

**RAPPORT DE CERTIFICATION DU  
CH DE LANGRES**

**52200 LANGRES**

**MARS 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.	79
<b>PARTIE 1</b>			A Pratiques professionnelles	p.	81
<b>DÉMARCHE QUALITÉ ET ACCRÉDITATION</b>	p.	8	B Ressources humaines	p.	89
I Historique et organisation de la démarche qualité	p.	10	C Fonctions hôtelières et logistiques	p.	90
II Suivi des décisions de la première procédure d'accréditation	p.	11	D Système d'information	p.	91
III Association des usagers à la procédure d'accréditation	p.	16	E Qualité et gestion des risques	p.	92
IV Interface avec les tutelles en matière de sécurité	p.	16	F Orientations stratégiques	p.	95
<b>PARTIE 2</b>			<b>PARTIE 3</b>		
<b>CONSTATATIONS PAR CHAPITRE</b>	p.	18	<b>COMMENTAIRES SYNTHÉTIQUES</b>	p.	97
<b>Chapitre I – Politique et qualité du management</b>	p.	20	I Commentaires synthétiques par type de prise en charge	p.	99
<b>Chapitre II – Ressources transversales</b>	p.	30	II Appréciation globale sur la dynamique qualité	p.	101
A Ressources humaines	p.	32	III Liste des actions exemplaires	p.	102
B Fonctions hôtelières et logistiques	p.	34	<b>PARTIE 4</b>		
C Organisation de la qualité et de la gestion des risques	p.	37	<b>DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ</b>	p.	104
D Qualité et sécurité de l'environnement	p.	41			
E Système d'information	p.	47	<b>INDEX</b>	p.	108
<b>Chapitre III – Prise en charge du patient</b>	p.	52			
A Orientations stratégiques et management des secteurs d'activité	p.	54			
B Parcours du patient	p.	56			



## PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

<b>Nom de l'établissement</b>	CH de Langres	
<b>Situation géographique</b>	<b>Ville :</b> Langres <b>Département :</b> Marne	<b>Région :</b> Champagne-Ardenne
<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> )	CH	
<b>Nombre de lits et places</b> ( <i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i> )	La capacité totale autorisée est de 340 lits et places répartis en 77 lits de médecine, 18 lits de gynécologie obstétrique, 21 lits de soins de suite, 4 lits d'UHCD, 190 lits d'EHPAD dont 30 lits Alzheimer et 30 places de soins infirmiers à domicile. Dans le cadre de la démarche de certification, sont pris en compte : 16 lits et places autorisés, dont 73 lits et 4 places de médecine, 18 lits d'obstétrique, et 21 lits de soins de suite et réadaptation.	
<b>Nombre de sites</b> ( <i>de l'ES et leur éloignement s'il y a lieu</i> )	1 site unique pour les lits et places concernant la démarche de certification	
<b>Activités principales</b> ( <i>par exemple ; existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i> )	Médecine à orientation gastroentérologie (24 lits), neurologie (19 lits), cardiologie (18 lits), pédiatrie (8 lits) ; les 4 places sont dédiées à la chimiothérapie ambulatoire Surveillance médicale continue (4 lits) Gynécologie obstétrique (18 lits) Soins de suite et réadaptation (21 lits)	
<b>Activités spécifiques</b> ( <i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i> )	Accueil et traitement des urgences SMUR Unité d'hospitalisation temporaire localisée dans le service des urgences (4 lits).	
<b>Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité</b>		

<p><b>Coopération avec d'autres établissements</b> (GCS, SIH, conventions...)</p>	<p>Convention pour la cardiologie avec le CHR de Dijon (5 mars 2001) dans le cadre du réseau de soins cardiologiques Convention avec le centre anticancéreux de Dijon Adhésion au réseau périnatal lorrain Convention avec l'hôpital de Bourbonne-les-Bains (consultations avancées de neurologie, cardiologie, pneumologie, sage-femme, mise à disposition d'un pharmacien à temps partiel et de l'infirmière hygiéniste ½ journée/semaine).</p>
<p><b>Origine géographique des patients</b> (attractivité)</p>	<p><i>En hospitalisation :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 95,36 % des patients hospitalisés sont originaires du département dont 89,69 % sont originaires de l'arrondissement de Langres</li> </ul> <p><i>En consultations et aux urgences :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 95,40 % des consultants sont originaires du département dont 91,15 % sont originaires de l'arrondissement de Langres</li> </ul>
<p><b>Transformations récentes</b> (réalisées ou projetées, ou projets de restructuration)</p>	<p>En 1997, l'établissement s'est rapproché d'une clinique privée à caractère commercial de Langres d'une capacité de 70 lits. L'objectif de ce rapprochement était le partage des activités : la chirurgie à la clinique, le reste à l'hôpital. C'est ainsi que le centre hospitalier a perdu 42 lits de chirurgie, en partie compensés par la reprise des 6 lits de médecine et des 10 lits de moyen séjour de la clinique. Afin de gérer un plateau technique commun (bloc opératoire, salles de réveil et stérilisation centrale) un GIE a été constitué. La clinique et le GIE sont locataires des locaux du centre hospitalier. Dans le même temps, la radiologie conventionnelle a été concédée à une SCP : location des locaux du service de radiologie, vente du matériel et mise à disposition du personnel qualifié. Depuis début 2005, les deux établissements langrois et les deux établissements chaumontais doivent mener une réflexion visant à un rapprochement des quatre structures en un site unique pour les activités d'hospitalisation et les activités techniques.</p>



**PARTIE 1**  
**LA DÉMARCHE QUALITÉ ET L'ACCRÉDITATION**



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

La volonté de l'établissement de pérenniser sa démarche qualité initiée au cours de la V1 est retrouvée au travers du maintien du comité de pilotage (COPIL).

Ce COPIL (composé du directeur en charge de la démarche qualité, du président de CME, d'un médecin, du coordonnateur des soins infirmiers, de l'adjoint au coordonnateur des soins infirmiers membre de la cellule qualité, d'un cadre de santé membre de la cellule qualité, du responsable qualité du laboratoire membre de la cellule qualité, d'un cadre de santé du service des urgences, de l'adjoint des services techniques, de l'adjoint des cadres du bureau des entrées), est devenu la véritable instance qualité de l'établissement.

Le COPIL a validé en 2003 le projet de création d'une cellule qualité et approuvé le plan d'amélioration de la qualité proposé par celle-ci. Ce plan intégrait parmi ces axes d'amélioration, la mise en œuvre d'actions correctives permettant de répondre aux recommandations formulées par le collège de l'accréditation. Une revue de plan annuelle a été organisée.

Les missions du COPIL ont été élargies à la gestion des risques : une « cellule de gestion des risques » a donc été constituée intégrant les différents vigilants de l'établissement et le médecin du travail.

Le COPIL a en charge la dimension stratégique de la démarche et la cellule qualité la dimension opérationnelle.

Cette cellule qualité apporte un appui méthodologique quotidien aux différents services de l'établissement et bénéficie d'une véritable reconnaissance institutionnelle.

La création d'un poste de responsable qualité a permis de coordonner la démarche et d'apporter une aide méthodologique aux référents qualité des différents services. Les missions de ce responsable qualité ont été définies au travers d'une fiche de poste.

La fonction est assurée conjointement par l'adjointe au coordonnateur des soins infirmiers qui a coordonné l'auto-évaluation de la première procédure d'accréditation, et par le responsable qualité du laboratoire.

Le déroulement de la procédure de certification a respecté les recommandations de l'HAS : les évaluations ont été effectuées par des groupes de travail et 5 groupes de synthèse se sont réunis pour mettre en commun les résultats des évaluations, faire un bilan des constats réalisés par critère et par référence, effectuer des constats supplémentaires si nécessaire, proposer une première cotation par critère, rédiger l'argumentaire nécessaire à l'explication de la cotation, décider la cotation A, B, C, D à proposer au COPIL, établir une synthèse par référence, finaliser avec le comité de pilotage les résultats d'auto-évaluation et proposer les pistes d'amélioration qui intégreront le PAQ 2006-2010.

## 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 EV
		Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires de l'ES	
Reco	Assurer la traçabilité de la réflexion bénéfice-risque et le recueil systématique du consentement du patient.	Oui	<p>Une procédure spécifique au recueil de l'information et du consentement vis-à-vis de la prise en charge médicale a été élaborée. Ce document validé en CME, a été diffusé à tous les médecins de l'établissement. Un listing (par spécialités) des différents supports d'information et de recueil de consentement a été élaboré. Il est joint à la procédure.</p> <p>Le groupe de travail pluridisciplinaire chargé de mener une réflexion sur le processus global de gestion du dossier du patient a procédé à une évaluation des dossiers du patient en 2004. Il en ressort que le consentement écrit du patient (pour les situations qui l'exigent) a été retrouvé dans 86 % des cas. La mise en place d'un nouveau document (validation CME en avril 2005) permet d'assurer la traçabilité de la réflexion bénéfice-risque et le recueil du consentement du patient.</p>	La traçabilité de la réflexion bénéfice-risque est retrouvée pour certains gestes techniques (coloscopies) mais n'apparaît pas de façon systématique dans les dossiers consultés par les experts-visiteurs.
Reco	Formaliser les modalités de tenue du dossier du patient, et le circuit d'archivage, et optimiser son contenu afin	En cours	L'audit de tenue du dossier réalisé en 2005 a permis d'établir un état des lieux. Un groupe pluridisciplinaire de 15 personnes animé par le médecin DIM de	La maquette, validée par la CME, est à l'impression. Ce dossier, testé et évalué par tous les secteurs de soins de l'établissement, sera opérationnel début

Niveau de décision (Recommandation/ Réserve)	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des EV
		Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires de l'ES	
	d'améliorer la coordination et le suivi de la prise en charge.		l'établissement travaille à partir de cet état des lieux depuis juin 2005. Huit réunions ont permis à ce groupe de proposer des améliorations en fonction des écarts constatés. Une maquette de dossier unique a été réalisée et présentée aux médecins et à la direction. Des procédures et protocoles de gestion du dossier du patient ont été élaborés fin 2005 (communication du dossier au patient, guide d'utilisation du dossier de soins). Ces procédures permettront de formaliser définitivement la tenue du dossier pour juillet 2006. L'archiviste embauché par l'établissement en 2004 participe aux travaux de ce groupe. Les locaux des futures archives ont été définis et aménagés en 2004. Le nouveau type de classement a été décidé. Un logiciel de gestion des archives est en place depuis avril 2005.	2007. Les procédures y afférent sont formalisées. L'organisation de l'archivage est formalisée et opérationnelle.
Reco	Assurer le renseignement complet des prescriptions médicales et supprimer les retranscriptions.	Oui	La mise en place des transmissions ciblées était une des priorités du projet de soins. Elle est effective dans l'établissement depuis 2005, et les documents mis en place à cette occasion permettent de supprimer les retranscriptions et d'assurer le renseignement complet des prescriptions	Seules les prescriptions médicamenteuses sont écrites, datées et signées par le prescripteur. Elles ne font pas l'objet de retranscription.

Niveau de décision (Recommandation/ Réserve)	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des EV
		Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires de l'ES	
			médicales. L'ensemble des cadres de santé et référentes des unités de soins a été formé ainsi que 50 à 75 % des IDE, SF, et AS-AP des différentes équipes de soins.	
Reco	Élaborer le projet d'établissement en formalisant notamment la politique d'organisation de la prise en charge des patients, en assurant l'évaluation de l'atteinte des objectifs définis et en impliquant l'ensemble des secteurs d'activité dans la gestion de l'établissement.	Oui	Le projet d'établissement (volet médical, infirmier, social, qualité...) a été élaboré en 2003 par des groupes pluridisciplinaires. Pour ce faire, l'établissement a fait appel à la société ECS Compétence qui avait suivi l'établissement dans la préparation de l'accréditation V1. Cette nouvelle collaboration a permis d'intégrer plus facilement la politique qualité à la stratégie générale de l'établissement.	Un projet d'établissement 2003-2007 a été élaboré de manière pluridisciplinaire et sous forme de fiches « action » pour le projet de soins et le projet social. Ces deux projets ont fait l'objet d'une évaluation en 2004.
Reco	Mettre en place une politique de gestion des ressources humaines et une évaluation des personnels.	En cours	Ce point est une des priorités du volet social du projet d'établissement. Un groupe multidisciplinaire spécifique a été constitué. Deux réunions de travail sont programmées en janvier 2006. L'objectif de ces réunions est de répertorier les fiches de poste déjà élaborées, de rédiger les profils de poste manquants, et de faire le point sur les pratiques en cours dans l'établissement en matière d'évaluation du personnel. Cet état des lieux sera le préambule indispensable à la définition d'une véritable politique	Les EV ont constaté la vacance du poste DRH : ses missions ont été réparties par le directeur à différents intervenants (directeur, Adjoint RH, Coordonnateur des soins). Le personnel rencontré fait part de sa difficulté à identifier les différentes responsabilités. Un groupe de travail pluridisciplinaire finalise les profils de poste cadres et « missions transversales » ainsi que les grilles d'évaluation inhérentes. Certains services ont mis en place un

Niveau de décision (Recommandation/ Réserve)	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des EV
		Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires de l'ES	
			d'évaluation des personnels. La mise en œuvre de cette politique sera un des objectifs du nouveau plan d'amélioration de la qualité, élaboré en juillet 2006.	entretien individuel d'évaluation.
Reco	Évaluer les fonctions logistiques.	Oui	<p>Une procédure d'organisation des achats non médicaux est en place depuis 2003. Cette procédure fait l'objet d'une évaluation régulière de la part de la commission des achats non médicaux. La fonction restauration est évaluée régulièrement en collaboration avec le prestataire repas.</p> <p>Le système de signalement des événements indésirables mis en place en 2004 permet aux services de soins d'alerter la direction sur les dysfonctionnements liés aux fonctions logistiques. Des mesures correctives ont été mises en place suite aux signalements de dysfonctionnements liés à la fonction ménage. Une évaluation a été réalisée auprès des différents services pour estimer leurs besoins. L'organisation de la prestation ménage a été revue et de nouveaux agents ont été embauchés.</p>	Les fonctions logistiques sont partiellement évaluées au cours de rencontres annuelles, questionnaires et au travers du système de signalement par fiches d'événements indésirables. Les contrats de maintenance ne font pas l'objet de revue de contrat annuel.
Reco	Élaborer, mettre en œuvre, et évaluer une politique du système d'information	Oui	Le volet système d'information et le volet qualité du projet d'établissement ont défini les objectifs à atteindre dans le	Les experts-visiteurs n'ont pas retrouvé de schéma directeur du système d'information formalisé, mais des

		Réponses de l'établissement		
Niveau de décision (Recommandation/ Réserve)	Libellé de la décision	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires de l'ES	Appréciation des EV
	répondant aux besoins des utilisateurs.		domaine. Le réseau informatique en place dans l'établissement a été développé (intranet, Serveur de résultats biologiques, Logiciel de gestion du temps de travail...) Un informaticien a été recruté. Un groupe de travail a restructuré le journal interne de l'établissement, et la cellule qualité communique régulièrement par ce support d'informations. Un site Web a été créé.	projets ont été définis, hiérarchisés et mis en œuvre.
Reco	Définir, mettre en œuvre, déployer et évaluer un programme de gestion de la qualité et de prévention des risques, en prenant en compte les besoins des patients.	Oui	Un programme d'amélioration de la qualité et de gestion des risques a été défini. Une cellule qualité a été créée pour permettre sa mise en œuvre. Des revues de plan permettent de suivre et d'évaluer ce programme. Ce programme intègre des objectifs dans le domaine de l'amélioration de la qualité, mais aussi dans le domaine de la gestion des risques. Une cellule de gestion des risques a été constituée. Elle a validé la mise en place d'un système de signalement des événements indésirables en 2004. L'élaboration d'un nouveau plan d'amélioration de la qualité est prévue au sortir de l'auto-évaluation en cours.	Un programme de gestion de la qualité et de prévention des risques a été mis en œuvre ; un PAQ est élaboré et suivi lors de revues de plan. La déclaration et le suivi des événements indésirables sont en place, connus, utilisés et analysés : ils font l'objet d'un rapport annuel.

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

Le COPIL a réuni une dizaine d'usagers susceptibles de participer à l'auto-évaluation, leur a présenté la démarche, les objectifs et une organisation de travail.

Quatre représentants ont été associés à l'évaluation de la prise en charge, notamment sur les thèmes des droits du patient, de la dignité, et de l'information et ont participé aux différentes réunions du groupe « Chapitre 3 ».

Les usagers ont été associés dès le début de la phase d'auto-évaluation.

Quatre représentants ont participé aux réunions des groupes de synthèse pour les chapitres 1, 3, et 4 et ont rencontré les experts-visiteurs de manière individuelles et lors des rencontres avec les groupes.

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

La fiche navette montre que la MRICCE n'a pas eu d'observations à formuler au regard des items de la fiche navette.



**PARTIE 2**  
**LES CONSTATATIONS PAR CHAPITRE**



**CHAPITRE I**  
**POLITIQUE ET QUALITÉ DU MANAGEMENT**



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

Réf 2	L'établissement accorde une place primordiale au patient et à son entourage.		Cotations
2 a	Le respect des droits et l'information du patient sont inscrits dans les priorités de l'établissement.	L'établissement intègre le respect des droits et de l'information du patient, dans la mise en œuvre de ses orientations stratégiques, et dans son organisation. La sensibilisation des professionnels est assurée.	A
2 b	L'expression du patient et de son entourage est favorisée.	Dans les services de soins, les entretiens et les échanges entre les professionnels, les patients et leur entourage sont réalisés dans des conditions propices à l'expression. Des locaux adaptés sont disponibles à cet effet. La direction de l'établissement ne souhaite pas mettre en œuvre la CRU. Le recueil des suggestions et des plaintes est réalisé par le directeur qui décide seul de la suite à donner : information au médecin conciliateur, au président de CME, au Coordonnateur des soins, déclaration assurances... Les courriers et leurs réponses sont archivés ; les rencontres ne font pas l'objet d'un compte rendu. Il n'existe pas de bilan annuel. L'établissement a mis en place un registre des plaintes et réclamations en septembre 2002 qui n'a fait l'objet d'aucun renseignement.	C
2 c	Une réflexion éthique autour de la prise en charge du patient est conduite.	L'établissement identifie, au travers des demandes des professionnels, les sujets nécessitant une réflexion éthique. Il n'existe pas de comité d'éthique mais des réflexions sur ce thème sont en cours dans plusieurs services (SSR, médecine) au travers d'interventions extérieures (staffs, EMSP, formations).	B
2 d	La politique hôtelière prend en compte les attentes des patients	Les attentes des patients sur le plan hôtelier sont recueillies et prises en compte. Elles permettent de définir, et de mettre en œuvre une politique hôtelière. Les préférences et convictions, non formalisées, sont respectées et suivies par les professionnels.	B
2 e	Les représentants des patients participent à l'évaluation et à l'amélioration des services rendus par l'établissement.	Les représentants des usagers sont désignés. Ils siègent aux instances et participent à la vie de l'établissement et aux démarches qualité et de certification. Leur avis est pris en compte pour améliorer le service rendu au patient.	A

Réf 3	La politique des ressources humaines est en conformité avec les missions et les orientations stratégiques de l'établissement		Cotations
3 a	Les responsabilités dans la gestion des ressources humaines sont identifiées.	Les différents intervenants sur la gestion des ressources humaines sont identifiés par la direction (vacance du poste de DRH). Les responsabilités déléguées ne sont pas connues par tous les secteurs d'activité.	B
3 b	Une gestion prévisionnelle permet l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement	Il existe, pour les soignants, une politique d'anticipation des besoins en personnel à court, moyen et long terme dans une dimension à la fois quantitative et qualitative au sein de l'établissement et des secteurs d'activité. Pour les autres secteurs d'activité, le manque de lisibilité sur l'avenir de l'établissement et l'absence de DRH ne permet pas une réelle gestion prévisionnelle.	B
3 c	L'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques professionnels font partie des objectifs de la politique des ressources humaines.	Les conditions de travail sont évaluées dans le cadre des questions posées au CHSCT et lors des visites annuelles avec le médecin du travail. Il n'existe pas de bilan annuel en tant que tel hormis les éléments inclus au bilan social annuel (absentéisme et AES). Les risques professionnels ont été évalués dans le cadre de la formalisation du document unique mais n'ont pas fait l'objet d'un plan d'amélioration des conditions de travail, ni d'actions de suivi et d'évaluation. Toutefois, des actions prioritaires ont été ciblées et mises en œuvre. L'établissement devra réaliser la mise à jour de son document unique en concertation avec le CHSCT.	C
3 d	La motivation des personnels est recherchée en favorisant leur adhésion et leur implication.	Des actions sont définies et conduites au sein de l'établissement de santé, pour favoriser l'adhésion, la participation, et la motivation des personnels.	A

Réf 4	La politique du système d'information et du dossier du patient est définie en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.		Cotations
4 a	Le schéma directeur du système d'information s'appuie sur les orientations stratégiques de l'établissement	L'établissement n'a pas élaboré de schéma directeur du système d'information. L'identification et la hiérarchisation des besoins sont réalisées et retrouvées au travers d'éléments intégrés au projet d'établissement (volet informatique, projet social, dossier du patient).	B
4 b	Les projets du système d'information sont définis et hiérarchisés en fonction des processus à optimiser, en recherchant l'adhésion des professionnels concernés et, en cas d'informatisation, de la maturité du marché.	Les projets du SI sont définis et hiérarchisés à partir d'une identification des domaines et processus à optimiser, en tenant compte de la maturité du marché. Les différents utilisateurs y sont associés.	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, sauf pour la mise en œuvre ou mise à jour des logiciels du groupement régional.	B
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.	<p>La politique de communication interne n'a pas été définie par la direction. Différents supports existent en matière de communication interne (journal interne, intranet, affichage, gestion documentaire, comptes rendus des instances), mais les professionnels rencontrés expriment une difficulté quant à la transmission des informations descendantes et ascendantes.</p> <p>L'évaluation de la prise des connaissances des informations transmises n'est pas organisée.</p> <p>Il n'y a pas d'identification de professionnel chargé de la communication.</p>	C
5 b	Les orientations stratégiques, leur mise en œuvre et leurs résultats sont connus de l'ensemble des professionnels de l'établissement.	<p>Il n'est pas retrouvé d'organisation formalisée de la communication dans l'établissement, ni de responsabilités clairement définies.</p> <p>Les orientations stratégiques ont fait l'objet d'une diffusion récente : une enquête interne a montré leur méconnaissance.</p> <p>Des éléments sont retrouvés sur le site intranet et des actions ponctuelles ont été effectuées notamment par la cellule qualité dans le cadre de l'auto-évaluation.</p>	C
5 c	La direction et les responsables développent une politique de communication à destination du public et des correspondants externes.	<p>La politique de communication interne n'a pas été définie par la direction.</p> <p>Des actions ponctuelles sont effectuées avec la presse dans le cadre de l'évolution des projets ou activités de l'établissement. Une synthèse de l'auto-évaluation V1 a été transmise aux médecins correspondants et aux administrateurs.</p>	C

Réf 6	<b>L'établissement définit une politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques intégrée aux orientations stratégiques.</b>		<b>Cotations</b>
6 a	La direction et les instances définissent les priorités et les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.	Les objectifs de l'établissement, en matière d'amélioration de la qualité, et de gestion des risques, sont définis, et hiérarchisés, de manière concertée entre la direction et les instances. Ils sont communiqués aux professionnels.	A
6 b	La politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques intègre l'évaluation des pratiques professionnelles	L'EPP fait partie intégrante de la démarche d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement. Dans ce cadre, une stratégie de développement, notamment des actions de communication et de formation, et le suivi d'actions d'évaluations des pratiques professionnelles sont mis 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 fonction transversale, et professionnels).	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.	Des outils de comptabilité analytique existent mais ne sont que très peu utilisés. Les coûts des activités ne sont, ni transmis, ni connus des responsables. Seuls les secteurs pharmacie et biologie disposent d'éléments concernant leur activité. Les données issues du PMSI (séjours, pathologies) sont disponibles sur l'intranet et réactualisées tous les trimestres. L'établissement devra définir avec son encadrement, les éléments à leur transmettre afin d'analyser et optimiser les coûts de leur secteur d'activité.	C
7 b	La réalisation et le financement des investissements sont planifiés de façon pluriannuelle.	La prévision et l'organisation des investissements à réaliser et à financer permettent une planification pluriannuelle. Celle-ci est opérationnelle et son suivi assuré par des responsables identifiés de l'établissement.	A
7 c	Une politique d'optimisation des équipements est mise en œuvre.	Les modalités d'utilisation des équipements permettent leur optimisation. La mutualisation des équipements en interne et en externe est organisée.	A



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



**A – RESSOURCES HUMAINES**

<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. Des commissions et des groupes de travail émanant des instances sont en place. Le suivi des actions dépendant du CHSCT est peu formalisé.	B
8 b	D'autres modalités sont également prévues pour faciliter le dialogue social et l'expression des personnels.	Au-delà des instances représentatives, d'autres modalités sont définies et mises en œuvre pour faciliter le dialogue social et l'expression des personnels. Le suivi de ces actions reste à assurer.	B

Réf 9	Les processus de gestion des ressources humaines sont maîtrisés.		Cotations
9 a	Le recrutement de l'ensemble des personnels est organisé.	Une politique de recrutement n'est pas définie mais une procédure est en place. Le poste de DRH est vacant depuis 7 ans et le personnel signale des difficultés d'identification des responsabilités à ce niveau. Les profils de poste sont en cours de finalisation. Les modalités de recrutement ne sont pas entièrement connues. L'établissement devra définir et mettre en place une politique de recrutement en lien avec les orientations stratégiques de l'établissement.	C
9 b	L'accueil et l'intégration des personnels sont assurés.	Les procédures d'accueil n'existent pas mais certains responsables mettent en place des modalités d'accueil au sein de leur unité (période de doublure, présentation des guides horaires, visite de l'établissement). Le livret d'accueil du personnel n'est pas élaboré. De fait, aucune évaluation ne peut être mise en place. L'établissement devra définir et mettre en place une politique d'accueil et d'intégration à l'échelle institutionnelle.	C
9 c	La formation continue, y compris médicale, contribue à l'actualisation et à l'amélioration des compétences des personnels.	Il existe un plan de formation qui permet de répondre aux orientations stratégiques de l'établissement de santé et des secteurs d'activité, aux besoins individuels, notamment en termes de promotion, et qui associe dans son élaboration les différents acteurs institutionnels. Sa mise en œuvre est maîtrisée (note d'orientation établie chaque année et diffusée à l'ensemble des services, demandes individuelles prioritaires par les cadres avec proposition de plan de formation annuel par service). L'évaluation est faite. Le bilan de ces formations est intégré au bilan social. Différentes actions de formation concernent les médecins mais il n'existe pas de commission de formation au niveau de la CME, pas de plan et de fait, pas d'évaluation.	B
9 d	L'évaluation des personnels est mise en œuvre.	Le travail sur l'entretien d'évaluation des personnels est récent. Il n'est pas généralisé à l'ensemble de l'établissement. Les fiches de poste comportant une grille de recueil d'évaluation sont en cours de finalisation. L'établissement devra mettre en place l'évaluation de tous les personnels.	C
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	<b>Les fonctions hôtelières assurées par l'établissement ou externalisées sont adaptées aux besoins et aux attentes du patient et de son entourage</b>		<b>Cotations</b>
10 a	Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité du patient	La plupart des locaux et l'organisation des soins permettent le respect de l'intimité et de la dignité du patient tout au long de sa prise en charge et dans tous les secteurs de l'établissement. Les professionnels sont formés et sensibilisés sur ce thème. L'occultation des portes n'est pas généralisée à l'ensemble des services de soins.	B
10 b	Les conditions d'hébergement des personnes handicapées ou dépendantes sont adaptées	La plupart des locaux et l'organisation des soins sont adaptés aux besoins des patients handicapés ou dépendants. Tous les handicaps ne sont pas pris en compte mais les professionnels sont formés et sensibilisés à la spécificité de cette prise en charge.	B
10 c	La prestation restauration répond aux besoins nutritionnels spécifiques, et prend en compte les préférences et les convictions du patient	L'identification des besoins nutritionnels spécifiques n'est pas systématique. Les modalités de recueil des préférences et convictions ne sont pas formalisées mais toutefois, mises en œuvre par les équipes soignantes. L'évaluation de la qualité nutritionnelle des repas distribués n'existe pas. Certains items du questionnaire de sortie évaluent la prestation repas. Cependant, le faible taux de retours de ce questionnaire ne permet pas une évaluation fiable. Il n'existe pas de diététicienne au sein de l'établissement pouvant répondre à des besoins spécifiques. Le prestataire externe vient de mettre à disposition de l'établissement une diététicienne pour former son personnel sur des thèmes choisis par le CLAN. La coordination entre les professionnels et le prestataire n'est pas toujours effective. Le rôle du référent de la société externe présent sur le site est peu connu des services de soins. Les soignants s'organisent systématiquement pour pallier les dysfonctionnements et permettre au patient de bénéficier d'une prestation correspondant à ses besoins. L'établissement devra identifier de manière systématique les besoins nutritionnels spécifiques, les préférences et les convictions des patients.	C
10 d	Des solutions d'hébergement et de restauration sont proposées aux accompagnants	Des possibilités d'hébergement et de restauration sont offertes aux accompagnants et à la famille. Elles sont connues des personnels, des patients et de leur entourage. Toutefois, cet accueil n'est pas formalisé.	B

Réf. 11	<b>Les fonctions logistiques, assurées par l'établissement ou externalisées, sont organisées pour assurer la maîtrise de la qualité et de la sécurité des prestations</b>		<b>Cotations</b>
11 a	La qualité et l'hygiène de la restauration sont assurées	Une évaluation externe permet de vérifier l'existence d'un système d'assurance qualité de la restauration. À défaut, le système d'assurance qualité comporte l'existence d'une démarche HACCP, de protocoles et d'audits. La distribution est organisée. L'établissement assure l'adaptation des prestations aux attentes des patients.	A
11 b	La qualité et l'hygiène en blanchisserie, et dans le circuit de traitement du linge, sont assurées	Le programme qualité est assuré par l'application des protocoles établis à toutes les étapes de la fonction blanchisserie. L'établissement assure la formation des personnels, la diffusion des protocoles et 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 est organisée et le personnel est formé dans le but d'assurer l'hygiène et la continuité des soins. Le dossier accompagnant le patient lors des transports n'est pas systématiquement placé dans une pochette anonymisée. Le transport externe est fait par des entreprises extérieures, laissées au libre choix du patient.	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 périodiquement évalués et pris en compte. Les procédures tiennent compte des évolutions de l'activité et du contexte. Tous les professionnels utilisateurs ne sont pas satisfaits de la réponse donnée à l'expression de leurs besoins. La mise à jour annuelle des inventaires par service n'est pas fournie aux cadres soignants.	B
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 sont opérationnelles. La procédure d'approvisionnement en urgence n'est pas formalisée mais l'organisation en place permet de répondre aux besoins ponctuels.	B

**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	Le recueil et l'analyse des besoins reposent sur le questionnaire de satisfaction distribué au patient. Le taux de retours de celui-ci étant très faible, il ne peut concourir à une réelle politique d'amélioration. Une enquête à distance a été réalisée en 2006 afin de prendre en compte les besoins des patients dans le PAQ 2006-2010. La CRU n'est pas mise en œuvre. La gestion des plaintes est effectuée par la direction. Un médecin conciliateur existe. Son nom n'est pas retrouvé dans le livret d'accueil et il n'est pas systématiquement averti des plaintes arrivant à la direction. Son nom n'est pas affiché dans les services de soins. Les représentants des usagers siègent dans diverses instances. L'établissement devra organiser l'écoute des patients.	C
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 sensibilisation en interne 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 pressentis et leurs responsabilités restent à clarifier. Des actions sont conduites dans les différents secteurs.	B

Réf. 13	Un système de management de la qualité est en place		Cotations
13 f	La gestion documentaire est organisée	L'établissement a organisé son système de gestion documentaire. L'ensemble des professionnels est formé à l'utilisation de ce système. Ce système permet un accès facile à l'information.	A
13 g	Le suivi du programme d'amélioration de la qualité est assuré	L'établissement a mis en place des dispositions permettant d'assurer le suivi du programme d'amélioration de la qualité. Ces dispositions sont appliquées.	A

Réf. 14	La gestion des risques est organisée et coordonnée		Cotations
14 a	Les informations relatives aux risques sont rassemblées et organisées	L'établissement dispose d'une visibilité sur l'ensemble de ses risques grâce à un regroupement des informations et d'une veille réglementaire en matière de sécurité. Il partage ces informations avec les différents professionnels.	A
14 b	Des dispositions sont en place pour identifier et analyser <i>a priori</i> les risques	L'établissement met en œuvre une démarche structurée d'identification et d'analyse des risques <i>a priori</i> pour laquelle des responsabilités sont définies par domaine de risques.	A
14 c	Des dispositions sont en place pour identifier et analyser <i>a posteriori</i> les risques	L'établissement met en œuvre une démarche structurée d'identification et d'analyse des incidents et accidents survenus. Les responsabilités sont définies pour l'identification, le signalement et l'analyse.	A
14 d	Les résultats issus des analyses de risque permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter	Des actions de réduction des risques sont hiérarchisées et mises en œuvre. Les instances et les professionnels sont impliqués.	À
14 e	La gestion d'une éventuelle crise est organisée	Un plan d'urgence destiné à porter secours à de nombreuses victimes (plan d'organisation interne) est rédigé et à disposition de tous les professionnels dans les offices de soins. La composition et les fonctions de la cellule de crise y sont décrites ainsi que le rappel des personnels, l'accueil des victimes, l'accueil des familles, l'accueil de la presse, la circulation et l'intervention des services économiques. Il est méconnu des personnels et non régulièrement évalué. Des scénarios avec exercices de crise ne sont pas organisés.	C
14 f	L'organisation des plans d'urgence pour faire face au risque exceptionnel est en place	Une annexe du plan d'urgence fait part du compte rendu du groupe de travail sur les risques NRBC mais ce plan d'organisation interne doit être réactualisé. L'établissement souhaite travailler en partenariat avec une autre clinique sur l'élaboration d'un plan blanc commun.	C

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

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

Réf. 16	<b>Un programme de surveillance et de prévention du risque infectieux, adapté au patient et aux activités à risque, est en place</b>		<b>Cotations</b>
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 adaptée aux besoins spécifiques de la prise en charge. Cette formation a été interrompue du fait du départ de l'infirmière hygiéniste en poste. La nouvelle hygiéniste a prévu de reprendre ces formations en y incluant les nouveaux personnels. Ce thème fait partie des 2 objectifs définis par le CLIN.	B
16 c	Des protocoles ou des 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 bonne pratique 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 concerné de prévention et de prise en charge des infections est élaboré et mis en œuvre.	A
16 f	Le signalement des infections nosocomiales est organisé et opérationnel.	Le dispositif de signalement des infections nosocomiales est opérationnel. Les professionnels de l'établissement le connaissent. Il repose sur la formation et l'information des professionnels de l'établissement.	A

Réf. 16	<b>Un programme de surveillance et de prévention du risque infectieux, adapté au patient et aux activités à risque, est en place</b>		<b>Cotations</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 permettant de connaître le dispositif (alerte, identification et gestion) sont 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 des dispositifs médicaux font l'objet de dispositions connues des professionnels concernés	Les professionnels de santé chargés du prétraitement et de la désinfection des dispositifs médicaux et des équipements sont formés et utilisent des protocoles validés.	A
17 b	En stérilisation, la maîtrise de la qualité est assurée	L'établissement a mis en place un système d'assurance qualité en stérilisation basé sur la formation et l'information des professionnels 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 définie et l'organisation qui découle de cette politique est en place. Elles sont connues des personnels utilisateurs. Les dysfonctionnements sont analysés et des actions d'amélioration pour pallier ces derniers sont mises en œuvre.	A

Réf. 18	La gestion des risques liés à l'environnement, hors infrastructures et équipements, est assurée		Cotations
18 a	L'hygiène des locaux est assurée	L'établissement a mis en place une démarche permettant d'assurer l'hygiène des locaux, basée sur l'adaptation des pratiques de nettoyage des locaux en fonction du risque. Les personnels concernés sont formés. Des contrôles et des évaluations sont effectués et des actions d'amélioration mises en œuvre.	A
18 b	La maintenance et le contrôle de la qualité de l'eau sont adaptés à ses différentes utilisations	L'établissement a mis en place une démarche permettant d'assurer la qualité de l'eau dans ses différentes utilisations, basée sur l'application des normes de sécurité, la formation des personnels, la mise en œuvre des 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	L'organisation du circuit déchets est en place (classification des déchets, circuits respectifs, protocoles de tri, collecte, transport et traitement). Le local de stockage n'est pas réglementaire (zone de stockage délimitée par des murets au sein de la cour du bâtiment, non identifiée comme zone DASRI, non sécurisée et sans point d'eau). Les professionnels sont formés et sensibilisés à l'élimination des déchets. Les mesures de protection sont en place.	C
18 e	Le CLIN et l'équipe opérationnelle d'hygiène sont associés à tout projet pouvant avoir des conséquences en termes de risque infectieux	Le CLIN et l'équipe opérationnelle d'hygiène ne sont pas associés aux projets d'aménagements des locaux. Le CLIN n'est pas systématiquement consulté lors des projets à risque infectieux potentiel. L'infirmière hygiéniste siège à la commission des équipements non médicaux.	C

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. Les formations de l'ensemble des personnels ne sont pas actualisées. Elles ne sont pas réalisées à périodicité définie. Des exercices de simulation ne sont pas faits. Les plans d'évacuation sont affichés dans les secteurs. Des dispositions spécifiques vis-à-vis du risque incendie lié au tabagisme (affichage) et aux autres causes d'incendie (armoire antidéflagration pour le stockage des produits inflammables du laboratoire, local isolé pour les autres produits inflammables de l'établissement) sont en place.	C
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 pour le risque incendie. Leur appropriation par les professionnels est effective. Le protocole d'alerte et d'intervention en cas de risque électrique identifié n'est pas formalisé.	B

Réf. 20	La sécurité des biens et des personnes est assurée		Cotations
20 a	La conservation des biens des patients et des professionnels est organisée	Des dispositions, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement, sont mises en œuvre pour assurer la conservation des biens des patients et des professionnels.	A
20 b	Des mesures préventives pour assurer la sécurité des personnes sont mises en œuvre	L'établissement a mis en œuvre les mesures préventives de sécurité des personnes dans tous les secteurs.	A
20 c	Des dispositions d'alerte concernant la sécurité des biens et des personnes sont en place et connues de tous	Des dispositions d'alerte concernant la sécurité des biens et des personnes sont mises en œuvre. Le recueil des dysfonctionnements est assuré. Les protocoles sont diffusés, leur connaissance par l'ensemble des professionnels n'est pas évaluée.	B

**E – SYSTÈME D'INFORMATION**

Réf. 21	Le recueil et la mise à disposition de l'information sont organisés dans l'établissement		Cotations
21 a	Les bases de connaissances utiles à la réalisation des différentes activités sont à la disposition des professionnels	Le recueil des connaissances utiles à l'utilisateur 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 professionnels soulignent le problème de l'accessibilité au local des archives la nuit et pouvant engendrer des problèmes de sécurité pour eux-mêmes.	B
21 c	Le système de communication interne permet la coordination des acteurs de la prise en charge en temps voulu	L'identification, l'organisation et l'adaptation des moyens de communication interne favorisent la coordination, en temps voulu, des acteurs de la prise en charge du patient.	A
21 d	Les données nécessaires au suivi des activités et au pilotage de l'établissement sont recueillies et transmises aux responsables	L'établissement a identifié et recueilli les données nécessaires au suivi de son activité. Les responsables des secteurs d'activité en sont destinataires.	A
21 e	Le contrôle qualité des données est en place	Un contrôle de la qualité des données est effectué régulièrement dans les différents champs du système d'information. L'analyse et l'exploitation de ces contrôles sont également effectuées.	A

Réf. 22	Une identification fiable et unique est assurée		Cotations
22 a	Une politique d'identification du patient est définie	Une politique d'identification du patient n'est pas en place. L'établissement a ciblé les problèmes d'identification pouvant se poser par l'intermédiaire du groupe de travail « accueil administratif du patient ». Il a élaboré et diffusé des procédures formalisant les règles d'identification et de constitution du dossier administratif. Un travail sur la gestion de la base patient (doublons) est en cours. L'établissement devra définir et formaliser une politique d'identification du patient.	C
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 pour l'accueil administratif. Elles sont diffusées, mises en œuvre et évaluées. Une procédure d'identification d'une personne dont l'identité est inconnue ou incertaine est formalisée et diffusée. Le contrôle de l'identification du patient lors de l'accueil dans les unités de soins n'est pas formalisé mais une fiche de liaison permettant l'éventuelle correction d'une identité est en place et utilisée.	B
22 c	Lorsque l'établissement échange des données personnelles de santé avec une autre structure sanitaire, il veille à mettre en concordance les identités que les deux structures utilisent (rapprochement)	Il existe des modalités de mise en concordance des identités lors des échanges de données entre l'établissement et d'autres structures sanitaires. Leur mise en œuvre ne fait pas l'objet d'un suivi ni d'une évaluation.	B

Réf. 23	La sécurité du système d'information est assurée		Cotations
23 a	Une politique de sécurité est mise en œuvre pour assurer l'intégrité, la disponibilité, la confidentialité des données et l'auditabilité du système d'information	L'établissement n'a pas défini une politique de sécurité mais il met en œuvre les mesures nécessaires pour assurer l'intégrité, la disponibilité, la confidentialité des données et l'auditabilité du système d'information.	B
23 b	La sécurité du système d'information est évaluée lors d'un diagnostic initial puis à périodicité définie	Des évaluations ponctuelles concernant la sécurité du SI sont mises en œuvre et des actions sont définies en fonction des résultats obtenus.	B
23 c	Les traitements de données à caractère personnel font l'objet des démarches et des formalités prévues par la législation Informatique et libertés	Les démarches et formalités prévues concernant les déclarations à la CNIL sont entreprises et une information sur ces sujets est dispensée au patient.	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 paramédical du patient sont élaborées. Elles sont connues des professionnels concernés. Le guide d'utilisation des documents médicaux reste à finaliser et diffuser. L'évaluation de l'utilisation de ces règles n'est pas mise en place.	B
24 b	Les règles de communication du dossier du patient sont connues des professionnels concernés	Des règles précisant les modalités de communication du dossier du patient sont élaborées. Elles sont connues des professionnels concernés. L'évaluation de l'utilisation de ces règles n'est pas mise en place.	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. 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 la préservation de la confidentialité des données sont à redéfinir dans le domaine du transport interne.	B
24 e	L'accès aux dossiers est organisé pour le patient et/ou les personnes habilitées	L'organisation mise en place par les responsables assure l'accès au dossier pour le patient et les personnes habilitées. Elle est connue des professionnels et des patients.	A



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



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

Réf. 25	Les responsables des secteurs d'activité exercent pleinement leur rôle		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
25 a	Les responsables prévoient les évolutions de leur secteur d'activité en cohérence avec les choix stratégiques de l'établissement	Le projet d'établissement élaboré en 2003 a associé les professionnels de tous les secteurs d'activité. Le projet médical intègre les spécificités de chaque spécialité médicale. Les secteurs reçoivent trimestriellement une analyse de leur activité et ont accès au suivi des formations. Les projets de service n'ont pas été élaborés ; les conseils de service ne sont pas en place. L'établissement devra mettre en œuvre les projets de service et les conseils de service.	C		C		
25 b	Les responsables organisent les activités de leur secteur et identifient les moyens nécessaires à leur réalisation	Les responsables organisent les activités de leurs secteurs : horaires de travail, fiches de tâches ; les moyens humains et matériels alloués sont connus, cependant actuellement ils ne disposent pas de budget de service ; la mise en place des pôles, déjà engagée, permettra une réelle gestion. L'évaluation de la charge de travail n'est pas assurée.	B		B		
25 c	Les responsables organisent la complémentarité avec les autres structures et la participation à des réseaux de santé dans leur domaine	Les responsables des secteurs d'activité définissent ou participent à la définition des champs de complémentarité et de partenariat potentiel. L'organisation mise en place est formalisée et les modes de fonctionnement permettent d'en assurer le suivi.	A		A		
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 modalités de décision sont connues des professionnels, mais non formalisées ; seules les fiches de poste des cadres sont effectives.	B		B		

			<b>Cotations</b>				
25 e	Les responsables motivent les personnels de leur secteur d'activité en favorisant leur adhésion et leur implication	Les responsables s'impliquent dans le développement de la motivation de leur équipe. Des moyens et mécanismes d'intéressement sont mis en œuvre pour favoriser la motivation tant individuelle que collective.	A		A		
25 f	Les responsables veillent à la bonne utilisation des moyens alloués	Les responsables s'impliquent dans l'efficacité de leur secteur d'activité. Des réunions de service sont organisées, des procédures d'approvisionnement existent. Ils ne disposent pas de budget de service ni de tableaux de bord sur le suivi de leurs dépenses, hormis pour les dépenses pharmaceutiques. L'établissement devra renforcer le dispositif permettant le suivi de la bonne utilisation des moyens alloués.	C		C		
25 g	Les responsables développent des démarches d'évaluation et d'amélioration	Les responsables participent aux démarches d'évaluation et d'amélioration, notamment lors des EPP, cependant leur rôle n'est pas précisément défini. Peu ont bénéficié de formation à l'évaluation, et défini d'indicateurs de suivi des actions correctives.	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 professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient ; des actions de sensibilisation sont régulièrement menées par les cadres. Ce pendant le transport des dossiers et des résultats d'examens radiologiques n'est pas systématiquement effectué dans des pochettes opaques. Les services de soins et les secrétariats ne disposent pas de dispositif de destruction de documents.	C		C		
26 b	Le respect de la dignité et de l'intimité du patient (résidant – USLD) est préservé tout au long de sa prise en charge	Les pratiques professionnelles et les moyens mis en place, en particulier les actions de sensibilisation, permettent d'assurer le respect de la dignité et de l'intimité du patient. L'occultation des vitres des portes des chambres n'est pas généralisée.	B		B		
26 c	La prévention de la maltraitance du patient (résidant – USLD) au sein de l'établissement est organisée	Les professionnels sont sensibilisés à la prévention de la maltraitance du patient et appliquent les bonnes pratiques notamment en matière de contention. Les situations à risque sont identifiées ; un dispositif formalisé de signalement n'est pas effectif.	B		B		
26 d	La volonté du patient (résidant – USLD) est respectée	La volonté du patient est respectée pour ce qui concerne l'acceptation des soins, les pratiques religieuses et culturelles, dans les limites du possible et de la déontologie médicale. Le recueil des informations n'est pas systématiquement tracé dans le dossier du patient.	B		B		
26 e	La formation des professionnels à l'écoute et au respect des droits du patient est organisée	Des formations et des actions de sensibilisation sur le thème du respect des droits et de la dignité du patient sont organisées et suivies. Il existe une demande de formation des professionnels à l'écoute.	B		B		

Réf. 27	L'accueil du patient (résident – USLD) et de son entourage est organisé		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
27 a	Les besoins et les attentes du patient (résident – USLD) sont identifiés, y compris les besoins sociaux	Les informations concernant les besoins et les attentes du patient sont recherchées, rassemblées aux moments d'accueil et sont disponibles. Le dossier patient en cours d'impression permettra un recueil plus complet des informations sur les besoins et attentes du patient et sur les coordonnées de la personne de confiance.	B		B		
27 b	Le patient (résident – USLD) reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de son séjour	Les conditions de l'accueil, la sensibilisation du personnel et les supports d'information font que les patients reçoivent une information claire et adaptée sur les conditions de son séjour ; le livret d'accueil actuel est en cours d'actualisation.	B		B		
27 c	L'accueil et les locaux sont adaptés aux handicaps du patient (résident – USLD) et/ou de son entourage	L'établissement s'organise pour rendre l'ensemble des secteurs d'activité concernant le patient accessible aux handicapés. L'établissement adapte progressivement l'ensemble des locaux, à l'occasion des rénovations.	B		B		
27 d	La permanence de l'accueil est organisée	Les règles gérant l'accueil sont définies et assurent une réponse permanente et adaptée aux différents types de prise en charge.	A		A		
27 e	Une procédure spécifique d'accueil des détenus est organisée dans les établissements concernés	L'établissement s'est organisé pour accueillir les détenus dans des conditions respectant la sécurité, la dignité et la discrétion.	A		NA		

Réf. 28	La prise en charge du patient se présentant pour une urgence est organisée		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
28 a	L'accueil de toute personne se présentant pour une urgence est organisé par des professionnels formés à cet effet	L'accueil des patients au service des urgences est organisé par un personnel dédié, formé et identifié.	A		NA		
28 b	Selon le degré d'urgence, une prise en charge, une réorientation ou un transfert sont organisés dans un délai compatible avec les impératifs de sécurité	L'organisation en place permet aux professionnels de santé la mise en œuvre de la décision de prise en charge, de réorientation ou de transfert des patients dans des délais compatibles avec leur état de santé.	A		NA		
28 c	Le recours à un avis spécialisé est organisé selon les besoins	L'organisation du recours aux spécialistes assure leur intervention dans des délais compatibles avec la sécurité des patients. La disponibilité des spécialistes n'a pas fait l'objet d'évaluation, plus particulièrement vis-à-vis des médecins psychiatres.	B		NA		
28 d	La disponibilité des lits d'hospitalisation est régulièrement évaluée et analysée au sein de l'établissement	Une organisation adaptée de la gestion des lits d'hospitalisation permet d'évaluer et d'analyser régulièrement la disponibilité des lits afin de réduire les délais d'attente d'hospitalisation.	A		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 chaque secteur d'activité. Le point de vue du patient et de son entourage s'il y a lieu n'est pas systématiquement tracé dans le dossier du patient.	B		B		
29 b	Les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures sont accessibles 24 heures/24	Une organisation assure l'accès à l'ensemble des données antérieures, pendant les heures de présence des archivistes. La nuit les professionnels des urgences signalent une difficulté d'accès. Le dernier compte rendu de consultation et d'hospitalisation est disponible sur le réseau informatique. Le recueil et l'analyse du dysfonctionnement ne sont pas assurés.	B		B		
29 c	Le projet thérapeutique prend en compte l'ensemble des besoins du patient (résident – USLD) et organise la coordination entre les professionnels des différents secteurs d'activité	Les besoins des patients sont identifiés. Ils sont pris en compte de façon coordonnée par les professionnels des différents secteurs d'activité.	A		A		
29 d	La réflexion bénéfico-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient (résident – USLD)	Les professionnels s'organisent pour mener une réflexion bénéfico-risque pour chaque patient. Cette réflexion n'est pas systématiquement tracée au sein du dossier.	C		C		
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 ; cette prescription n'est pas systématiquement réévaluée à périodicité définie.	B		B		

		<b>Cotations</b>					
29 f	Le projet thérapeutique fait l'objet d'ajustements en fonction d'évaluations régulières de l'état de santé du patient (résidant – <i>USLD</i> )	Les professionnels tracent leurs observations dans le dossier du patient et se coordonnent pour ajuster de façon régulière le projet thérapeutique. Ces observations sont à systématiser par certains professionnels : médecins, kinésithérapeutes.	B		B		

Réf. 30	Des situations nécessitant une prise en charge adaptée sont identifiées		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
30 a	L'état nutritionnel du patient est évalué et ses besoins spécifiques sont pris en compte	Les patients concernés sont identifiés ; un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant. L'évaluation de l'état nutritionnel du patient n'est pas systématique, dans tous les services.	B		A		
	<i>USLD</i> – L'équilibre nutritionnel des résidents est assuré en fonction de leurs goûts et de leurs habitudes alimentaires						
30 b	Les conduites addictives sont identifiées et font l'objet d'une prise en charge adaptée	Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte sa situation clinique et un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.	A		A		
30 c	La maladie thromboembolique fait l'objet d'une prévention dans les situations à risque	Les patients concernés sont identifiés ; un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant. L'évaluation n'est pas systématique.	B		B		
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 sa situation clinique et un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.	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 sa situation clinique et un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.	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 sa situation clinique et un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.	A		A		

		<b>Cotations</b>				
30 g	<i>USLD</i> – Un projet de vie est individualisé pour chaque résidant en prenant en compte ses souhaits					

Réf. 31	Le patient (résidant – USLD) est informé de son état de santé et est partie prenante de sa prise en charge		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
31 a	Le patient reçoit une information coordonnée par les professionnels sur les soins et son état de santé tout au long de sa prise en charge	La coordination des professionnels permet au patient de recevoir une information cohérente sur ses soins et son état de santé, tout au long de sa prise en charge. Cette coordination n'est pas formalisée ni évaluée.	B		B		
31 b	Les professionnels délivrent une information adaptée à la compréhension du patient	Les informations données au patient sont adaptées à sa compréhension et aux particularités de son état de santé, de sa situation ou de sa prise en charge.	A		A		
31 c	Le patient (résidant – USLD) désigne les personnes qu'il souhaite voir informer	Les patients sont informés sur la possibilité de désigner une personne à prévenir ou de confiance. Le futur dossier du patient permettra de répondre aux règles de bonnes pratiques, et d'assurer une traçabilité. L'établissement devra s'assurer de la mise en œuvre du nouveau dispositif.	C		C		
31 d	Le consentement éclairé du patient (résidant – USLD) ou de son représentant légal est requis pour toute pratique le concernant	Avant toute demande de consentement, le patient ou son représentant légal est informé sur les actes de prévention, d'exploration et de soins qui le concernent en particulier sur leurs risques et leurs bénéfices. Le consentement du patient ou de son représentant légal est recueilli, mais non systématiquement tracé dans le dossier.	B		B		
31 e	Un consentement éclairé (résidant – USLD) du patient est formalisé dans les situations particulières	Avant toute demande de consentement, le patient (le représentant légal, le cas échéant) est informé sur les actes de prévention, d'exploration et de soins qui le concernent en particulier sur leurs bénéfice-risque. Le recueil du consentement pour un dépistage VIH est essentiellement oral. Il n'existe pas de procédure formalisée.	B		B		

		<b>Cotations</b>					
31 f	Le patient (résidant – <i>USLD</i> ) est informé de la survenue d'un événement indésirable lors de sa prise en charge	Le patient est informé durant son séjour de la survenue d'un événement indésirable. Les modalités ne sont pas formalisées ; et l'information n'est pas systématiquement tracée dans le dossier.	C		C		

Réf. 32	La douleur est évaluée et prise en charge		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
32 a	Une concertation est organisée entre les professionnels pour améliorer la prise en charge de la douleur selon les recommandations de bonne pratique	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		
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'information n'apparaît pas dans le livret d'accueil actuel ; la traçabilité de la mesure et du suivi de l'intensité de la douleur n'est pas systématique dans tous les services. L'établissement devra veiller à l'évaluation périodique de la prise en charge de la douleur du patient.	C		C		
32 c	Les professionnels sont formés à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur	Une formation 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 n'est pas évaluée.	B		B		
32 d	La disponibilité des traitements prescrits est assurée en permanence	La coordination entre la pharmacie et les secteurs d'activité et les règles internes aux secteurs d'activité permettent un approvisionnement et une dispensation en permanence des traitements antalgiques.	A		A		

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

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

Réf. 35	Le fonctionnement des secteurs médicotechniques à visée diagnostique fait l'objet d'une concertation avec les secteurs d'activité (avec les USLD – USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
35 a	La prescription d'examens complémentaires est justifiée par l'état du patient (résidant – USLD) et mentionne les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande	Chaque examen complémentaire s'appuie sur une évaluation de l'état du patient, et les demandes d'examens précisent les objectifs et les renseignements cliniques pertinents.	A		A		
35 b	Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies	Les règles de coordination entre les secteurs d'activité clinique et les laboratoires relatives à la réalisation des examens sont définies et mises en œuvre. Celles du secteur d'imagerie médicale, prestataire externe, ne sont pas élaborées.	B		B		
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 les secteurs d'activité clinique et les laboratoires relatives à la communication des examens sont définies et mises en œuvre. Celles du secteur d'imagerie médicale, prestataire externe, sont à élaborer. Les résultats des examens d'explorations fonctionnelles et d'endoscopie sont communiqués en fin d'examen.	B		B		

Réf. 36	Les circuits du médicament et des dispositifs médicaux stériles sont organisés en concertation entre les professionnels de la pharmacie et ceux des autres secteurs (des USLD – USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
36 a	Les conditions de prescription, de validation, de dispensation et d'administration des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont maîtrisées afin de réduire le risque iatrogène évitable	Le circuit du médicament/des dispositifs médicaux stériles est organisé, par étape, interfaces incluses. Sa sécurisation permet la prévention des événements indésirables évitables. L'évaluation du circuit du médicament n'est pas réalisée.	B		B		
36 b	L'utilisation des médicaments suit les recommandations de bonne pratique en termes de pertinence de l'indication, de respect des contre-indications, et de connaissance des interactions et effets secondaires	Les professionnels suivent les recommandations de bonne pratique de prescription des médicaments permettant d'assurer une bonne utilisation des médicaments. Les événements indésirables sont recueillis, analysés et exploités.	A		A		
36 c	L'administration du médicament au patient (résident – USLD) est conforme à la prescription et fait l'objet d'une traçabilité	La conformité de l'administration du médicament à la prescription est assurée par les professionnels habilités. Sa traçabilité est réalisée.	A		A		
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 mettent à disposition des patients des informations adaptées à leur état de santé. Les fiches techniques des nouveaux dispositifs médicaux ne sont pas systématiquement fournies aux utilisateurs.	B		B		
36 e	Les demandes urgentes de médicaments peuvent être satisfaites à tout moment	Il existe une organisation concertée et connue de tous les professionnels pour satisfaire à tout moment les demandes urgentes de médicaments.	A		A		
	USLD – Les demandes urgentes de médicaments, formulées par les USLD, peuvent être satisfaites à tout moment						

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

Réf. 38	Le don d'organe ou de tissus à visée thérapeutique est organisé		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
38 a	La participation de l'établissement aux activités ou à un réseau de prélèvements d'organes et de tissus est définie	L'établissement n'a pas précisément défini dans ses orientations stratégiques sa participation aux activités ou à un réseau de prélèvements d'organes ou de tissus. Celle-ci consiste à organiser le transfert du patient donneur vers le centre de prélèvement. Aucune convention n'est établie. L'établissement devra définir ses modalités de coordination avec un réseau de prélèvements d'organes et de tissus.	C		NA		
38 b	Une information sur le don d'organes ou de tissus est disponible pour le public	Des documents sont disponibles pour le public dans les salles d'attente ; mais cette information n'est pas organisée et il n'y a pas de responsable identifié. L'établissement devra développer l'information sur le don d'organes et de tissus.	C		C		
38 c	Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes ou de tissus	Seuls les professionnels des urgences sont informés et formés aux enjeux concernant les dons d'organes ou de tissus.	B		B		
38 d	Les prélèvements d'organes ou de tissus sont réalisés conformément aux règles de bonnes pratiques	NA	NA		NA		

Réf. 39	Les activités de rééducation et/ou de soutien sont coordonnées par les professionnels concernés, en lien avec ceux des secteurs d'activité clinique (au sein des USLD – USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
39 a	Le patient (résidant – USLD) et son entourage sont partie prenante des activités de rééducation et/ou de soutien	Toute prescription de kinésithérapie, de suivi psychologique et d'orthophonie est précédée d'une information du patient. Son adhésion est systématiquement recherchée. Les objectifs de rééducation et de soutien, ainsi que les modalités de réalisation sont rarement présents dans le dossier.	B		B		
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. La trace de la prise en charge du patient en kinésithérapie n'est pas systématique.	B		B		
	USLD – La prise en charge pluriprofessionnelle du résidant associe les professionnels des USLD et ceux de la rééducation et du soutien psychologique						
39 c	La prise en charge du patient (résidant – USLD) est évaluée régulièrement par l'équipe pluriprofessionnelle et rajustée si besoin	Les activités de rééducation ne font pas l'objet d'évaluation régulière des résultats ; les modalités de concertation ne sont pas définies. Les activités des infirmières de psychiatrie et des orthophonistes sont tracées dans les dossiers. L'établissement devra mettre en œuvre une évaluation des activités de rééducation.	C		C		

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

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

Réf. 42	Les soins palliatifs font l'objet d'une réflexion pluriprofessionnelle en relation avec le médecin traitant et l'entourage (USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
42 a	La volonté du patient (résidant – USLD) est prise en compte	La volonté du patient est recueillie et prise en compte. Elle est à formaliser dans le dossier du patient.	B		B		
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. Ils ne sont pas systématiquement tracés.	B		B		
42 c	La formation des professionnels est organisée	La formation des professionnels prodiguant des soins palliatifs est assurée.	A		A		
42 d	Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte	Les besoins d'accompagnement psychologiques des professionnels prodiguant des soins palliatifs sont identifiés ; ceux-ci ne bénéficient pas actuellement d'une structure ou de professionnel compétent à l'accompagnement psychologique. L'établissement devra prendre en compte les besoins d'accompagnement psychologique exprimés par les professionnels.	C		C		

Réf. 43	Le décès du patient (résidant – USLD) fait l'objet d'un accompagnement		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
43 a	Les personnes à prévenir sont contactées en cas d'état critique du patient (résidant – USLD) et/ou en cas de décès	Le recueil des coordonnées des personnes à prévenir est systématique et une organisation permet de prévenir ces personnes en cas d'état critique et/ou de décès du patient.	A		A		
43 b	Les volontés et les convictions du défunt sont respectées	Le recueil des volontés et convictions du patient en cas de décès est effectué mais non systématiquement tracé dans le dossier. Celles-ci sont respectées en cas de décès.	B		B		
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 ; les équipes soignantes participent à cet accompagnement dans la mesure de leurs compétences. L'entourage ne bénéficie pas d'accompagnement spécifique.	B		B		
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 n'est pas réalisé. L'établissement devra prendre en compte l'accompagnement psychologique des professionnels.	C		C		





**CHAPITRE IV**  
**ÉVALUATIONS ET DYNAMIQUES D'AMÉLIORATION**



**A – PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

Réf. 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
44 a	La pertinence des hospitalisations est évaluée	<p>L'établissement a fait le choix d'évaluer la pertinence des hospitalisations dans son USMC.</p> <p>Ce choix avait pour objectifs de déclencher une réflexion sur les causes à l'origine des admissions non pertinentes, de mettre en place des mesures correctives de nature organisationnelle et structurelle et de promouvoir une utilisation optimale des ressources, tout en améliorant la qualité des soins délivrés aux patients.</p> <p>Le groupe projet, pluridisciplinaire, a défini sa méthodologie (critères d'inclusion et d'exclusion, références législatives, données des sociétés savantes et de la littérature) et réalisé une grille validée par la CME.</p> <p>Une étude prospective a été menée du 3 avril 2006 au 12 mai 2006 sur 50 admissions. La collecte et l'analyse des résultats ont été effectuées par le groupe projet.</p> <p>L'analyse spécifique des hospitalisations non pertinentes (4 %) a permis de définir une action d'amélioration : « écrire une procédure d'admissions des patients en USMC ». Cette action est mise en œuvre.</p> <p>Les résultats de cette EPP ont fait l'objet d'une présentation en CME et en assemblée plénière.</p> <p>Le groupe projet souhaite reconduire la même évaluation en y intégrant la durée d'hospitalisation.</p>	A
44 b	La pertinence des actes à risque est évaluée	<p>Le thème choisi concerne la pertinence des endoscopies digestives basses (acte fréquemment réalisé).</p> <p>Plusieurs objectifs ont été définis par le groupe projet (pluridisciplinaire) : s'approprier les dernières recommandations (référentiel HAS, recommandations européennes EPAGE), mesurer l'adéquation de la coloscopie réalisée par rapport aux besoins du patient, identifier les causes d'inadéquation (structurelles, organisationnelles, humaines), mettre en œuvre les actions correctives et s'engager dans l'évaluation des pratiques professionnelles.</p>	

Réf. 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
		<p>La méthode choisie a été une étude rétrospective sur 20 dossiers, dont le tirage a été effectué par le médecin DIM (dossiers du 1<sup>er</sup> trimestre 2006).</p> <p>Les résultats ont fait l'objet d'une analyse au regard du référentiel HAS et des recommandations EPAGE.</p> <p>Une indication de coloscopie non pertinente (au regard des 2 analyses) a été ciblée : elle a fait l'objet d'une analyse de causes.</p> <p>Des mesures correctives ont été définies : une consultation systématique avant la coloscopie, la réévaluation en cours de séjour, de la pertinence d'une coloscopie proposée par le médecin traitant, l'information de l'équipe médicale des causes possibles de non-pertinence, l'utilisation de la feuille d'observation du nouveau dossier du patient pour tracer l'évaluation régulière de la réflexion bénéfice-risque.</p> <p>Une nouvelle évaluation est prévue en 2007 avec un indicateur de suivi (95 %).</p> <p>Les résultats de cette EPP ont fait l'objet d'une présentation en CME et en assemblée plénière.</p>	A
44 c	La pertinence des prescriptions médicamenteuses est évaluée	<p>Un groupe projet, composé d'un cardiologue, d'une biologiste et d'un pharmacien, a évalué la pertinence de la prescription des AVK dans le service de médecine C, afin d'améliorer la prise en charge des patients bénéficiant d'un traitement oral par AVK (amélioration de la traçabilité bénéfice-risque et de l'information donnée aux patients).</p> <p>La méthode utilisée a été celle de l'audit clinique ciblé au travers d'une enquête rétrospective sur 39 dossiers sélectionnés par le médecin DIM et d'une enquête prospective sur 10 dossiers de patients présentant une indication clinique.</p> <p>Deux grilles ont été élaborées (pertinence de l'indication et de la prescription des AVK, modalités d'instauration du traitement AVK et posologie) en tenant compte des données de la littérature (SFC, AFSSAPS).</p> <p>Des actions d'amélioration ont été ciblées : mise en œuvre d'une check-list des principaux items à respecter et à tracer lors de l'introduction d'un traitement AVK et sensibilisation des médecins à la traçabilité de l'information donnée aux patients concernant les risques et les précautions à prendre en cas de traitement AVK.</p> <p>Le groupe projet a prévu la reconduction de cette évaluation.</p>	A

Réf. 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
		Les résultats de cette EPP ont fait l'objet d'une présentation en CME et en assemblée plénière.	
44 d	La pertinence des examens de laboratoire et des examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle est évaluée	<p>Le groupe projet ayant évalué la pertinence de la prescription des AVK, a évalué conjointement la pertinence du suivi biologique des AVK.</p> <p>La méthode utilisée a été celle de l'audit clinique ciblé au travers d'une enquête rétrospective sur 39 dossiers sélectionnés par le médecin DIM et d'une enquête prospective sur 10 dossiers de patients présentant une indication clinique.</p> <p>Une grille a été élaborée (suivi biologique des traitements AVK) en tenant compte des données de la littérature (SFC, AFSSAPS).</p> <p>Une action d'amélioration a été menée auprès des services concernés : information sur la nécessité de prescrire systématiquement un bilan de coagulation de départ avant la mise en place d'un traitement d'AVK.</p> <p>Le groupe projet a prévu la reconduction de cette évaluation.</p> <p>Les résultats de cette EPP ont fait l'objet d'une présentation en CME et en assemblée plénière.</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>Un groupe de professionnels a choisi de travailler sur le thème « L'endoscopie digestive est un moyen avéré de transmission d'agents infectieux », étant donné la fréquence de cet acte dans l'établissement, et la présence de plusieurs gastro-entérologues, pneumologues, d'anesthésistes.</p> <p>Les objectifs définis étaient d'évaluer les pratiques en matière de traitement des endoscopes, d'améliorer le cas échéant la prise en charge de ceux-ci et d'évaluer la tenue du personnel (protection).</p> <p>Un audit de processus a été réalisé et une grille d'évaluation construite à partir de la circulaire DHOS : auto-évaluation par les infirmières d'endoscopie.</p> <p>Une évaluation prospective a été réalisée entre février et fin mars 2006 sur 60 questionnaires remplis.</p> <p>Des actions d'amélioration ont été pointées : utilisation de matériel à usage unique (ou petit matériel autoclavables sinon désinfectables), réalisation d'un protocole de contrôle microbiologique des endoscopes et création d'un tableau de bord pour les endoscopes.</p> <p>Une nouvelle évaluation, intégrant un indicateur de suivi de la désinfection ou stérilisation du petit matériel et une formation à l'étude microbiologique des endoscopes sont prévus.</p> <p>Les résultats de cette EPP ont fait l'objet d'une présentation en CME et en assemblée plénière.</p>	A		A		
45 b	L'analyse des événements indésirables et la mise en œuvre des actions de prévention et d'amélioration correspondantes sont assurées	Le thème retenu par l'établissement est l'analyse des causes d'une infection nosocomiale à SAMR acquise au CH de Langres, étant donné qu'elle est définie « événement indésirable sentinelle » par le CLIN et que la maîtrise de ces infections est devenue un objectif prioritaire de santé publique.					

		<b>Cotation</b>				
	<p>Les objectifs ciblés étaient d'identifier les causes de survenue d'une infection nosocomiale avérée à SAMR au CH de Langres, de lister les causes potentielles de cette infection à SAMR et de définir <i>a posteriori</i> des mesures d'amélioration afin de limiter et de contrôler le risque.</p> <p>La méthode utilisée a été l'approche par problème par l'analyse des causes d'un événement indésirable avéré ; le diagramme « causes/effets » a été retenu pour cette analyse.</p> <p>Des actions d'amélioration ont été définies et mises en œuvre (information, achat matériel, formation).</p> <p>Des modalités de suivi sont en place (nouvelles évaluations planifiées, l'étude des SARM acquis...).</p> <p>Les résultats de cette EPP ont fait l'objet d'une présentation en CME et en assemblée plénière.</p>	A		A		

Réf. 46	La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation (médecine)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
46 a	Les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés	<p>L'établissement a choisi d'évaluer la prise en charge d'un patient hospitalisé présentant un risque de SCA (syndrome coronarien aigu) sans sus décalage de ST.</p> <p>Ce choix est essentiellement motivé par la fréquence de ces prises en charge dans l'établissement (3<sup>e</sup> groupe de catégorie majeure de diagnostic sur 2005) et la possibilité d'associer 3 unités de soins sur cette évaluation.</p> <p>Ce choix d'évaluation a été validé par la CME.</p> <p>Un groupe projet pluridisciplinaire (médecins, cadres de santé, infirmières et techniciens de laboratoire) a piloté l'évaluation. Une grille d'évaluation et son guide d'utilisation ont été créés par le groupe.</p> <p>La prise en charge a été analysée par audit clinique sur étude rétrospective de 30 dossiers.</p> <p>Les référentiels utilisés ont pris en compte les recommandations de la littérature : référentiels HAS, textes publiés dans les revues professionnelles.</p> <p>Des objectifs d'amélioration ont été définis et une fiche type de prise en charge a été élaborée pour faire suite à l'analyse des résultats.</p> <p>Des indicateurs de suivi sont définis.</p> <p>Les résultats de cette évaluation ont fait l'objet d'une présentation en CME et en assemblée plénière.</p> <p>Le groupe projet a prévu d'engager une autre évaluation de pratiques professionnelles sur leur spécialité.</p> <p>Les comparaisons n'ont pas été envisagées.</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 (SSR)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
46 a	Les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés	<p>L'établissement a choisi d'évaluer la prise en charge des soins préventifs d'escarre en service de soins de suite et de réadaptation. Ce choix est essentiellement motivé par une notion de priorité stratégique pour l'établissement en termes d'impact. Cet impact intervient sur la qualité de vie des hospitalisées en SSR mais également sur le plan économique de l'établissement. De plus, la politique sur les soins préventifs d'escarres avait abouti à l'écriture d'un référentiel « établissement » en 2002, non évalué depuis 2004.</p> <p>Ce choix d'évaluation a été validé par la CME. Un groupe projet pluridisciplinaire (médecin, cadres de santé, infirmières et aides-soignantes) a piloté l'évaluation. Il a élaboré un questionnaire d'évaluation des connaissances du personnel sur les soins préventifs avec guide d'utilisation et phase test.</p> <p>La prise en charge a été analysée par audit clinique sur étude rétrospective de 28 dossiers.</p> <p>Les référentiels utilisés ont pris en compte les recommandations de la littérature : référentiels HAS et recommandations de divers centres hospitaliers.</p> <p>Des objectifs d'amélioration ont été définis suite à l'analyse des résultats. Certaines actions d'amélioration sont d'ores et déjà mises en œuvre, d'autres sont programmées. Une fiche de synthèse est systématiquement complétée pour chaque hospitalisation en SSR.</p> <p>Des indicateurs de suivi sont définis.</p> <p>Les résultats de cette évaluation ont fait l'objet d'une présentation en CME et en assemblée plénière.</p> <p>Les comparaisons n'ont pas été envisagées.</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 (obstétrique)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
46 a	Les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés	<p>L'établissement a choisi d'évaluer la prise en charge de l'accouchement normal. Ce choix est essentiellement motivé par la fréquence de ces prises en charge dans l'établissement (4<sup>e</sup> GHM de l'établissement) et le souhait d'harmoniser les pratiques. Ce choix d'évaluation a été validé par la CME. Un groupe projet pluridisciplinaire (gynécologue, sage-femme, infirmière puéricultrice, auxiliaire de puériculture) a piloté l'évaluation. Il a élaboré une check-list avec guide d'utilisation et phase test.</p> <p>La prise en charge a été analysée par la méthode du chemin clinique. L'analyse prospective a été conduite sur 2 mois. 33 consultations, 48 accouchements et 38 retours en chambre ont été évalués.</p> <p>Les référentiels utilisés ont pris en compte les recommandations de la littérature : référentiels HAS, recommandations CCLIN, guide du collège national des gynécologues obstétriciens français et guide pratique de l'OMS.</p> <p>Des objectifs d'amélioration ont été définis dans le cadre de plans d'actions suite à l'analyse des résultats. Certaines actions d'amélioration sont d'ores et déjà mises en œuvre, d'autres sont programmées.</p> <p>Des indicateurs de suivi sont définis</p> <p>Les résultats de cette évaluation ont fait l'objet d'une présentation en CME et en assemblée plénière.</p> <p>Les comparaisons n'ont pas été envisagées.</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						

**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 n'a pas défini d'indicateurs pertinents lui permettant de mesurer les actions mises en œuvre en matière de politique de ressources humaines. Les dysfonctionnements signalés au travers du signalement des « événements indésirables » font l'objet d'une analyse annuelle. La cellule qualité vient de prédéfinir une liste d'indicateurs RH qui n'ont pas fait encore fait l'objet d'une présentation à l'adjoint des cadres RH. Les projets « élaboration des profils de poste » et évaluation (volet social du projet d'établissement) sont suivis. L'établissement devra définir ses indicateurs de suivi en matière de gestion des ressources humaines.	C
47 b	La satisfaction des professionnels de l'établissement est évaluée et prise en compte.	Il existe à périodicité non définie des enquêtes de satisfaction du personnel ou des audits sociaux (projet regroupement) dont les résultats sont pris en compte en relation avec les instances et les partenaires sociaux.	B

**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 responsables des secteurs d'activité est organisée par l'établissement pour une partie de ses prestations logistiques (restauration, blanchisserie...). Elle permet l'identification d'actions d'amélioration et des bilans d'évaluation avec les prestataires externes.	B
48 b	L'analyse des prestations logistiques donne lieu à des actions d'amélioration	L'analyse effectuée dans certains domaines des prestations logistiques permet de mettre en œuvre des actions d'amélioration. Les prestataires externes ne font pas tous l'objet d'une revue de contrat.	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 est retrouvée au travers de l'utilisation de la fiche d'événements indésirables et permet de développer une analyse et un traitement pour y remédier. En ce qui concerne le système informatique, le signalement est également oral au DIM ou à l'informaticien.	B
49 b	La satisfaction des utilisateurs est évaluée et prise en compte	Il existe un recueil régulier et adapté de la satisfaction des différents utilisateurs du système d'information. Cette évaluation est analysée, communiquée et permet de réajuster le système d'information	A
49 c	La gestion du dossier du patient est évaluée	Une évaluation de la gestion du dossier est réalisée régulièrement dans tous les secteurs d'activité en relation avec les instances. L'analyse et l'exploitation de ces résultats permettent de faire progresser la gestion du dossier au niveau de l'institution.	A

**E – QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES**

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

Réf. 51	La satisfaction du patient et de son entourage est évaluée		Cotation
51 a	Le recueil de la satisfaction des patients est suivi d'actions d'amélioration	Il existe un dispositif de recueil et d'analyse de la satisfaction des patients et de leur entourage dont les résultats sont pris en compte dans un plan d'amélioration de la qualité.	A
51 b	Les délais d'attente sont analysés et des actions d'amélioration sont entreprises	Il existe un dispositif de recueil régulier et d'analyse des délais d'attente dont les résultats sont pris en compte dans un plan d'amélioration de la qualité. Ce dispositif est à étendre aux secteurs de consultations.	B
51 c	Les réclamations et les plaintes des patients sont suivies d'actions d'amélioration	La direction de l'établissement, n'ayant pas souhaité mettre en place une CRU, assure la gestion des plaintes et réclamations. Elle effectue une analyse et une réponse individuelle et systématique. Ce dispositif n'est pas exploité dans le cadre de l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité, mais fait l'objet d'une information au médecin conciliateur, ou à la présidente de CME ou au coordinateur des soins. L'établissement devra intégrer à son PAQ les actions d'amélioration issues de l'analyse des plaintes et réclamations.	C
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.	L'établissement n'ayant eu aucun retour par l'ARH sur son projet d'établissement 2003-2007, il n'y a pas de suivi organisé ni formalisé de la mise en œuvre des orientations stratégiques. Des objectifs des projets sociaux et de soins ont été suivis et atteints. Un PAQ est réalisé et fait l'objet de revues de plan. L'établissement devra veiller à organiser le suivi et la mise en œuvre des orientations stratégiques.	C
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 mais peu exploité.	B
53 c	Les résultats font l'objet d'une communication interne.	Les résultats de la mise en œuvre des orientations stratégiques ne font pas l'objet d'une communication spécifique aux responsables et aux professionnels concernés. Des éléments sont retrouvés dans les comptes rendus des instances, les données transmises par le DIM et au travers des revues de plan du PAQ.	B



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



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

### Soins de courte durée

Les conditions d'accueil et d'accès mis en œuvre dans l'établissement répondent aux besoins des utilisateurs. Un effort particulier est porté sur l'identification du patient. Le respect des droits et information du patient sont intégrés au projet d'établissement. Les volontés du patient sont recueillies et respectées. Le recueil de leur satisfaction est organisé et suivi et la participation des représentants des usagers est réelle. Une communication sur le dispositif de gestion des plaintes et réclamations mériterait d'être développée, et les moyens pour le respect de la confidentialité des données médicales d'être renforcés. Les besoins et attentes des patients sont identifiés et pris en compte de façon coordonnée par les professionnels. Tout au long de son séjour, le patient bénéficie de réévaluations régulières de son état de santé ; il reste à formaliser les modalités d'information du patient et leur traçabilité en cas de survenue d'un événement indésirable. La prise en charge des urgences vitales est organisée ; et l'accessibilité des dossiers d'hospitalisation et archivés est permanente. La coordination de la prise en charge du patient est effective ; des temps de concertation existent. Des actions d'éducation thérapeutiques ou relatives aux questions de santé publique sont en place. Le dossier du patient contient les éléments nécessaires à la continuité des soins. La réflexion bénéfice-risque, la participation du patient et/ou son entourage au projet thérapeutique ainsi que le consentement éclairé sont assurés ; leur traçabilité se développe. Des rappels sont régulièrement menés auprès des professionnels dans ce sens. Le circuit du médicament et des dispositifs médicaux est totalement sécurisé. La signature des prescripteurs, acquise pour les prescriptions médicamenteuses, reste à étendre aux autres prescriptions. Les secteurs médicotextuels et interventionnels fonctionnent en concertation avec les services de soins. La sortie est planifiée avec le patient et/ou son entourage et les professionnels d'aval. Les équipes soignantes sont attentives à l'accompagnement des patients en fin de vie et de leur entourage.

### Psychiatrie et santé mentale

### Soins de suite et de réadaptation

L'établissement ne dispose pas de service spécifique de rééducation ; le praticien hospitalier, responsable de service, exerce également en médecine. Les patients accueillis proviennent des services de médecine le plus souvent ; ils sont en attente de retour à domicile ou dans un établissement d'hébergement. L'organisation du travail, les outils et les protocoles utilisés sont identiques aux services de médecine ; les professionnels sont également amenés à exercer dans les deux secteurs d'activité. Les soignants du service de soins de suite sont particulièrement sensibilisés à la prise en charge de besoins spécifiques : autonomie, nutrition, escarres ; une EPP a été menée sur ce dernier thème et a fait l'objet d'actions correctives immédiates. Il existe une réelle concertation avec les professionnels externes pour une optimisation de la continuité de la prise en charge du patient à sa sortie.

### Soins de longue durée

### Hospitalisation à domicile

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

Les objectifs stratégiques du CH de Langres sont définis en fonction de la place prépondérante du patient. L'établissement développe une politique de partenariat et de mutualisation de moyens avec la clinique privée implantée dans ses locaux, politique qu'il souhaite pouvoir étendre dans le cadre du rapprochement avec les deux établissements chaumontais.

La politique dans les domaines de la gestion des ressources humaines, du système d'information, de la communication et de l'optimisation de ses ressources, est en adéquation avec ses orientations stratégiques et sa spécificité, mais reste dans certains secteurs à formaliser (GRH, communication) et évaluer.

La politique d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est définie et suivie.

Pour la mise en œuvre de ses missions et la réalisation de ses objectifs, l'établissement s'appuie sur des ressources structurées sur le plan de l'organisation administrative, comme sur le plan des fonctions logistique ; la CRU reste à mettre en œuvre de manière effective. La gestion des risques est efficiente sauf pour le local DASRI qu'il reste à sécuriser. Un programme d'amélioration de la qualité est en place et des actions d'améliorations sont menées dans tous les secteurs de l'établissement.

Les secteurs d'activité qui reçoivent les patients comme ceux qui participent au déroulement de leur séjour ont une organisation avec un partage des responsabilités permettant de répondre au plus près de leurs attentes et besoins et ceux de leur famille. Le respect des droits du patient constitue une priorité, la confidentialité est respectée.

La politique qualité est prégnante et identifiée dans tous les secteurs de l'établissement, l'implication de l'ensemble des professionnels a favorisé la mise en œuvre d'évaluations et notamment l'évaluation des pratiques professionnelles dans l'ensemble des secteurs.

Dans le cadre du suivi de son projet d'établissement, la structure procède à des évaluations de la mise en œuvre de ses missions et prestations ; des évaluations ponctuelles et des audits sont effectués. Un bilan social est réalisé annuellement et des enquêtes de satisfaction auprès du personnel ont été réalisées et analysées pour la visite d'accréditation et pour la V2. Des actions sont développées pour mieux connaître les besoins des patients et des correspondants externes.

**II. Liste des actions exemplaires**

Aucune action exemplaire retenue



**PARTIE 4**  
**DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ**



**Certification avec suivi**

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

- Mettre en conformité le local des Déchets d'activité de soins à risque infectieux et associer les personnels compétents à tout projet pouvant avoir des conséquences en termes de risque infectieux (18 d, 18 e) ;

-  
**Un rapport de suivi** sera produit sur les sujets concernés dans un délai de 13 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 :

- Mettre en place de manière effective la Commission de relations avec les usagers (02 b)
- Définir et mettre en œuvre une politique de communication (05 a, 5 b, 5 c) ;
- Mettre en place des plans d'urgence pour faire face au risque exceptionnel, tout en organisant des exercices de simulation (14 e, 14 f) ;
- Mettre en place des formations incendie actualisées, à périodicité définie, pour l'ensemble du personnel (19 b) ;
- Renforcer la confidentialité des informations relatives au patient dans l'ensemble des secteurs (26 a) ;
- Systématiser la traçabilité de la réflexion bénéfices-risques à l'ensemble des actes le nécessitant (29 d) ;
- Formaliser les modalités d'information du patient et leur traçabilité lors de la survenue d'un événement indésirable (31 f).



## INDEX

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

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

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

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