>	En cours	<p>Un groupe de travail a été créé en 2005. il a recensé l'ensemble des documents utilisés pour l'information du patient. un premier tri et classement ont permis de retenir et formaliser les 10 documents relatifs aux actes les plus pratiqués. Ce « Top 10 » est mis en ligne sur l'intranet. Parallèlement, le groupe est en cours de recueil et d'harmonisation des 40 documents suivants qui suivront la même procédure de diffusion. Par ailleurs, un guide institutionnel sur l'information du patient a été distribué dans l'ensemble des services après validation par les instances.</p>
Recommandation	Assurer une évaluation régulière de l'état de santé des patients dans les secteurs de soins de longue durée	Action terminée	<p>Compte tenu de la recommandation, l'audit 2003 sur le CHRO a été organisé dans les services de court séjour mais également dans les services de soins de longue durée.</p> <p>Deux sites sont concernés : Paul-Gauguin et Saran.</p> <p>Cet audit a été effectué en binôme médecin/cadre sur 50 dossiers tirés au sort. La grille d'audit retient 6 critères identiques aux critères de courts séjours et 8 critères plus spécifiques à l'évaluation régulière de l'état de santé</p>	Oui	<p>Suite à l'analyse des résultats de l'audit mis en œuvre en 2003, la mise en place des actions d'amélioration adaptées permet d'assurer une évaluation régulière de l'état de santé des patients dans les secteurs de soins de longue durée.</p>

Niveau de décision (Recommandation/ Réserve)	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des experts-visiteurs	
		Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires	Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires
			<p>des patients.</p> <p>Les résultats de ce premier audit ont été restitués aux médecins et cadres de ces deux sites.</p> <p>Le médecin chef de service de Saran est désigné, en 2004, responsable du plan d'amélioration qui comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reprise des « grandes visites » sur le site de Saran une fois tous les 6 mois, avec traçabilité dans le dossier.</li> <li>- Reprise des Staffs multiprofessionnels.</li> <li>- Élaboration d'une procédure commune aux deux sites et spécifique aux soins de longue durée avec nouvelle architecture du dossier du patient. Ce dossier comporte des fiches de synthèse remplies à l'entrée puis tous les 6 mois.</li> </ul> <p>Ce nouveau dossier a été mis en place le 1<sup>er</sup> décembre 2004 pour tout nouvel entrant dans les secteurs de soins de longue durée.</p>		
Recommandation	Sécuriser le circuit du médicament et des dispositifs médicaux sur l'ensemble des sites et la préparation des chimiothérapies sur le site de porte Madeleine	En cours	<p>Un état des lieux concernant le circuit du médicament a été réalisé auprès des services de l'établissement dans les domaines suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyse des prescriptions médicamenteuses</li> <li>- évaluation des armoires à pharmacie</li> <li>- organisation du service concernant la gestion des stocks pour les médicaments et les dispositifs</li> </ul>	En cours	La reconstitution des chimiothérapies par la pharmacie pour la totalité des services pratiquant l'oncologie est effective depuis septembre 2004. Pour ce qui concerne le circuit du médicament, la pharmacie délivre les médicaments dans les services en dotation globalisée basée sur le système « plein/vide ». En 2005 un audit sur la gestion des armoires à pharmacie des

Niveau de décision (Recommandation/ Réserve)	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des experts-visiteurs	
		Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires	Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires
			<p>médicaux</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- organisation concernant la préparation de l'administration des médicaments</li> <li>- évaluation du niveau de connaissance des IDE suite à la diffusion d'une fiche d'information des 10 commandements</li> <li>- évaluation concernant l'utilisation du livret du médicament.</li> </ul> <p>L'ensemble de ces grilles d'analyses a été présenté et validé par deux groupes de travail. L'ensemble des résultats a été présenté au groupe de travail ainsi que les orientations en termes de propositions d'amélioration.</p> <p>Un plan d'actions a été élaboré en prenant en compte les résultats des évaluations et les critères qui doivent être mis en place dans le cadre du contrat de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux.</p> <p>Ces différents plans d'actions concernent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la mise en place d'un nouveau système informatique à la pharmacie ;</li> <li>- l'intégration de l'informatique de la pharmacie et des unités de soins ;</li> <li>- la sécurisation et l'optimisation du circuit de livraison des médicaments et des DM, maîtrise de la chaîne de</li> </ul>		<p>services est réalisé. Un partenariat pharmacie/direction des soins est mis en œuvre. Une infirmière est détachée par la direction des soins sur ce projet. Des procédures de bonnes pratiques sont écrites et concernent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La prescription ;</li> <li>- Le rôle infirmier dans la distribution</li> <li>- La commande, la livraison et le rangement des médicaments ;</li> <li>- L'administration.</li> </ul> <p>Un classeur est réalisé et mis en test dans cinq services.</p> <p>Deux logiciels sont en cours de déploiement, l'un pour la gestion de la pharmacie permettant l'analyse pharmaceutique des prescriptions, l'autre pour la gestion des équivalences médicamenteuses.</p> <p>La mise en œuvre de la délivrance des médicaments par acheminement dans les services de soins en armoire sécurisée est prévue à compter de juin 2007.</p> <p>L'établissement ne prévoit pas dans l'immédiat la délivrance nominative.</p>

Niveau de décision (Recommandation/ Réserve)	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des experts-visiteurs	
		Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires	Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires
			<p>froid, livraison des produits dans les services, optimisation des flux : Une phase de test a été effectuée pour la livraison des médicaments et des dispositifs médicaux dans les services (avec des armoires).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formalisation des organisations avec la réalisation d'un classeur regroupant l'ensemble des procédures concernant la gestion d'utilisation des médicaments et à terme des dispositifs médicaux.</li> <li>- Mise en place d'un plan de formation et de sensibilisation. À ce jour, l'ensemble des cadres a eu une information sur la pharmacovigilance ainsi que la gestion des risques. Cette formation est étendue à l'ensemble des élèves de l'IFSI. Un module de formation pour l'ensemble du personnel doit être prévu sur le mésusage.</li> <li>- Modification de la fiche d'événement indésirable pour intégrer des critères sur le risque iatrogénique médicamenteux.</li> </ul> <p>Ce projet est piloté et coordonné avec la pharmacie et la direction des soins, la direction qualité et le service intérieur. Une infirmière a été détachée sur ce projet pour réaliser en partenariat des actions dans les unités de soins.</p>		

Niveau de décision (Recommandation/ Réserve)	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des experts-visiteurs	
		Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires	Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires
Recommandation	Élaborer, mettre en œuvre et évaluer les différentes composantes du projet d'établissement	Action terminée	<ul style="list-style-type: none"> <li>- définition d'un projet d'établissement 2005-2010</li> <li>- définition d'un projet d'établissement à horizon 2014 (projet Nouvel hôpital)</li> </ul>	Oui	Le projet d'établissement 2005-2010 a été validé par l'ARH le 18 juillet 2005. Dans le même temps, un projet d'établissement à l'horizon de 2014 a été élaboré dans le cadre de la construction du nouvel hôpital de La Source.
Recommandation	Formaliser, structurer, mettre en œuvre et évaluer la politique de ressources humaines		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suite à différentes réunions entre la direction du Personnel et des relations sociales et la direction des soins infirmiers, un document de travail a été réalisé pour définir le rôle de chacun.</li> <li>- Rédaction d'un <b>projet social</b> dans le cadre d'un groupe pluriprofessionnel et mise en place d'un comité de suivi du projet social.</li> <li>Une <b>GPEC quantitative</b> a été mise en place :</li> <li>- Analyse chaque année des besoins de personnel par grade avec une analyse plus poussée pour les métiers en tension (IADE, IBODE).</li> <li>- Évaluation prévisionnelle des besoins en personnel en fonction des réorganisations des services prévues dans le projet d'établissement</li> <li>- Tableaux de bord de suivi des mensualités par UF, qui sont présentés chaque mois en commission des effectifs. Suivi également chaque mois de l'absentéisme et mise en place d'un groupe de travail sur ce thème.</li> <li>- Analyse statistique sur les départs</li> </ul>	Oui	Un projet social, formalisant la politique de l'établissement en matière de gestion des ressources humaines a été élaboré et validé par les instances puis approuvé par l'ARH dans le cadre du projet d'établissement. Un comité de suivi du projet social est mis en place.

Niveau de décision (Recommandation/ Réserve)	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des experts-visiteurs	
		Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires	Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires
			<p>prévisionnels du personnel en retraite.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le bilan social annuel permet d'assurer un suivi statistique des effectifs</li> <li>- Un agent de la DPRS est spécifiquement chargé du suivi statistique.</li> <li>- L'application de l'Évaluation Prévisionnel des Recettes et des Dépenses, exige la projection tous les mois des besoins en personnel</li> <li>- Le projet logistique nouvel hôpital a permis d'évaluer (quantitativement) les besoins en personnel dans ce domaine</li> </ul> <p><b>Une GPEC qualitative</b> est également appliquée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une réflexion est en cours sur la délégation de compétences dans le cadre de la contractualisation avec les pôles (voir contrat type).</li> <li>- Le projet logistique sur le nouvel hôpital a permis d'évaluer de manière qualitative les besoins en personnel</li> <li>- la commission de reclassement (qui réunit médecine du travail, direction du personnel, cadres supérieurs) se réunit régulièrement</li> <li>- pour les « métiers en tension », une bourse est délivrée contre engagement de servir</li> </ul> <p><b>Les profils de poste</b> des soignants sont en cours de réactualisation</p>		

Niveau de décision (Recommandation/ Réserve)	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des experts-visiteurs	
		Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires	Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires
			<p><b>Deux journées d'accueil</b> par an sont organisées dans l'établissement au cours desquelles un livret d'accueil est remis aux agents.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des journées d'accueil spécifiques sont organisées par la direction des Soins pour les infirmières et pour les cadres.</li> <li>- des journées d'accueil et un livret d'accueil spécifique ont été mis en place pour l'accueil des internes de médecine.</li> <li>- Définition d'une politique d'accueil des stagiaires dans l'établissement, conformément au projet social.</li> <li>- Mise en place, au cours de l'année 2006, d'une formation-action pour les ASH : cette formation intègre la présentation de l'établissement.</li> <li>- Ouverture régulière des journées d'accueil au personnel plus ancien de l'établissement pour réactualiser leurs connaissances.</li> </ul> <p><b>L'évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une procédure générale d'évaluation est décrite dans le projet social</li> <li>- L'enquête de satisfaction du personnel, réalisée en 2003, montrait que 93 % du personnel avait passé un entretien annuel d'évaluation.</li> <li>- Pour le personnel soignant, des outils adaptés ont été créés pour les entretiens d'évaluation</li> </ul>		

Niveau de décision (Recommandation/ Réserve)	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des experts-visiteurs	
		Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires	Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- La même démarche sera menée pour le personnel administratif et technique</li> <li>- Les nouvelles infirmières sont évaluées par la direction des Soins dès le premier mois, puis au 3<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> mois afin de suivre l'évolution de leurs compétences et faire des contrats de progrès.</li> <li>- Élaboration d'une fiche unique d'évaluation pour le personnel contractuel</li> <li>- Rédaction d'un document de synthèse sur l'organisation de la formation continue dans l'établissement. Ce document a été validé par les organisations syndicales. Le plan de formation est élaboré tous les ans avec un recensement des besoins dans chacun des services. Depuis 2005, évaluation des besoins par pôle avec le cadre supérieur du pôle</li> <li>- Développement des formations institutionnelles en cohérence avec les objectifs principaux de l'établissement</li> <li>- définition d'une charte confidentialité pour le personnel de l'établissement</li> <li>- Deux enquêtes de satisfaction ont été réalisées en 2003 afin d'élaborer le projet Social : <ul style="list-style-type: none"> <li>- une enquête auprès de l'ensemble du personnel ;</li> <li>- une enquête auprès des cadres plus</li> </ul> </li> </ul>		

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
			spécifiquement. - Une nouvelle enquête auprès du personnel va être réalisée en 2007.		

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

Les représentants des usagers ont participé au comité de pilotage qualité.

Un groupe d'usagers, coordonné par la direction qualité, usagers, gestion des risques a été créé. Le médiateur médecin de l'établissement et ses suppléants participent également à ce groupe.

Les usagers ont été invités à une première réunion en janvier 2006, au cours de laquelle la démarche qualité et de certification a été présentée. À cette occasion, un appel à candidatures a été réalisé pour participer à la démarche de certification.

Quinze usagers représentant des associations d'usagers se sont inscrits. Trois réunions ont permis d'étudier les références 2, 26, 31 et 51. D'autres thèmes ont également été étudiés :

- la personne de confiance ;
- la nouvelle charte de la personne hospitalisée ;
- le projet de mise en place d'un espace usagers...

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

Pas de retour de la MRIICE.

**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 la population, en termes de soins et de prévention	Les orientations stratégiques ont été élaborées en prenant en compte le SROS et les données relatives à l'état de santé de la population.	A
1 b	Les orientations stratégiques organisent la complémentarité avec les autres établissements du territoire de santé et la participation aux réseaux de santé	La complémentarité est organisée sous forme de partenariat formalisé avec d'autres établissements et de participation avec des 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 du projet d'établissement favorise la participation des instances et des responsables. Leurs rôles respectifs sont définis et la 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 et les moyens nécessaires à leur réalisation. Ils en assurent la communication et le suivi.	A

Réf. 2	L'établissement accorde une place primordiale au patient et à son entourage		Cotations
2 a	Le respect des droits et l'information du patient sont inscrits dans les priorités de l'établissement	L'établissement intègre le respect des droits et de l'information du patient dans la mise en œuvre de ses orientations stratégiques et dans son organisation. La sensibilisation des professionnels est assurée.	A
2 b	L'expression du patient et de son entourage est favorisée	Les professionnels veillent à ce que les entretiens et les échanges entre eux, les patients et leur entourage soient réalisés dans des conditions propices à l'expression malgré des locaux pas toujours adaptés à cet effet. Le recueil des suggestions et des plaintes est organisé.	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.	A
2 d	La politique hôtelière prend en compte les attentes des patients	Les attentes des patients sur le plan hôtelier sont recueillies et prises en compte. Elles permettent de définir et de mettre en œuvre une politique hôtelière.	A
2 e	Les représentants des patients participent à l'évaluation et à l'amélioration des services rendus par l'établissement	Les représentants des patients sont désignés. Ils siègent aux instances et participent à la vie de l'établissement et aux démarches qualité et de certification. Leur avis est pris en compte pour améliorer le service rendu au patient.	A

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

Réf. 4	La politique du système d'information et du dossier du patient est définie en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement		Cotations
4 a	Le schéma directeur du système d'information s'appuie sur les orientations stratégiques de l'établissement	Le schéma directeur a été élaboré et approuvé en s'appuyant sur l'identification et la hiérarchisation des besoins stratégiques de l'établissement en information.	A
4 b	Les projets du système d'information sont définis et hiérarchisés en fonction des processus à optimiser, en recherchant l'adhésion des professionnels concernés et, en cas d'informatisation, de la maturité du marché	Les projets du 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 est régulièrement évaluée.	A
4 d	Les professionnels concernés reçoivent un accompagnement et une formation pour traiter et utiliser les données	Les personnels utilisateurs bénéficient d'une formation adaptée et d'un accompagnement personnalisé permettant un traitement et une utilisation efficace des données.	A
4 e	Une politique du dossier du patient est définie afin d'assurer la qualité et la continuité des soins	Une politique du dossier du patient cohérente avec les orientations stratégiques est définie en associant les instances et les professionnels concernés. Cette politique favorise la confidentialité, la fiabilité, l'accessibilité et le stockage des informations ainsi que la coordination des professionnels et des secteurs d'activité.	A

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

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

Réf. 7	L'établissement met en œuvre une politique d'optimisation de ses ressources et de ses moyens en adéquation avec les orientations stratégiques		Cotations
7 a	Les coûts des activités sont connus et leur maîtrise est assurée	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 prévention 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 en équipements en interne et en externe est organisée.	A



**CHAPITRE II**  
**RESSOURCES TRANSVERSALES**



**A – RESSOURCES HUMAINES**

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

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

**B – FONCTIONS HÔTELIÈRES ET LOGISTIQUES**

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

Réf. 11	Les fonctions logistiques, assurées par l'établissement ou externalisées, sont organisées pour assurer la maîtrise de la qualité et de la sécurité des prestations		Cotations
11 a	La qualité et l'hygiène de la restauration sont assurées.	Une évaluation externe permet de vérifier l'existence d'un système d'assurance qualité de la restauration. Le système d'assurance qualité comporte l'existence d'une démarche HACCP, de protocoles et d'audits qui ne sont pas encore développés en interne. Sur l'hôpital Porte-Madeleine, les experts-visiteurs ont constaté un dysfonctionnement dans le respect des protocoles mis en œuvre. La distribution est organisée. L'établissement assure l'adaptation des prestations aux attentes des patients.	B
11 b	La qualité et l'hygiène en blanchisserie, et dans le circuit de traitement du linge, sont assurées.	Le programme qualité est assuré par l'application des protocoles établis à toutes les étapes de la fonction blanchisserie. L'établissement assure la formation des personnels, la diffusion des protocoles et l'évaluation à périodicité définie.	A
11 c	Le transport du patient entre les secteurs d'activité internes et/ou externe de l'établissement permet la continuité des soins, le respect concernant la dignité, la confidentialité et la sécurité, notamment l'hygiène.	La fonction transport (interne et externe) est organisée. La formation du personnel est assurée dans le but d'assurer l'hygiène, la continuité des soins et le respect des droits du patient mais n'est pas harmonisée sur l'hôpital Porte-Madeleine et l'hôpital de La Source.	B

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

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

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

Réf. 14	La gestion des risques est organisée et coordonnée		Cotations
14 a	Les informations relatives aux risques sont rassemblées et organisées.	L'établissement dispose d'une visibilité sur l'ensemble de ses risques grâce à un regroupement des informations et une veille réglementaire en matière de sécurité. Il partage ces informations avec les différents professionnels.	A
14 b	Des dispositions sont en place pour identifier et analyser <i>a priori</i> les risques.	L'établissement met en œuvre une démarche structurée d'identification et d'analyse des risques <i>a priori</i> pour laquelle des responsabilités sont définies par domaine de risques. La cartographie de ces risques <i>a priori</i> n'est pas finalisée.	B
14 c	Des dispositions sont en place pour identifier et analyser <i>a posteriori</i> les risques.	L'établissement met en œuvre une démarche structurée d'identification et d'analyse des incidents et accidents survenus. Les responsabilités sont définies pour l'identification, le signalement et l'analyse.	A
14 d	Les résultats issus des analyses de risque permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter.	Des actions de réduction des risques sont hiérarchisées et mises en œuvre. Les instances et les professionnels sont impliqués.	A
14 e	La gestion d'une éventuelle crise est organisée.	Une organisation est en place pour faire face à une situation de crise : cellule de crise, circuits d'alerte, formation des professionnels, scénarios de crise, exercices de crises, modalités de communication. Elle est connue des professionnels.	A
14 f	L'organisation des plans d'urgence pour faire face aux risques exceptionnels est en place.	L'établissement est organisé pour faire face aux risques exceptionnels. Les plans d'urgence sont formalisés et actualisés ; les professionnels connaissent les modalités de mise en œuvre et leur rôle dans le dispositif par la formation et la participation à des simulations. Des actions de communication complètent cette organisation.	A

Réf. 15	Un dispositif de veille sanitaire est opérationnel		Cotations
15 a	Les procédures à mettre en œuvre en cas d'événement indésirable sont en place et sont connues des professionnels.	L'établissement a défini les procédures à mettre en œuvre en cas d'événement indésirable. Les responsabilités sont identifiées. Les procédures sont connues des professionnels.	A
15 b	La traçabilité des produits de santé est assurée.	L'établissement a défini les modalités de traçabilité des produits de santé et les met en œuvre. Les responsabilités sont définies. Ces modalités sont connues des professionnels concernés. L'établissement s'assure de la fiabilité et de l'exhaustivité du système.	A
15 c	Une organisation permettant de répondre à une alerte sanitaire concernant les produits de santé est en place.	L'établissement a mis en place une organisation lui permettant de répondre à une alerte sanitaire concernant les produits de santé qui n'est pas opérationnelle 24 heures/24. Les responsabilités sont définies et les professionnels concernés, formés.	B
15 d	La coordination des vigilances entre elles et avec le programme global de gestion des risques est assurée.	L'établissement a mis en place une organisation permettant la coordination des vigilances entre elles et des vigilances avec la gestion des risques.	A
15 e	Une coordination est assurée entre l'établissement et les structures régionales et nationales de vigilances.	L'établissement a mis en place une organisation assurant la coordination des vigilances avec les structures régionales et nationales de vigilance.	A

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

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

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

Réf. 18	La gestion des risques liés à l'environnement, hors infrastructures et équipements, est assurée		Cotations
18 a	L'hygiène des locaux est assurée.	L'établissement a défini des modalités de nettoyage des locaux et la classification des secteurs en fonction du risque infectieux est établie. La traçabilité de l'entretien est peu réalisée de même qu'il n'existe pas de procédures de contrôle ni d'évaluations institutionnelles. Les pratiques et les résultats sont hétérogènes selon les secteurs. En l'absence d'une évaluation régulière, l'appropriation et le respect des bonnes pratiques par les personnels ne sont pas garantis. Il n'existe pas de plan d'amélioration de l'entretien des locaux. En période de travaux, la maîtrise des confinements n'est pas assurée.	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.	A
18 d	L'élimination des déchets, notamment d'activité de soins, est organisée.	Une organisation d'élimination des déchets est en place. Les professionnels bénéficient d'une formation au tri et à l'élimination des déchets. Les experts-visiteurs ont constaté des dysfonctionnements dans ce domaine notamment pour ce qui concerne le décartonnage dans un secteur à risque. Des mesures de protection sont en place. Les dysfonctionnements sont régulièrement analysés et suivis d'actions d'amélioration.	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, d'équipement matériel ou de réorganisation est soumis à la consultation du CLIN pour en apprécier les risques infectieux. Une coordination des acteurs, intégrant l'EOHH est mise en place.	A

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

Réf. 20	La sécurité des biens et des personnes est assurée		Cotations
20 a	La conservation des biens des patients et des professionnels est organisée.	Des dispositions, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement, sont mises en œuvre pour assurer la conservation des biens des patients et des professionnels.	A
20 b	Des mesures préventives pour assurer la sécurité des personnes sont mises en œuvre.	L'établissement a mis en œuvre les mesures préventives de sécurité des personnes dans tous les secteurs.	A
20 c	Des dispositions d'alerte concernant la sécurité des biens et des personnes sont en place et connues de tous.	Des dispositions d'alerte concernant la sécurité des biens et de personnes sont mises en œuvre. Les rôles respectifs des professionnels et des patients (entourage) sont connus.	A

**E – SYSTÈME D'INFORMATION**

Réf. 21	Le recueil et la mise à disposition de l'information sont organisés dans l'établissement		Cotations
21 a	Les bases de connaissances utiles à la réalisation des différentes activités sont à la disposition des professionnels.	Le recueil des connaissances utiles aux utilisateurs est organisé. Les supports et le mode de communication en permettent l'accès aux professionnels.	A
21 b	Les données nécessaires à la prise en charge des patients sont communiquées en temps utile et de façon adaptée aux besoins.	L'organisation permet la mise à disposition des professionnels concernés des données nécessaires aux différents stades de la prise en charge du patient en temps utile et dans les différents secteurs d'activité, sous une forme adaptée aux besoins. Les données relatives à la disponibilité des lits ne sont pas optimisées.	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 certains champs du système d'information. L'analyse et l'exploitation de ces contrôles sont également effectuées.	B

Réf. 22	Une identification fiable et unique est assurée		Cotations
22 a	Une politique d'identification du patient est définie.	À partir d'un état des lieux, l'établissement a défini une politique d'identification du patient et les responsables chargés de sa mise en œuvre et de son suivi.	A
22 b	Des procédures de contrôle de l'identification du patient sont mises en œuvre.	Il existe des procédures de contrôle de l'identification du patient, cependant des doublons persistent et les procédures ne sont pas évaluées. Un groupe de travail sur l'identification du patient a été mis en place dans l'établissement, la cellule d'identitovigilance est en projet.	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).	Les modalités de mise en concordance des identités lors des échanges de données entre l'établissement et d'autres structures sanitaires ne sont pas formalisées dans tous les cas de figure. L'établissement s'attache à mettre en place des procédures dans les secteurs les plus sensibles (EFS).	B

Réf. 23	La sécurité du système d'information est assurée		Cotations
23 a	Une politique de sécurité est mise en œuvre pour assurer l'intégrité, la disponibilité, la confidentialité des données et l'auditabilité du système d'information.	L'établissement a défini une politique de sécurité, il met en œuvre les mesures nécessaires pour assurer l'intégrité, la disponibilité, la confidentialité des données et l'auditabilité du système d'information.	A
23 b	La sécurité du système d'information est évaluée lors d'un diagnostic initial puis à périodicité définie.	Des évaluations régulières concernant la sécurité du SI sont mises en œuvre et des actions sont définies en fonction des résultats obtenus.	A
23 c	Les traitements de données à caractère personnel font l'objet des démarches et formalités prévues par la législation Informatique et libertés.	Les démarches et formalités prévues concernant les déclarations à la CNIL et l'information du patient sont réalisées.	A

Réf. 24	Le dossier du patient obéit à des règles de gestion définies pour l'ensemble des secteurs d'activité		Cotations
24 a	Les règles de tenue du dossier de patient sont connues des différents intervenants.	Des règles définissant le contenu et la tenue du dossier du patient sont élaborées mais appliquées de façon hétérogène par les professionnels. L'établissement évalue le respect de ces règles.	B
24 b	Les règles de communication du dossier du patient sont connues des professionnels concernés.	Des règles précisant les modalités de communication du dossier du patient sont élaborées. Elles sont diffusées auprès des professionnels concernés mais le degré de connaissance n'est pas évalué. La mise en œuvre de ces règles par les professionnels n'est pas homogène à tous les secteurs d'activité.	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. Il s'assure de leur application.	A
24 d	Les professionnels connaissent leurs responsabilités dans la préservation de la confidentialité des données personnelles.	Les professionnels concernés par la confidentialité des données personnelles sont identifiés. Les règles garantissant sa préservation sont connues.	A
24 e	L'accès aux dossiers est organisé pour le patient et/ou les personnes habilitées.	L'organisation mise en place par les responsables assure l'accès au dossier pour le patient et les personnes habilitées. Elle est connue des professionnels et des patients.	A



**CHAPITRE III**  
**PRISE EN CHARGE DU PATIENT**



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

Réf. 25	Les responsables des secteurs d'activité exercent pleinement leur rôle		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
25 a	Les responsables prévoient les évolutions de leur secteur d'activité en cohérence avec les choix stratégiques de l'établissement.	Les responsables de chaque secteur d'activité élaborent un projet qui s'inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement.	A		A	A	
25 b	Les responsables organisent les activités de leur secteur et identifient les moyens nécessaires à leur réalisation.	L'implication des responsables permet d'assurer une organisation compétente et efficiente de leur secteur d'activité.	A		A	A	
25 c	Les responsables organisent la complémentarité avec les autres structures et la participation à des réseaux de santé dans leur domaine.	Les responsables des secteurs d'activité définissent ou participent à la définition des champs de complémentarité et de partenariat potentiel. L'organisation mise en place est formalisée et les modes de fonctionnement permettent d'en assurer le suivi.	A		A	A	
25 d	Les responsables des secteurs d'activité décident, dans le cadre de leurs attributions, des actions à mettre en œuvre dans leur secteur.	Les responsables des secteurs d'activité, pour ceux qui sont nommés, définissent leur processus décisionnel dans le cadre de leurs attributions.	B		A	A	
25 e	Les responsables motivent les personnels de leur secteur d'activité en favorisant leur adhésion et leur implication.	Les responsables s'impliquent dans le développement de la motivation de leur équipe. En MCO et SSR les moyens et mécanismes d'intéressement ne sont pas encore mis en œuvre pour favoriser la motivation tant individuelle que collective.	B		B	A	
25 f	Les responsables veillent à la bonne utilisation des moyens alloués.	Les responsables s'impliquent dans l'efficacité de leur secteur d'activité mais ne disposent pas encore de la totalité des outils et des moyens permettant de s'assurer de la bonne utilisation des ressources, sauf en long séjour..	B		B	A	
25 g	Les responsables développent des démarches d'évaluation et d'amélioration.	Les responsables sont diversement impliqués dans l'évaluation et l'amélioration des performances de leur secteur d'activité. Ils ne maîtrisent pas tous les outils pour le faire.	B		B	B	

**B – PARCOURS DU PATIENT**

Réf. 26	Les droits et la dignité du patient (résidant – USLD) sont respectés		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
26 a	La confidentialité des informations relatives au patient (résidant – USLD) est garantie.	Les pratiques professionnelles et les moyens mis en place, 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. En MCO, si les professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité, ils ne sont pas systématiquement vigilants dans leurs pratiques quotidiennes. Par ailleurs, la configuration de certains locaux ne permet pas de garantir les conditions de confidentialité de la conservation des données médicales.	B		A	A	
26 b	Le respect de la dignité et de l'intimité du patient (résidant – USLD) est préservé tout au long de sa prise en charge.	Malgré les efforts réalisés pour la réhabilitation des différents sites, il persiste des locaux et des conditions d'admissions et d'hébergement des patients vétustes et/ou inadaptés. Les équipes soignantes, conscientes de la rupture inévitable dans le respect de l'intimité, mettent en œuvre les pratiques professionnelles et les moyens permettant d'assurer au mieux le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	B		B	B	
26 c	La prévention de la maltraitance du patient (résidant – USLD) au sein de l'établissement est organisée.	Les professionnels sont sensibilisés à la prévention de la maltraitance et appliquent les bonnes pratiques notamment en matière de contention. Les situations à risque sont identifiées et un système de signalement est en place. Toutefois, en MCO, la réflexion sur les procédures relatives à la contention est débutante.	B		A	A	
26 d	La volonté du patient (résidant – USLD) est respectée.	La volonté du patient est respectée pour ce qui concerne l'acceptation des soins, les pratiques religieuses et culturelles, dans les limites du possible et de la déontologie médicale. En MCO, le recueil de cette volonté du patient dans le dossier est tracé de manière hétérogène.	B		A	A	
26 e	La formation des professionnels à l'écoute et au respect des droits du patient est organisée.	Des formations et des actions de sensibilisation sur le thème du respect des droits et de la dignité du patient sont organisées et suivies.	A		A	A	

Réf. 27	L'accueil du patient (résident – USLD) et de son entourage est organisé		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
27 a	Les besoins et les attentes du patient (résident – USLD) sont identifiés, y compris les besoins sociaux.	Les informations concernant les besoins et les attentes du patient sont recherchées, rassemblées aux moments d'accueil et sont disponibles. Cependant, en MCO, le recueil des habitudes de vie pour les patients le nécessitant n'est pas toujours réalisé.	B		A	A	
27 b	Le patient (résident – USLD) reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de son séjour.	Les conditions de l'accueil, la sensibilisation du personnel et les supports d'information font que les patients reçoivent une information claire et adaptée sur les conditions de son séjour.	A		A	A	
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 les secteurs d'activité concernant le patient accessible aux handicapés. Toutefois, la configuration des chambres sans salle de bain privative et l'exiguïté de certains locaux gênent les déplacements des personnes à mobilité réduite.	B		B	B	
27 d	La permanence de l'accueil est organisée.	Les règles gérant l'accueil sont définies et assurent une réponse permanente et adaptée aux différents types de prise en charge.	A		A	A	
27 e	Une procédure spécifique d'accueil des détenus est organisée dans les établissements concernés.	L'établissement s'est organisé pour accueillir les détenus dans des conditions respectant la sécurité, la dignité et la discrétion.	A		NA	NA	

Réf. 28	La prise en charge du patient se présentant pour une urgence est organisée		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
28 a	L'accueil de toute personne se présentant pour une urgence est organisé par des professionnels formés à cet effet.	L'accueil des patients au service des urgences est organisé par un personnel dédié, formé et identifié.	A		NA	NA	
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.	Le non-respect des contrats internes passés entre le service des urgences et les services d'hospitalisation ne permet pas 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. Pour ce qui concerne le pôle d'activité « femme/enfant », cette problématique n'est pas retrouvée. Le système d'information spécifique reste encore peu utilisé. Par ailleurs, les délais d'attente en fonction du degré d'urgence ne font pas l'objet d'une analyse et les événements indésirables qui sont analysés ne font pas l'objet d'actions d'amélioration.	C		NA	NA	
28 c	Le recours à un avis spécialisé est organisé selon les besoins.	L'organisation du recours aux spécialistes assure leur intervention dans des délais compatibles avec la sécurité des patients.	A		NA	NA	
28 d	La disponibilité des lits d'hospitalisation est régulièrement évaluée et analysée au sein de l'établissement.	L'organisation de la gestion des lits d'hospitalisation ne permet pas d'évaluer et d'analyser régulièrement la disponibilité des lits afin de réduire les délais d'attente d'hospitalisation malgré les outils en place. Cette problématique n'est pas retrouvée dans le pôle d'activité « femme/enfant ». Les préconisations de la commission des admissions et consultations non programmées ne sont pas suivies d'effet.	C		NA	NA	

Réf. 29	L'évaluation initiale de l'état de santé du patient (résident – USLD) donne lieu à un projet thérapeutique personnalisé, ajusté tout au long de sa prise en charge (son séjour – USLD)		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
29 a	Le patient (résident – USLD) et, s'il y a lieu, son entourage sont partie prenante dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique.	Une organisation formalisée impliquant le patient et, le cas échéant son entourage, dans l'élaboration et le suivi de son projet thérapeutique est mise en œuvre dans la plupart des secteurs d'activité. Le point de vue du patient et de son entourage s'il y a lieu est systématiquement tracé dans le dossier du patient. Cette pratique reste hétérogène sur le secteur MCO.	B		A	A	
29 b	Les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures sont accessibles 24 heures/24.	Une organisation de transmission des dossiers en SSR et SLD assure l'accès 24 heures/24 à l'ensemble des données antérieures. Pour le MCO cet accès est plus difficile la nuit, les week-ends et jours fériés et en l'absence des secrétaires.	B		A	A	
29 c	Le projet thérapeutique prend en compte l'ensemble des besoins du patient (résident – USLD) et organise la coordination entre les professionnels des différents secteurs d'activité.	Les besoins des patients sont identifiés. Ils sont pris en compte de façon coordonnée par les professionnels des différents secteurs d'activité.	A		A	A	
29 d	La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient (résident – USLD).	Les professionnels s'organisent pour assurer la trace de la réflexion bénéfice-risque pour chaque patient au sein du dossier. Toutefois, celle-ci n'est tracée que pour les actes lourds en SSR et SLD. Pour le MCO, les experts-visiteurs ont noté une amélioration de la traçabilité de la réflexion bénéfice-risque, confirmée par les résultats des audits réalisés par l'établissement, toutefois, cette trace reste hétérogène et inégale selon les services.	B		B	B	
29 e	Lorsqu'une restriction de liberté de circulation est envisagée dans l'intérêt du patient (résident – USLD), celle-ci fait l'objet d'une réflexion en équipe et d'une prescription écrite réévaluée à périodicité définie, et d'une information au patient (résident – USLD) et à son entourage.	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. Ce n'est pas le cas en MCO, dans la majorité des services, pour la prescription et le suivi des contentions.	B		A	A	
29 f	Le projet thérapeutique fait l'objet d'ajustements en fonction d'évaluations régulières de l'état de santé du patient (résident – USLD).	L'ensemble des professionnels tracent leurs observations dans le dossier du patient et se coordonnent pour ajuster de façon régulière le projet thérapeutique.	A		A	A	

Réf. 30	Des situations nécessitant une prise en charge adaptée sont identifiées		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
30 a	L'état nutritionnel du patient est évalué et ses besoins spécifiques sont pris en compte.	Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique et un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.	A		A		
	<i>USLD</i> – L'équilibre nutritionnel des résidents est assuré en fonction de leurs goûts et habitudes alimentaires.	Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique 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		A	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. En MCO, un protocole de prise en charge est appliqué mais non évalué dans un nombre limité de services.	B		A	A	
30 d	Les chutes des patients font l'objet d'une prévention.	Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique et un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant. En MCO, malgré des actions de prévention centrées sur une politique d'équipements adaptés, l'identification des patients à risque et leur évaluation n'est pas systématique. L'établissement devra généraliser sa politique de prévention des chutes en MCO.	C		A	A	
30 e	Le risque suicidaire est pris en compte.	Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique et un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.	A		A	A	
30 f	Les escarres font l'objet d'une prévention.	Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique et un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.	A		A	A	
30 g	<i>USLD</i> – Un projet de vie est individualisé pour chaque résident en prenant en compte ses souhaits.	Un projet de vie est en cours de formalisation et d'intégration au dossier de chaque résident.				B	

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

Réf. 32	La douleur est évaluée et prise en charge		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
32 a	Une concertation est organisée entre les professionnels pour améliorer la prise en charge de la douleur selon les recommandations de bonne pratique.	Une organisation de la prévention et de la prise en charge systématique de la douleur connue des professionnels est mise en œuvre et tient compte des recommandations de bonnes pratiques.	A		A	A	
32 b	Le patient (résidant – USLD) est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement.	Le patient et/ou son entourage est impliqué dans la prise en charge de sa douleur. L'évaluation périodique de sa satisfaction permet de faire évoluer la lutte contre la douleur.	A		A	A	
32 c	Les professionnels sont formés à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur.	Une formation à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur adaptée aux types de prise en charge est mise en œuvre. Son efficacité est régulièrement évaluée.	A		A	A	
32 d	La disponibilité des traitements prescrits est assurée en permanence.	La coordination entre la pharmacie et les secteurs d'activité et les règles internes aux secteurs d'activité permettent une dispensation et un approvisionnement en permanence des traitements antalgiques.	A		A	A	

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

Réf. 34	La traçabilité des actes et la transmission, en temps opportun, des informations reposent sur une organisation adaptée du dossier du patient (résident – USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
34 a	L'information contenue dans le dossier du patient (résident – USLD) est actualisée tout au long de sa prise en charge et également après sa sortie.	<p>En MCO, la traçabilité des éléments diagnostiques et thérapeutiques dans le dossier du patient et notamment toutes les informations retraçant son état de santé sont retrouvés de façon hétérogène selon les services. Toutefois, une politique structurée du dossier, des évaluations régulières et la mise en place d'actions correctives, ont permis de constater une amélioration progressive de la qualité du dossier.</p> <p>En SSR et SLD, tous les éléments diagnostiques et thérapeutiques sont tracés dans le dossier du patient et notamment toutes les informations retraçant son état de santé. Le dossier est complété après la sortie du patient, le cas échéant.</p>	B		A	A	
34 b	L'information contenue dans le dossier du patient (résident – USLD) est accessible aux professionnels en charge du patient (résident – USLD), en temps utile.	Une organisation de la tenue du dossier du patient facilite la consultation des informations qu'il contient lorsque le professionnel de santé en a besoin. Cependant, en MCO, l'accessibilité du dossier n'est pas optimale 24 heures/24.	B		A	A	
34 c	Tout acte diagnostique et/ou thérapeutique fait l'objet d'une prescription écrite, datée et signée.	En MCO, dans plusieurs services utilisateurs du dossier de soins informatisé (CR du COPIL « politique du dossier du patient » en date du 21 novembre 2006), les infirmières saisissent le traitement habituel du patient à l'entrée sans validation médicale systématique. En outre, les infirmières ont la possibilité de réaliser des substitutions. Celles-ci peuvent être médicalement validées sans avoir été vue par le médecin (CR du COPIL « politique du dossier du patient » du 25 janvier 2007). En SSR et SLD, les prescriptions sont écrites, datées et signées pour tous les actes le nécessitant.	C		A	A	
34 d	L'information sur son état de santé et son traitement donnée au patient (résident – USLD) et/ou à son entourage est enregistrée dans le dossier du patient (résident – USLD).	À l'exception du SLD, l'information donnée au patient et/ou à son entourage n'est pas constamment tracée dans le dossier du patient.	B		B	A	

Réf. 35	Le fonctionnement des secteurs médicotechniques à visée diagnostique fait l'objet d'une concertation avec les secteurs d'activité (avec les USLD – USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
35 a	La prescription d'examens complémentaires est justifiée par l'état du patient (résidant – USLD) et mentionne les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande.	Chaque examen complémentaire s'appuie sur une évaluation de l'état du patient, et les demandes d'examens précisent les objectifs et les renseignements cliniques pertinents. Toutefois, il persiste une habitude de retranscription par les infirmières des demandes d'examen de laboratoire sans validation médicale. Certains services ne mentionnent pas les renseignements cliniques utiles relatifs aux examens d'hémostase.	B		B	B	
35 b	Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies.	Les règles de coordination entre secteurs d'activité clinique et médicotechnique relatives à la réalisation des examens sont systématiquement définies et mises en œuvre.	A		A	A	
35 c	Les règles relatives à la communication des résultats sont établies et répondent aux besoins des secteurs d'activité clinique en termes de qualité et de délais de transmission.	Les règles de coordination entre secteurs d'activité clinique et médicotechnique relatives à la communication des examens sont systématiquement définies et mises en œuvre.	A		A	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/des dispositifs médicaux stériles est organisé, par étape, interfaces incluses. Sa sécurisation incomplète ne permet pas la prévention des événements indésirables évitables.	B		B	B	
36 b	L'utilisation des médicaments suit les recommandations de bonne pratique en termes de pertinence de l'indication, de respect des contre-indications, et de connaissance des interactions et effets secondaires.	Les professionnels suivent les recommandations de bonne pratique de prescription des médicaments permettant d'assurer une bonne utilisation des médicaments. Cependant, compte tenu de l'absence de logiciel de prescription et du mode de dispensation globalisée, aucune vision sur l'ensemble de la prescription d'un patient n'est actuellement possible au niveau de la pharmacie pour vérifier les effets indésirables, précautions d'emploi et contre-indications. Les événements indésirables recueillis sont analysés et exploités.	B		B	B	
36 c	L'administration du médicament au patient (résidant – USLD) est conforme à la prescription et fait l'objet d'une traçabilité.	En MCO et USLD, seules les non-prises de médicaments et la distribution de médicament antidouleur morphiniques sont tracées. Dans les services où la pratique de retranscription perdure, la conformité de l'administration du médicament à la prescription n'est pas assurée. Les responsables du SSR, lors de la rencontre du groupe de synthèse, se sont engagés à valider ces retranscriptions dans l'attente de la mise en œuvre du logiciel de soins infirmiers.	C		B	C	
36 d	Les informations sur les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont à la disposition des utilisateurs.	Les responsables de la pharmacie délivrent aux professionnels des informations validées et actualisées sur les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux et mettent à disposition des patients des informations adaptées à leur état de santé.	A		A	A	

			Cotation				
36 e	Les demandes urgentes de médicaments peuvent être satisfaites à tout moment.	Il existe une organisation concertée et connue de tous les professionnels pour satisfaire à tout moment les demandes urgentes de médicaments	A		A		
	<i>USLD</i> – Les demandes urgentes de médicaments, formulées par les USLD, peuvent être satisfaites à tout moment.					A	

Réf. 37	Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle fait l'objet d'une organisation formalisée, élaborée par les professionnels concernés, validée par les instances de l'établissement et connue de tous		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
37 a	Les activités interventionnelles, traditionnelles et ambulatoires, sont planifiées et organisées en concertation avec les professionnels des secteurs d'activité clinique et en intégrant la prise en charge des éventuelles activités d'urgence.	L'organisation et la planification des activités interventionnelles, définies en concertation avec les professionnels concernés, prennent en compte les contraintes internes de l'établissement et celles liées aux situations de prise en charge du patient. La définition et le suivi d'indicateurs permettent de faire progresser cette organisation.	A		NA	NA	
37 b	Afin d'assurer la continuité de la prise en charge pré-, per- et postinterventionnelle du patient, les différents professionnels concernés assurent, à chaque étape, une transmission précise, orale et écrite, des informations.	Les informations pertinentes sont identifiées et leur transmission est assurée en pré-, en per- et en postopératoire auprès des professionnels concernés, du patient et de son entourage.	A		NA	NA	
37 c	Les événements indésirables graves spécifiques aux secteurs interventionnels font l'objet d'un suivi régulier, d'une analyse et d'actions correctives et préventives.	Les événements indésirables graves en secteurs interventionnels sont identifiés. Un dispositif de signalement connu des professionnels est en place. Leur analyse conduit à des actions correctives et préventives.	A		NA	NA	
37 d	Les compétences professionnelles au sein des secteurs d'activité interventionnelle sont régulièrement évaluées.	Les qualifications requises pour l'exercice dans les secteurs interventionnels sont identifiées. Cependant, dans le secteur de cardiologie interventionnelle, il existe un glissement de compétence au regard de la fonction de manipulateur en électroradiologie. Les compétences sont régulièrement évaluées au regard des activités interventionnelles réalisées. Il existe un plan de formation permettant leur maintien.	B		NA	NA	

Réf. 38	Le don d'organe ou de tissus à visée thérapeutique est organisé		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
38 a	La participation de l'établissement aux activités ou à un réseau de prélèvements d'organes et de tissus est définie.	L'établissement a défini dans ses orientations stratégiques sa participation aux activités ou à un réseau de prélèvements d'organes ou de tissus. Une organisation interne et une coordination avec d'autres établissements sont en place.	A		NA	NA	
38 b	Une information sur le don d'organes ou de tissus est disponible pour le public.	L'information du public sur les dons d'organes ou de tissus est organisée.	A		A	A	
38 c	Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes ou de tissus.	Les professionnels sont informés et formés aux enjeux concernant les dons d'organes ou de tissus.	A		A	A	
38 d	Les prélèvements d'organes ou de tissus sont réalisés conformément aux règles de bonnes pratiques.	Une organisation adaptée conformément aux règles de bonnes pratiques est en place. Les professionnels sont formés y compris en matière d'information des familles. Le respect de ce dispositif est évalué.	A		NA	NA	

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

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 permet de faire bénéficier le patient d'une éducation adaptée à son état de santé. Cette éducation vise l'appropriation des pratiques et l'acquisition des compétences utiles pour améliorer son autonomie dans la gestion de sa maladie et de son traitement.	A		A	A	
40 b	L'entourage du patient est associé aux actions d'éducation, le cas échéant.	Une organisation permet d'associer, de façon adaptée, l'entourage aux actions d'éducation thérapeutique du patient.	A		A		
	<i>USLD</i> – L'entourage et/ou sa famille sont associés aussi souvent que possible à ces actions d'éducation thérapeutique.					A	
40 c	Une éducation aux questions de santé publique est délivrée au patient (résident – <i>USLD</i> ) selon le cas.	Une organisation permet de proposer au patient des activités d'éducation pour la santé.	A		A	A	

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

Réf. 42	Les soins palliatifs font l'objet d'une réflexion pluriprofessionnelle en relation avec le médecin traitant et l'entourage – (USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
42 a	La volonté du patient (résidant – USLD) est prise en compte.	La volonté du patient est recueillie et prise en compte.	A		A	A	
42 b	La prise en charge des besoins spécifiques du patient (résidant – USLD) en fin de vie et de son entourage est assurée.	Les besoins spécifiques des patients en fin de vie sont identifiés et pris en charge.	A		A	A	
42 c	La formation des professionnels est organisée.	La formation des professionnels prodiguant des soins palliatifs est assurée.	A		A	A	
42 d	Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.	En SSR et SLD, les besoins d'accompagnement psychologiques des professionnels prodiguant des soins palliatifs sont identifiés ; leur prise en compte est effective. Toutefois, en MCO, il n'existe pas de modalités institutionnelles d'accompagnement psychologique.	B		A	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		A	A	
43 b	Les volontés et les convictions du défunt sont respectées.	Le recueil des volontés et convictions du patient en cas de décès est tracé dans le dossier. Celles-ci sont respectées en cas de décès.	A		A	A	
43 c	Un accompagnement psychologique de l'entourage est assuré.	Lors du décès du patient, les besoins d'accompagnement psychologique de l'entourage sont identifiés et pris en compte.	A		A	A	
43 d	Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.	Les besoins d'aide psychologique des professionnels confrontés au décès sont identifiés. L'accompagnement psychologique de ces professionnels est réalisé.	A		A	A	



**CHAPITRE IV**

**ÉVALUATION ET DYNAMIQUES D'AMÉLIORATION**



## A – PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Réf. 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
44 a	La pertinence des hospitalisations est évaluée.	<p><b>L'établissement évalue la pertinence d'une journée d'hospitalisation dans les services de rhumatologie et de médecine interne à orientation rhumatologique.</b> Ce sujet est porteur d'amélioration du fait du manque chronique de lits d'hospitalisation par rapport au flux généré par les urgences.</p> <p>Les objectifs du projet sont le repérage des anomalies de gestion des flux de patients hospitalisés et la mise en place d'indicateurs de pertinence des hospitalisations en médecine.</p> <p>La méthode comprend l'expérimentation préalable d'une grille dans un service pilote sur la base du volontariat en 2005, suivie d'une enquête de prévalence à 2 dates distinctes, non consécutives par 2 auditeurs distincts, avec utilisation de l'outil AEP (<i>Appropriateness Evaluation Protocol</i>) qui permet de définir la typologie des journées justifiées ou injustifiées et dans ce cas, mettre en œuvre les indicateurs de suivi des mesures de correction. Le soutien institutionnel est la validation par la CME, la commission EPP et le COPIL qualité.</p> <p>L'appropriation de la démarche par les praticiens est peu développée. Il ne se dégage pas d'actions d'amélioration. Le suivi du projet consiste en la refonte de la méthodologie.</p>	C
44 b	La pertinence des actes à risque est évaluée.	<p><b>L'établissement évalue la pertinence de la pose des perfusions au SAU.</b> Les objectifs du projet sont l'évaluation d'un geste devenu routinier dans la prise en charge infirmière et la mise en œuvre de mesures correctrices (amélioration du confort patient, élaboration de protocoles, optimisation du temps infirmier et maîtrise des coûts).</p> <p>La méthode s'appuie sur une enquête de pratiques prospectives de 100 patients en juin 2005. Les résultats sont analysés et présentés. Le soutien institutionnel est réalisé par la CME, la CSIRMT et le COPIL qualité. Des actions correctrices sont mises en œuvre sur la pertinence des perfusions et les diverses procédures de prise en charge infirmière sont revues et s'accompagnent de rédaction et mise en œuvre de protocoles y afférant en fin 2006. Une nouvelle évaluation est réalisée en janvier 2007.</p>	A
44 c	La pertinence des prescriptions médicamenteuses est évaluée.	<p><b>L'établissement évalue la pertinence de la prescription d'inhibiteurs de la pompe à protons par voie intraveineuse.</b></p> <p>Le projet est porteur d'amélioration sur le plan du confort du patient, sur le plan médicoéconomique et sur le plan du respect du contrat de bon usage par le remplacement de la forme intraveineuse par une forme galénique administrable par voie orale ou par sonde avec une efficacité comparable.</p> <p>La méthode a consisté en la mise en place d'un groupe de travail composé de pharmaciens, de membres du COMEDIMS et équipe EPP. Un questionnaire est réalisé permettant d'analyser sur le</p>	A

Réf. 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
		terrain 95 dossiers des services les plus consommateurs ; l'analyse des résultats est réalisée dans un tableur. Les résultats sur 2 périodes identiques montrent une décroissance des consommations variable par rapport au seuil d'acceptabilité fixé par le COMEDIMS à 20 %. Des actions d'amélioration sont mises en place : modification du protocole informatisé, mise en place d'indicateurs de suivi sous le contrôle d'un pharmacien responsable du projet, validation des protocoles par le COMEDIMS, campagne d'information dans l'ensemble de l'établissement. Cette évaluation a permis la mise en œuvre de 2 séries de mesures correctrices.	
44 d	La pertinence des examens de laboratoire et des examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle est évaluée.	<p><b>L'établissement évalue la pertinence de la prescription des échographies cardiaques préopératoires.</b></p> <p>La prescription des échographies cardiaques préopératoires n'est pas harmonisée aux consultations d'anesthésie. Les objectifs de cette évaluation visent l'harmonisation des indications et des pratiques, la traçabilité dans le dossier anesthésique, l'évaluation de la conduite anesthésique en cas d'hypotension peropératoire. L'aide méthodologique apportée par l'équipe EPP, la validation par la CME traduisent le soutien institutionnel de cette évaluation. Un groupe de travail d'anesthésistes réanimateurs des 2 sites a élaboré une grille d'évaluation rétrospective de 58 dossiers.</p> <p>Les résultats mettent en évidence une fréquence jugée trop importante des échographies injustifiées, le risque d'examen redondants lié à l'absence de traçabilité et une incidence sur la survenue d'hypotensions peropératoires.</p> <p>Les actions d'amélioration sont effectives : élaboration d'un protocole institutionnel, adaptation de l'anesthésie au résultat de l'échographie</p> <p>Le suivi du projet est réalisé par la mise en place d'indicateurs de traçabilité des examens, de l'incidence des hypotensions peropératoires ; une nouvelle enquête est prévue en 2007 selon les mêmes modalités.</p>	A

Réf. 45	Les professionnels évaluent le risque lié aux soins		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
45 a	Les professionnels identifient les actes, les processus et les pratiques à risque et évaluent leurs conditions de sécurité.	<p><b>L'établissement évalue les connaissances et pratiques médicales en sécurité transfusionnelle.</b></p> <p>La transfusion sanguine est un acte fréquent au CHR d'Orléans ; les tableaux de bord des relations client/fournisseur CHR/EFS en 2005 montrent que des prescriptions ne sont pas optimisées, les formations médicales et soignantes sont rares. Il existe donc une marge de progression dans l'optimisation des dossiers. L'analyse des pratiques a été faite à partir d'un questionnaire anonyme élaboré par le groupe des hémobiologistes et correspondants d'hémovigilance (GHCOH) de la société française de vigilance et de thérapeutique transfusionnelle regroupant 16 établissements hospitaliers. Le champ d'application concernait 259 praticiens questionnés par mail ou courrier en avril 2006 dans les secteurs de médecine, chirurgie, anesthésie, réanimation, urgences avec un taux de réponse à 19 %.</p> <p>Les résultats montrent un taux de conformité global des réponses au questionnaire supérieur au taux national. Les actions mises en œuvre consécutivement à l'évaluation sont la création d'un guide interne de la transfusion, la création d'une rubrique « sécurité transfusionnelle » sur le site intranet du CHRO et la réalisation d'un audit de la prescription de PSL en novembre/décembre 2006. Les résultats ont également fait l'objet d'une étude au sein du GHCOH et d'une présentation au congrès national d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle en novembre 2006. Le suivi du projet comporte une deuxième évaluation à la fin 2007 et des interventions ciblées ou un plan de formation en fonction des résultats.</p>	A				
45 b	L'analyse des événements indésirables et la mise en œuvre des actions de prévention et d'amélioration correspondantes sont assurées.	<p><b>L'établissement a fait le choix de travailler sur le thème de la sécurisation de la prise en charge des patients au bloc opératoire avec la notion d'erreur de côté.</b></p> <p>Un groupe de travail multiprofessionnel a, par la définition d'un « arbre des causes », réalisé l'analyse des causes de cet accident de la consultation à la table d'opération. L'analyse a mis en évidence des recopages manuels à toutes les étapes du parcours et un manque de traçabilité des vérifications au cours du cheminement du patient.</p> <p>Les actions d'amélioration mises en place ont consisté en la rédaction d'un document de « préparation du patient pour le bloc opératoire », la mise en place d'un bracelet d'identification et de la procédure y afférant.</p>	A				

			<b>Cotation</b>					
		Par ailleurs, le groupe de travail prévoit la mise en œuvre d'un fichier informatique évitant les recopiations et la mise en place d'une fiche de route dès la consultation initiale. L'évaluation du document « préparation du patient pour le bloc opératoire » est prévue en mars 2007 et le projet de logiciel de bloc en 2008.						

Réf. 45	Les professionnels évaluent le risque lié aux soins		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
45 a	Les professionnels identifient les actes, les processus et les pratiques à risque et évaluent leurs conditions de sécurité.	<p><b>L'établissement évalue l'amélioration du respect de la confidentialité dans le service de SSR.</b></p> <p>La confidentialité est une priorité énoncée dans la charte qualité de l'établissement ; un guide est diffusé dans les services depuis juin 2005. Les facteurs de risque dans ce domaine sont importants du fait de l'architecture, des multiples intervenants et du caractère pluridisciplinaire de ces intervenants. Ils justifient le choix du thème.</p> <p>La méthodologie mise en œuvre est : l'élaboration de 2 grilles d'analyse prenant en compte les pathologies, les missions du SSR, les lieux et le caractère pluridisciplinaire de l'équipe ; un audit de pratiques est réalisé en avril 2006, la restitution a lieu en juin 2006. Les résultats mettent en évidence le respect global de la confidentialité dans les locaux communs et par l'ensemble des intervenants, y compris les bénévoles, mais cible des éléments de risques évitables dont la prévention doit être mise en œuvre. Les actions d'amélioration sont formalisées dans le guide « Confidentialité en SSR » qui complète le « guide confidentialité à l'hôpital » et conduisent à la mise en place d'un protocole de désignation de la personne de confiance et l'achat d'un destructeur de papier.</p> <p>L'évaluation de ces actions correctrices est prévue par un nouvel audit de pratiques en février 2007.</p>			A		
45 b	L'analyse des événements indésirables et la mise en œuvre des actions de prévention et d'amélioration correspondantes sont assurées.	<p><b>L'établissement évalue l'amélioration de la prévention des chutes en SSR en identifiant les facteurs de risque.</b></p> <p>Le risque de chutes parfois graves, en dépit du bilan initial d'entrée dans le service, reste important et nécessite la mise en œuvre d'outils d'identification des risques.</p> <p>Un groupe multidisciplinaire a créé une fiche de recueil permettant l'analyse des causes sur 5 mois (mars à juillet 2006) et réactualisée en avril 2006. Les résultats montrent des patients chuteurs, surtout dans les 10 premiers jours avec une prédominance des troubles du comportement.</p> <p>Les actions d'amélioration mises en œuvre ont concerné le réajustement des pratiques soignantes, la restitution des résultats aux équipes, l'acquisition de matériels adaptés (lits à hauteur variable), une réflexion éthique sur la contention et l'élaboration d'une fiche standardisée simplifiée.</p>			A		

			<b>Cotation</b>				
		Le suivi est organisé sous la forme d'un programme de formation continue des personnels étendu à la médecine gériatrique aiguë et le suivi des chutes sur 5 mois en 2007.					

Réf. 45	Les professionnels évaluent le risque lié aux soins		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
45 a	Les professionnels identifient les actes, les processus et les pratiques à risque et évaluent leurs conditions de sécurité.	<p><b>L'établissement évalue la prévention de la maltraitance des personnes âgées dans les services de soins de longue durée.</b></p> <p>L'augmentation de la prévalence des maladies d'Alzheimer et des démences séniles induit la nécessité d'une politique pérenne de prévention et d'accompagnement des situations de violence à l'encontre des résidents et des personnels. Un groupe de réflexion pluridisciplinaire regroupant des personnels des 2 services de SLD et des 2 maisons de retraite établit un outil de déclaration d'événement indésirable et de gestion des risques dont l'exploitation permet la mise en œuvre de formations à 3 niveaux (comité de pilotage, formation des personnels et formation de correspondants « bien traitance »).</p> <p>Les objectifs visent la diminution du nombre de cas de maltraitance, la sensibilisation et la formation des personnels. Le suivi du projet porte sur le nombre des agents formés, le nombre de fiches de déclaration et de cas avérés de maltraitance.</p> <p>Les fiches déclaratives seront exploitées dès le premier semestre 2007.</p>				B	
45 b	L'analyse des événements indésirables et la mise en œuvre des actions de prévention et d'amélioration correspondantes sont assurées.	<p><b>L'établissement évalue l'amélioration de la maintenance des matériels biomédicaux dans les USLD et notamment pour les aspirateurs à mucosités.</b></p> <p>Cette analyse a été menée par un groupe multiprofessionnel en février 2005 ; elle a été suivie de 2 audits à 5 mois d'intervalle et de la mise en œuvre d'actions d'amélioration (achat de matériels, harmonisation des organisations, sensibilisation des agents au suivi des matériels et élaboration de fiches de vie des matériels).</p> <p>Deux audits (en janvier et juin 2006) ont permis de mesurer l'efficacité des plans d'actions et d'augmenter le niveau de sécurité de fonctionnalité des appareils.</p>				A	

Réf. 46	La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
46 a	Les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés.	<p><b>L'établissement évalue l'amélioration de la prise en charge des patientes présentant des lésions mammaires.</b></p> <p>La prise en charge des patients au centre de sénologie, en augmentation d'activité constante, nécessite la mise en œuvre d'une démarche qualité visant à formaliser les pratiques existantes sous forme d'un chemin clinique multiprofessionnel.</p> <p>Un groupe multidisciplinaire et multiprofessionnel met en place un chemin clinique prenant en compte la prise en charge de la patiente depuis le premier appel jusqu'aux consultations postopératoires. Ce chemin clinique se présentera sous la forme d'un dossier papier partagé susceptible d'être informatisé, identifiant les étapes clés et vérifiant la pertinence des divers protocoles et documents qui doivent être harmonisés. Les objectifs présentés, visent l'identification des étapes clés du processus de prise en charge, la coordination des différents intervenants, la réduction de la variabilité des modalités de prise en charge, l'optimisation des ressources et la maîtrise des risques d'erreur.</p> <p>Ce projet, soutenu par les instances, s'appuie sur les données de la littérature et notamment les publications de l'ANAES en 2002.</p> <p>Les actions mises en œuvre concernent la diffusion de protocoles et dossiers, l'information des intervenants, l'évaluation des délais de prise en charge et l'évaluation des dossiers.</p> <p>Un dossier type a été présenté au groupe de travail en mars 2006 et l'information a été réalisée par courriels lors des réunions de concertation pluridisciplinaire. L'évaluation et les mesures correctrices seront mises en œuvre au premier semestre 2007.</p> <p>Une comparaison avec les résultats du groupe hospitalier Diaconesses à Paris est envisagée.</p>	A				
46 b	Les processus et les pratiques liés à la prise en charge sont analysés.						
46 c	Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte.						
46 d	Les objectifs d'amélioration sont définis et les actions mises en œuvre.						
46 e	Les données et les indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration.						
46 f	Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons.						

Réf. 46	La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
46 a	Les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés.	<p><b>L'établissement évalue l'amélioration de la prise en charge des appels pour douleur thoracique non traumatique au SAMU 45 centre 15.</b></p> <p>Les appels pour douleurs thoraciques enregistrées par le SAMU 45, sont le premier motif de sortie SMUR dans le Loiret. L'analyse de cette pratique porte sur une série de 112 dossiers ayant entraîné 54 sorties SMUR ; elle porte sur 25 critères inspirés du « Guide de régulation des SAMU » ; elle est effectuée à l'aide grille et les résultats sont restitués aux personnels. Cette évaluation de pratique prend en compte les données de la littérature que sont le guide d'aide à la régulation au SAMU centre 15, les méthodes d'évaluation du risque cardio-vasculaire global (ANAES 2004), le Certificat optionnel de médecine d'Urgence (2005-2006), le SROSS Cardiologie.</p> <p>Le plan d'amélioration mis en œuvre concerne l'élaboration et la mise en place d'un protocole type « check-list » garantissant la traçabilité informatique de la régulation, l'élaboration d'un document « retour diagnostic » pour les services receveurs et la mise en place d'une revue mensuelle des dossiers au SAMU.</p> <p>Un taux cible de remplissage a été défini ainsi que pour le taux d'adéquation entre diagnostic évoqué et diagnostic final. Un médecin du SAMU est désigné pour le suivi du projet.</p> <p>Les résultats sont cohérents avec ceux de l'étude du SROS 2003.</p>	A				
46 b	Les processus et les pratiques liés à la prise en charge sont analysés.						
46 c	Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte.						
46 d	Les objectifs d'amélioration sont définis et les actions mises en œuvre.						
46 e	Les données et les indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration.						
46 f	Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons.						

Réf. 46	La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
46 a	Les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés.	<p><b>L'établissement évalue l'amélioration de la prise en charge initiale des accidents vasculaires cérébraux (AVC) dans le service de neurologie.</b></p> <p>Les AVC constituent un problème majeur de santé publique et 800 AVC par an sont pris en charge au CHRO, dont 1/3 sont hospitalisés dans le service de neurologie. La création d'une unité neurovasculaire (UNV) est prévue dans le projet d'établissement et le SROSS.</p> <p>Un audit clinique prospectif médical et paramédical portant sur 30 dossiers est réalisé sur proposition du groupe « AVC centre » de l'UNV du CHU de Tours en 2005, afin d'harmoniser les pratiques locales puis régionales de prise en charge des AVC.</p> <p>Cette évaluation des pratiques prend en compte les données de la littérature et notamment les publications de l'ANAES (juin et septembre 2002, mai 2004) dans ce domaine.</p> <p>Les objectifs d'amélioration sont centrés sur les points identifiés déficitaires par le groupe projet. Les actions mises en place consistent en la formation de l'ensemble du personnel à l'échelle NIHSS (score de déficit neurologique), l'intégration des scores NIHSS et Glasgow (vigilance) au dossier du patient, l'amélioration de la traçabilité de l'information au patient et à son entourage, la rédaction d'un protocole de prise en charge des AVC à l'entrée et dans le service de neurologie, un courrier aux cardiologues pour améliorer le retour des échographies et l'acquisition d'un bladder-scan.</p> <p>Un 2<sup>e</sup> audit est réalisé en 2006, avec des grilles identiques à celles de 2005, par les mêmes auteurs les résultats montrent que la majorité des critères sont en voie d'amélioration.</p> <p>La comparaison des processus est en cours avec les CH de Bourges et de Dreux.</p>	A				
46 b	Les processus et les pratiques liés à la prise en charge sont analysés.						
46 c	Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte.						
46 d	Les objectifs d'amélioration sont définis et les actions mises en œuvre.						
46 e	Les données et les indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration.						
46 f	Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons.						

Réf. 46	La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
46 a	Les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés.	<p><b>L'établissement évalue l'amélioration de la prise en charge des hémorragies digestives.</b></p> <p>Les hémorragies digestives ont motivé 250 appels au SAMU sur 9 mois en 2005 avec déplacement des moyens SMUR ; un protocole institutionnel réalisé en 2004 à l'initiative du SAMU, du SAU et du service de gastro-entérologie couvre l'ensemble du chemin clinique du patient. Le projet d'évaluation de ce protocole par un groupe de médecins est soutenu par les instances.</p> <p>Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte dans cette évaluation. Les objectifs d'amélioration visent à obtenir la traçabilité de l'information en régulation et le respect de points précis (pose d'oxygène, prélèvements sanguins en début de prise en charge, mise en place de 2 voies veineuses périphériques). Une restitution large de l'enquête (staffs et courriers) est réalisée auprès de l'ensemble des acteurs concernés. La diffusion de la nouvelle procédure validée en janvier 2007 avec indicateurs de traçabilité à chacune des étapes du chemin clinique est réalisée. Un nouvel audit ciblé est prévu à la fin de 2007.</p>	A				
46 b	Les processus et les pratiques liés à la prise en charge sont analysés.						
46 c	Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte.						
46 d	Les objectifs d'amélioration sont définis et les actions mises en œuvre.						
46 e	Les données et les indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration.						
46 f	Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons.						

Réf. 46	La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
46 a	Les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés.	<p><b>L'établissement évalue le risque infectieux relatif à la pose des cathéters à chambre implantables (CCI).</b></p> <p>La surveillance des bactériémies nosocomiales est essentielle chez les patients chroniques immunodéprimés ; 250 d'entre eux bénéficient chaque année de la pose d'une CCI et le CHRO participe à la surveillance régionale avec le CHU de Tours et dans le cadre du CCLIN Centre. Un écart significatif avec le taux de prévalence nationale de 2 à 5 % environ justifie ce projet mené par un groupe de travail mis sur pied en 2004 avec le soutien de la CME et de l'ensemble des instances concernées.</p> <p>Un audit des pratiques infirmières est réalisé en 2004 par un groupe de travail multiprofessionnel paramédical et porte sur 32 patients sur l'ensemble des services utilisant les CCI. Ce groupe de travail conduit une concertation avec les équipes médicales et chirurgicales concernées.</p> <p>Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte notamment : évaluation de la qualité de l'utilisation et de la surveillance des CCI, ANAES 2001, Les 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales CTIN 1999, guide du CCLIN SO.</p> <p>Les actions d'amélioration portent sur la réactualisation et la rédaction de protocoles de soins spécifiques au cathéter de CCI, la confection d'un diaporama didactique pour les infirmières, la diffusion des travaux, l'élaboration d'un guide unique pour toutes les phases du chemin clinique des CCI. L'indicateur principal de suivi est le taux des infections nosocomiales qui permet le suivi en relation avec les structures régionales.</p> <p>Les actions correctrices mises en œuvre ont permis la baisse notable du taux des infections nosocomiales sur porte d'entrée CCI. Ce taux est conforme aux études nationales et l'audit sera reconduit annuellement pour intégration des résultats à l'étude nationale.</p>	A				
46 b	Les processus et les pratiques liés à la prise en charge sont analysés.						
46 c	Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte.						
46 d	Les objectifs d'amélioration sont définis et les actions mises en œuvre.						
46 e	Les données et les indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration.						
46 f	Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons.						

Réf. 46	La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
46 a	Les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés.	<p><b>L'établissement évalue l'amélioration de la prise en charge des hémorragies de la délivrance.</b></p> <p>L'hémorragie de la délivrance est en France la 1<sup>re</sup> cause de mortalité maternelle et a fait l'objet d'un essai randomisé national (Pithagore) auquel a participé la maternité du CHRO dont l'indice de fréquence est supérieur à la moyenne nationale. Le projet qui est complémentaire à l'essai national a été soutenu par les instances.</p> <p>La méthode porte sur l'analyse prospective de 30 dossiers successifs d'hémorragies supérieures à 1 litre, terme à 22 semaines d'aménorrhée, patientes césarisées.</p> <p>Le groupe de travail comporte : une sage-femme, un obstétricien et un anesthésiste.</p> <p>Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte.</p> <p>L'amélioration du partogramme passe par un audit de traçabilité des différents items pour lesquels une maquette a été élaborée portant sur la traçabilité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de la délivrance au bloc opératoire ;</li> <li>- du suivi de grossesse ;</li> <li>- de la date optimale du bilan sanguin ;</li> <li>- du déclenchement du plan pourpre (commande des PSL).</li> </ul> <p>La mise en œuvre du nouveau support est programmée.</p> <p>Les études comparatives ne pourront commencer qu'après la restitution de l'essai national au printemps 2007.</p>	B				
46 b	Les processus et les pratiques liés à la prise en charge sont analysés.						
46 c	Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte.						
46 d	Les objectifs d'amélioration sont définis et les actions mises en œuvre.						
46 e	Les données et les indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration.						
46 f	Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons.						

Réf. 46	La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
46 a	Les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés.	<p><b>L'établissement évalue l'amélioration du dépistage et de la prise en charge de la malnutrition dans le service de SSR.</b>            La malnutrition protéinoénergétique (MPE) est un facteur pronostique important dans les services de SSR et constitue un problème de santé publique : l'harmonisation des pratiques au sein du CHRO est soutenue par les instances.            Un groupe de travail multiprofessionnel est mis en place. Il crée et valide une fiche d'évaluation/dépistage et réalise, en 2006, un premier audit rétrospectif de 30 dossiers. L'analyse des résultats est effectuée et suivie d'un deuxième audit prospectif, en 2007, de 30 dossiers. La restitution des résultats est effectuée aux équipes soignantes du SSR.            Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte et porte sur : <i>Nutrition de la personne âgée</i>, Ferry et Coll. 2002, Pour une politique nutritionnelle de santé publique, ENSP 2000, 2<sup>e</sup> programme national nutrition santé 2006.            Les objectifs d'amélioration visent la formation des équipes au dépistage, la mise en œuvre de fiches techniques sur la dénutrition et les régimes et la remise à jour annuelle des produits diététiques.            Un audit annuel sur 30 dossiers est programmé pour vérifier le renseignement des items de la fiche d'évaluation et l'efficacité de la prise en charge nutritionnelle.            Des comparaisons sont faites avec les services de gériatrie du centre hospitalier de Draveil.</p>					
46 b	Les processus et les pratiques liés à la prise en charge sont analysés.						
46 c	Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte.						
46 d	Les objectifs d'amélioration sont définis et les actions mises en œuvre.						
46 e	Les données et les indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration.						
46 f	Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons.						

Réf. 46	La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
46 a	Les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés.	<p><b>L'établissement évalue l'amélioration de la prise en charge des escarres dans les services de SLD.</b></p> <p>La prise en charge des escarres s'inscrit dans une stratégie d'établissement et du pôle gériatrique. Une enquête de prévalence réalisée en 2005 met en évidence une marge d'amélioration notable.</p> <p>Le projet est soutenu par les instances (CME, commission EPP, bureau de pôle, commission d'évaluation des pratiques médicales et sages-femmes).</p> <p>L'analyse des processus a été faite par une nouvelle enquête de prévalence évoquée plus haut, à l'initiative d'un groupe de travail pluriprofessionnel.</p> <p>Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte et portent sur : <i>Évaluation de la prévention des escarres</i> (ANAES 1998), revues spécialisées, conférence de consensus...</p> <p>Les objectifs d'amélioration sont définis et concernent l'identification des patients présentant un risque d'escarre, l'organisation et l'optimisation de la prise en charge, l'actualisation des connaissances et l'harmonisation des pratiques de soins.</p> <p>L'outil d'amélioration mis en place est un classeur « plaies chroniques et cicatrisation » validé par les instances et diffusé dans les services. L'évaluation est effective à ce jour.</p> <p>Il n'y a pas de comparaison avec d'autres expériences.</p>				A	
46 b	Les processus et les pratiques liés à la prise en charge sont analysés.						
46 c	Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte.						
46 d	Les objectifs d'amélioration sont définis et les actions mises en œuvre.						
46 e	Les données et les indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration.						
46 f	Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons.						

Réf. 46	La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation		Cotation					
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD	
46 a	Les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés.	<p><b>L'établissement évalue l'amélioration des connaissances nutritionnelles des professionnels et de la coordination de la prise en charges des patients de soins de longue durée.</b></p> <p>Le pôle gériatrique, récemment créé, de 529 patients répartis sur 4 sites a élaboré une politique nutritionnelle harmonisée chez des sujets fragilisés et souhaite évaluer les connaissances nutritionnelles des professionnels.</p> <p>Le projet est soutenu par les instances de l'Etablissement (CME, Commission EPP, CSI, CLAN).</p> <p>L'étude poursuit deux objectifs : l'amélioration des connaissances diététiques et nutritionnelles de l'ensemble du personnel et l'amélioration de la coordination entre la Direction, la restauration et les soins.</p> <p>Un groupe de travail pluridisciplinaire a procédé à l'évaluation des connaissances par le biais d'un questionnaire ciblé sur les connaissances basiques nécessaires dans le domaine de la nutrition chez la personne âgée. Chacune des catégories professionnelles a été interrogée. Les résultats de l'analyse ont été restitués après exploitation.</p> <p>L'étude s'appuie sur les recommandations et les données de la littérature dont le Plan National Nutrition Santé, «L'alimentation en milieu hospitalier» (rapport Grand 1997).</p> <p>A l'issue de cette évaluation, plusieurs action d'amélioration (Création d'un Groupe Qualité Nutrition (2 réunions par an) ; rédaction d'un manuel diététique à destination des personnels soignants ; mise en place d'un nouveau plan alimentaire ; ...) ont été réalisées ou sont en cours. Une seconde évaluation est prévue en mai et juin 2007.</p> <p>Absence de facteurs de comparaison</p>						
46 b	Les processus et les pratiques liés à la prise en charge sont analysés.							
46 c	Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte.							
46 d	Les objectifs d'amélioration sont définis et les actions mises en œuvre.							
46 e	Les données et les indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration.							
46 f	Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons.							
						A		

**B – RESSOURCES HUMAINES**

Réf. 47	Une évaluation de la politique des ressources humaines est mise en œuvre		Cotation
47 a	La réalisation des actions définies dans les orientations stratégiques est mesurée périodiquement dans chacun des domaines de la gestion des ressources humaines.	L'établissement de santé 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 mis 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**

<b>Réf. 48</b>	<b>Une évaluation des prestations logistiques est réalisée auprès des secteurs d'activité utilisateurs</b>		<b>Cotation</b>
48 a	La satisfaction des utilisateurs est évaluée et prise en compte.	Une analyse à périodicité définie de la satisfaction des patients et des personnels des secteurs d'activité est organisée par l'établissement pour l'ensemble des prestations logistiques. Elle permet l'identification d'actions d'amélioration. Les bilans d'évaluation avec les prestataires externes ne sont pas mis en place.	B
48 b	L'analyse des prestations logistiques donne lieu à des actions d'amélioration.	L'analyse des prestations logistiques permet de mettre en œuvre des actions d'amélioration dans la majorité des secteurs. Toutefois l'évaluation de l'hygiène et du nettoyage des locaux n'est pas généralisée.	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.	A
49 b	La satisfaction des utilisateurs est évaluée et prise en compte.	Il existe un recueil régulier et adapté de la satisfaction des différents utilisateurs du système d'information. Cette évaluation est analysée et permet de réajuster le système d'information. Il n'y a pas de diffusion des résultats d'enquête auprès des utilisateurs.	B
49 c	La gestion du dossier du patient est évaluée.	Une évaluation de la gestion du dossier est réalisée régulièrement dans tous les secteurs d'activité avec les instances. L'analyse et l'exploitation de ces résultats n'ont pas encore permis la progression optimale de la gestion du dossier au niveau de l'institution.	B

**E – QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES**

Réf. 50	La mise en œuvre du programme d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques est évaluée		Cotation
50 a	L'atteinte des objectifs du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est régulièrement évaluée.	L'établissement 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 en cas d'écart entre la révision et la réalisation.	A
50 b	L'efficacité de la gestion des risques et des vigilances est évaluée.	L'établissement a défini les éléments lui permettant d'évaluer l'efficacité de son dispositif de gestion. Il évalue régulièrement l'efficacité au regard de ces critères et prend les mesures correctives appropriées.	A
50 c	La maîtrise de la documentation est évaluée.	L'établissement a évalué les modalités de la gestion documentaire. La refonte de l'architecture documentaire et la dématérialisation des documents font partie des plans d'actions du programme 2007 de la direction de la qualité, des usagers et de la gestion risques.	B

Réf. 51	La satisfaction du patient et de son entourage est évaluée		Cotation
51 a	Le recueil de la satisfaction des patients est suivi d'actions d'amélioration.	Il existe un dispositif de recueil et d'analyse de la satisfaction des patients et de leur entourage dont les résultats sont pris en compte dans un plan d'amélioration de la qualité.	A
51 b	Les délais d'attente sont analysés et des actions d'amélioration sont entreprises.	Il n'existe pas actuellement, aux urgences, de dispositif particulier pour mesurer les délais d'attente. Les délais sont évalués en fonction du nombre de patients et de la gravité des cas traités. Le personnel accueille immédiatement le malade dès son arrivée et informe chaque usager de la durée approximative de l'attente. Une évaluation de l'accueil téléphonique au centre 15 a été réalisée.	B
51 c	Les réclamations et les plaintes des patients sont suivies d'actions d'amélioration.	Un dispositif opérationnel de gestion des plaintes et réclamations permet une analyse et une réponse individuelles et systématiques. Ce dispositif est exploité dans le cadre de l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité.	A
51 d	Les résultats de ces évaluations font l'objet d'échanges avec les représentants des usagers de l'établissement.	Il existe une concertation régulière entre l'établissement et les représentants d'usagers autour des résultats des évaluations concernant la satisfaction des usagers pour définir des priorités d'amélioration.	A

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

**F – ORIENTATIONS STRATÉGIQUES**

Réf. 53	La mise en œuvre des orientations stratégiques de l'établissement est évaluée et analysée		Cotation
53 a	Le suivi est réalisé et les évaluations sont utilisées pour réajuster si nécessaire les objectifs.	Le suivi de la mise en œuvre des orientations stratégiques 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



**PARTIE 3**  
**COMMENTAIRES SYNTHÉTIQUES**



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

### Soins de courte durée

La mise en place des différents pôles cliniques et médicotechniques, bien que non finalisée au niveau de l'imagerie, a permis de décliner en partie les options stratégiques de l'établissement. La validation des contrats de pôles, actuellement élaborés, et la désignation du conseil exécutif sont attendues par les responsables et leurs équipes.

La confidentialité, le respect de la dignité et de l'intimité des patients sont des préoccupations inscrites et constantes de l'établissement mais qui se heurtent encore à l'inadéquation de certains locaux ou à des attitudes insuffisamment maîtrisées. L'accueil est organisé et structuré, centré sur les besoins du patient dans toutes ses composantes. La gestion des lits d'aval ne permet pas d'assurer dans des délais raisonnables l'hospitalisation adaptée des personnes se présentant aux urgences. Les modalités des informations délivrées au patient et à son entourage, le respect des volontés exprimées ainsi que la réflexion sur le bénéfice-risque ont fait l'objet d'une démarche accomplie. La trace de ces informations est inconstamment retrouvée. L'évaluation initiale de l'état de santé, la continuité des soins et leur coordination, l'adaptation aux besoins spécifiques sont assurées. La politique de thromboprophylaxie ainsi que les modalités de contention dans le cadre, entre autres, de la prévention des chutes ne sont pas finalisées. Le dossier du patient est le support et la trace de cette politique coordonnée des soins. La réflexion institutionnelle approfondie n'a pas encore abouti à une déclinaison pragmatique efficace garantissant l'exhaustivité et la qualité des données recueillies. Les pratiques sont hétérogènes en fonction des secteurs de soins et des professionnels.

Les modalités de réalisation et de communication des examens complémentaires sont définies. Le suivi des non-conformités fait apparaître la résistance de certains secteurs à la bonne documentation des renseignements cliniques requis. Le circuit du médicament a fait l'objet d'une analyse complète et institutionnelle. L'approvisionnement et la dispensation sont assurés. Il persiste des attitudes inadaptées dans la prescription et la traçabilité qui ne garantissent pas la sécurisation de la distribution. Les soins de rééducation initialisés au sein des services participent à l'autonomie du patient et à sa sortie. Les activités d'éducation et d'accompagnement thérapeutique sont un des axes forts et reconnus du CHR d'Orléans. Elles viennent compléter l'offre de soins et sa continuité extrahospitalière. La sortie est planifiée avec les structures d'aval en fonction de disponibilités qui ne permettent pas toujours une prise en charge rapide correspondant aux besoins. Les délais d'information des correspondants extérieurs sont variables en fonction des pôles. La prise en charge de la douleur et des soins palliatifs, l'accompagnement et l'encadrement en cas de décès font l'objet d'une attention particulière et régulièrement réévaluée. Il en est de même de la politique et des activités centrées sur le don d'organe.

### Soins de suite et de réadaptation

Les soins de suite et de réadaptation, situés sur la commune de Saran, sont partie prenante au sein du pôle des médecines à fortes consultations. Les droits du patient sont pris en compte et respectés. Le personnel bénéficie d'actions de formation sur le thème du respect de la dignité et de l'intimité du patient. Sa volonté, exprimée et recueillie, est respectée tant pour ce qui concerne ses habitudes de vie que culturelles. L'accueil est assuré par des équipes médicales et paramédicales formées, motivées et réunies autour d'un projet de service formalisé. Les besoins de santé du patient sont pris en compte et traduits dans un projet thérapeutique élaboré en concertation avec lui-même ou ses proches. Il reçoit une information sur son état de santé ou les soins prescrits, adaptée à sa compréhension. La sortie est planifiée et organisée avec le patient et son entourage. En cas de décès, les proches sont avertis en fonction de leurs souhaits et un accompagnement est organisé.

## Soins de longue durée

Les soins de longue durée sont situés sur deux sites : la commune de Saran et la résidence Paul-Gauguin sur la commune de la Chapelle Saint-Mesmin et sont inclus dans le pôle des personnes âgées. Les droits du résidant sont pris en compte et respectés. Le personnel bénéficie d'actions de formation sur le thème du respect de la dignité, de l'intimité et de la bien traitance du résidant. Sa volonté, exprimée et recueillie, est respectée tant pour ce qui concerne ses habitudes de vie que culturelles. L'accueil est assuré par des équipes médicales et paramédicales formées, motivées et réunies autour d'un projet de service formalisé. Les besoins de santé du patient sont pris en compte et traduits dans un projet de vie élaboré en concertation avec lui-même ou ses proches. Il reçoit une information sur son état de santé ou les soins prescrits, adaptée à sa compréhension. La sortie est planifiée et organisée avec le patient et son entourage. Les décès des résidants font l'objet d'une attention particulière, les proches sont avertis en fonction de leurs souhaits et un accompagnement est organisé. Un court délai est observé avant d'accueillir un nouveau résidant afin de permettre l'accomplissement du deuil des autres occupants de la chambre.

## **II. Appréciation globale sur la dynamique qualité**

La démarche qualité du centre hospitalier régional d'Orléans, déjà ancienne, s'appuie sur un comité de pilotage et une direction de la qualité structurée qui traduisent la dynamique enclenchée dès 1997. Les personnels, notamment le personnel non médical, sont très impliqués et partie prenante dans cette dynamique (relation client/fournisseur, IGEQSI...). L'implication des médecins, bien qu'inégale, s'intensifie et progresse grâce à la mise en œuvre de l'unité fonctionnelle évaluation des pratiques professionnelles rattachée au département de l'information médicale et la mise en place de la commission d'évaluation des pratiques médicales et sages-femmes présidées par le médecin référent EPP. De nombreux groupes de travail sur des thématiques qualité sont en place et traduisent également la volonté de l'établissement de pérenniser cette démarche. La pratique de l'évaluation des actions qualité mises en œuvre est effective et se poursuit avec la définition progressive d'indicateurs de résultats fiables et pertinents.

### III. Liste des actions exemplaires

Les experts-visiteurs ont remarqué les actions suivantes, réussies et pérennes, susceptibles de provoquer la mise en œuvre d'actions similaires dans d'autres établissements :

- ***L'information interactive sur les traitements d'oncoradiothérapie par le personnel manipulateur en électroradiologie.***

Un diaporama a été élaboré par l'équipe d'oncoradiothérapie pour informer le patient sur les techniques mises en œuvre pour son traitement, les équipements utilisés et l'environnement médicotechnique. Ce diaporama est présenté et commenté par le personnel manipulateur. Cette action entraîne une meilleure compliance du patient au traitement mis en place.

- **Le dépistage précoce et la prise en charge de l'ostéoporose**

Le dépistage précoce et la prise en charge de l'ostéoporose constituent une action de santé publique au bénéfice des femmes. Une synergie multiprofessionnelle est mise en œuvre pour conduire la recherche clinique et la prise en charge dans ce domaine. Une équipe de professionnels et de non professionnels bénévoles assure les actions d'information, d'éducation, de suivi et d'évaluation à destination des personnes concernées en externe.



**PARTIE 4**

**DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ**

**Certification avec suivi**

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

- Garantir le respect des bonnes pratiques de prescriptions médicales en MCO (34 c) ;
- Garantir la conformité et la traçabilité de l'administration tout en supprimant les transcriptions en MCO et SLD (36 c).

**Un rapport de suivi** sera produit sur les sujets concernés dans un délai **de 10 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 :

- Généraliser l'appropriation et le respect des bonnes pratiques d'entretien des locaux (18 a) ;
- Assurer le respect des contrats entre services et garantir la fiabilité des données relatives à la disponibilité des lits afin d'améliorer les flux des patients hospitalisés depuis le S.A.U (28 b, 28 d) ;

## INDEX

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

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

<b>EFR :</b>	Épreuves fonctionnelles respiratoires	<b>ICR :</b>	Indice de coût relatif
<b>EFS :</b>	Établissement français du sang	<b>IDE :</b>	Infirmière diplômée d'État
<b>EHPAD :</b>	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	<b>IFSI :</b>	Institut de formation en soins infirmiers
<b>EIDLIN :</b>	Équipe interdépartementale de lutte contre l'infection nosocomiale	<b>IGEQSI :</b>	Indicateurs globaux d'évaluation de la qualité des soins infirmiers
<b>EMG :</b>	Électromyogramme	<b>IGH :</b>	Immeuble de grande hauteur
<b>ENC :</b>	Échelle nationale de coûts	<b>IME :</b>	Institut médicoéducatif
<b>EOH :</b>	Équipe opérationnelle d'hygiène	<b>IMP :</b>	Institut médicopédagogique
<b>EOHH :</b>	Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière	<b>IMPRO :</b>	Institut médicoprofessionnel
<b>EPU :</b>	Enseignement postuniversitaire	<b>IRM :</b>	Imagerie par résonance magnétique
<b>ES :</b>	Établissement de santé	<b>ISA :</b>	Indice synthétique d'activité
<b>ESB :</b>	Encéphalopathie spongiforme bovine	<b>ISO :</b>	<i>International standard organization</i>
<b>ESH :</b>	Employé des services hospitaliers	<b>IVG :</b>	Interruption volontaire de grossesse
<b>ETP :</b>	Emploi temps partiel	<b>JO :</b>	<i>Journal officiel</i>
<b>ETS :</b>	Établissement de transfusion sanguine	<b>MAHOS :</b>	Mesure de l'activité hospitalière
<b>ETO :</b>	Échographie transœsophagienne	<b>MAPAD :</b>	Maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes
<b>ETS :</b>	Établissements de transfusion sanguine	<b>MAS :</b>	Maison d'accueil spécialisée
<b>GBEA :</b>	Guide de bonne exécution des analyses médicales	<b>MCJ :</b>	Maladie de Creutzfeldt-Jakob
<b>GEMSA :</b>	Groupe d'étude multicentrique des services d'accueil	<b>MCO :</b>	Médecine, chirurgie, obstétrique
<b>GHJ :</b>	Groupe homogène de journées	<b>MDS :</b>	Médicament dérivé du sang
<b>GHM :</b>	Groupes homogènes de malades	<b>MFQ :</b>	Mouvement français de la qualité
<b>GIE :</b>	Groupement d'intérêt économique	<b>MGEN :</b>	Mutuelle générale de l'Éducation nationale
<b>GIP :</b>	Groupement d'intérêt professionnel	<b>MISP :</b>	Médecin inspecteur de santé publique
<b>GMAO :</b>	Gestion de maintenance assistée par ordinateur	<b>MKDE :</b>	Masseur-kinésithérapeute diplômé d'État
<b>GPEC :</b>	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences	<b>MOF :</b>	Manuel d'organisation et de fonctionnement
<b>GCS :</b>	Groupement de coopération sanitaire	<b>MPR :</b>	Médecine physique et réadaptation
<b>HACCP :</b>	<i>Hazard analysis control critical point</i> (analyse des risques et maîtrise des points critiques)	<b>NGAP :</b>	Nomenclature générale des actes professionnels
<b>HAS :</b>	Haute Autorité de santé	<b>NIP :</b>	Numéro d'identification permanent
<b>HDT :</b>	Hospitalisation à la demande d'un tiers	<b>NPP :</b>	Numéro patient permanent
<b>HIV :</b>	<i>Human immunodeficiency virus</i>	<b>OMS :</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>HO :</b>	Hospitalisation d'office	<b>OPRI :</b>	Office de protection contre les radiations ionisantes
<b>IADE :</b>	Infirmière anesthésiste diplômée d'État	<b>OQN :</b>	Objectifs quantifiés nationaux
<b>IAO :</b>	Infirmière d'accueil et d'orientation	<b>PAC :</b>	Praticien associé contractuel
<b>IASS :</b>	Inspecteur des affaires sanitaires et sociales	<b>PAQ :</b>	Programme d'amélioration de la qualité
<b>IBODE :</b>	Infirmière de bloc opératoire diplômée d'État	<b>PASS :</b>	Permanence d'accès aux soins de santé
		<b>PCA :</b>	<i>Patient controled analgesia</i> (pompes analgésiques contrôlées)
		<b>PCEA :</b>	<i>Patient controled epidural analgesia</i>

---

<b>PCS :</b>	Poste central de sécurité	<b>SAU :</b>	Service d'accueil des urgences
<b>PFC :</b>	Produits frais congelés	<b>SEP :</b>	Sclérose en plaques
<b>PFT :</b>	Placement familial thérapeutique	<b>SFAR :</b>	Société française d'anesthésie et de réanimation
<b>PHISP :</b>	Pharmacien inspecteur de santé publique	<b>SIDA :</b>	Syndrome d'immunodéficience acquise
<b>PME :</b>	Projet médical d'établissement	<b>SIH :</b>	Système d'information hospitalier
<b>PMI :</b>	Protection materno-infantile	<b>SIIPS :</b>	Soins infirmiers individualisés à la personne soignée
<b>PMO :</b>	Prélèvement multiorgane	<b>SMUR :</b>	Service mobile d'urgence et de réanimation
<b>PMSI :</b>	Programme de médicalisation du système d'information	<b>SROS :</b>	Schéma régional d'organisation sanitaire
<b>POSU :</b>	Pôle spécialisé d'urgence	<b>SROSS :</b>	Schéma régional d'organisation sanitaire et social
<b>PRN :</b>	Projet de recherche en nursing	<b>SSIAD :</b>	Service de soins infirmiers à domicile
<b>PSL :</b>	Produit sanguin labile	<b>SSPI :</b>	Salle de surveillance postinterventionnelle
<b>PUI :</b>	Pharmacie à usage intérieur	<b>SSR :</b>	Soins de suite et réadaptation
<b>RAI :</b>	Réaction à usage immune	<b>STB :</b>	Service technique et biomédical
<b>RAQ :</b>	Responsable assurance qualité	<b>TGBT :</b>	Transformateur général de basse tension
<b>RHS :</b>	Résumé hebdomadaire standardisé	<b>TIAC :</b>	Toxi-infection alimentaire collective
<b>RRF :</b>	Rééducation et réadaptation fonctionnelles (remplacé par MPR)	<b>TIM :</b>	Technicienne de l'information médicale
<b>RSD :</b>	Règlement sanitaire départemental	<b>UCDM :</b>	Unité centrale d'archivage des dossiers médicaux
<b>RSIO :</b>	Responsable du système d'information et de l'organisation	<b>UCV :</b>	Unité cardio-vasculaire
<b>RSS :</b>	Résumé de sortie standardisé	<b>UMSP :</b>	Unité médicale de soins palliatifs
<b>RSS* :</b>	Réseau de santé social	<b>UPATOU :</b>	Unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences
<b>RUM :</b>	Résumé d'unité médicale	<b>UPC :</b>	Unité de production culinaire
<b>SAE :</b>	Statistiques appliquées aux établissements	<b>USP :</b>	Unité de soins palliatifs
<b>SAMU :</b>	Service d'aide médicale d'urgence	<b>USIC :</b>	Unité de soins intensifs cardiologiques
		<b>VIH :</b>	Virus d'immunodéficience humaine
		<b>VSL :</b>	Véhicule sanitaire léger