

**RAPPORT DE CERTIFICATION DE LA
Clinique de Verdaich**

31550 Gaillac-Toulzac

Octobre 2006

S O M M A I R E

PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	p.	5	Chapitre IV – Évaluations et dynamiques d'amélioration	p.	65
PARTIE 1			A Pratiques professionnelles	p.	67
DÉMARCHE QUALITÉ ET ACCRÉDITATION	p.	7	B Ressources humaines	p.	71
I Historique et organisation de la démarche qualité	p.	9	C Fonctions hôtelières et logistiques	p.	72
II Suivi des décisions de la première procédure d'accréditation	p.	9	D Système d'information	p.	73
III Association des usagers à la procédure d'accréditation	p.	10	E Qualité et gestion des risques	p.	74
IV Interface avec les tutelles en matière de sécurité	p.	10	F Orientations stratégiques	p.	77
PARTIE 2			PARTIE 3		
CONSTATATIONS PAR CHAPITRE	p.	11	COMMENTAIRES SYNTHÉTIQUES	p.	79
Chapitre I - Politique et qualité du management	p.	13	I Commentaires synthétiques par type de prise en charge	p.	81
Chapitre II - Ressources transversales	p.	23	II Appréciation globale sur la dynamique qualité	p.	82
A Ressources humaines	p.	25	III Liste des actions exemplaires	p.	83
B Fonctions hôtelières et logistiques	p.	27	PARTIE 4		
C Organisation de la qualité et de la gestion des risques	p.	30	DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	p.	85
D Qualité et sécurité de l'environnement	p.	33			
E Système d'information	p.	38	INDEX	p.	89
Chapitre III - Prise en charge du patient	p.	43			
A Orientations stratégiques et management des secteurs d'activité	p.	44			
B Parcours du patient	p.	45			

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Nom de l'établissement	Clinique de Verdaich	
Situation géographique	Ville : Gaillac Toulza Département : Haute Garonne	Région : Midi Pyrénées
Statut (<i>privé-public</i>)	privé	
Type de l'établissement (<i>CHU, CH, CHS, HL, PSPH, Ets privé à but lucratif</i>)	Clinique privé	
Nombre de lits et places (<i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i>)	151 lits et places	
Nombre de sites (<i>de l'ES et leur éloignement s'il y a lieu</i>)	1	
Activités principales (<i>par exemple ; existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i>)	Rééducation polyvalente, neurologique et unité de réveil de comas	
Activités spécifiques (<i>urgences, soins ambulatoire, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc...</i>)		
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité		
Coopération avec d'autres établissements (<i>GCS, SIH, conventions...</i>)	Convention avec le CHU Toulouse, Réseau des traumatisés crâniens et de gérontologie	
Origine géographique des patients (<i>attractivité</i>)	Haute Garonne 57%, Ariège 32%, 8% hors région	
Transformations récentes (<i>réalisées ou projetées, ou projets de restructuration</i>)		

PARTIE 1

LA DÉMARCHE QUALITÉ ET L'ACCRÉDITATION

I Historique et organisation de la démarche qualité

La culture qualité est ancienne dans l'établissement. Elle date de 1997. Un responsable qualité a été nommé en 1999 avant la première visite d'accréditation. Le responsable assurance qualité pilote la démarche en collaboration avec les instances, à savoir le Directoire et le Comité de pilotage, dont il est le Président. La première accréditation a eu lieu en 2002 et n'a pas donné lieu à des recommandations ni à des réserves.

La politique qualité 2003-2006 a intégré les propositions d'amélioration du rapport de la première accréditation, le suivi du contrat d'objectifs et de moyens signé avec les tutelles et les objectifs définis et encadrés par des indicateurs liés aux soins, à la prise en charge de la douleur, aux droits du patient, aux vigilances réglementaires, à la maîtrise du risque infectieux et à la gestion des risques...

En parallèle, les médecins ont mené une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles structurée et plusieurs thèmes ont fait l'objet d'actions mise en place.

Les représentants des usagers ont été intégré dans la démarche de certification.

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

Niveau de décision (Recommandation / Réserve)	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des experts-visiteurs	
		Suivi de la décision (oui / non / en cours)	Commentaires	Suivi de la décision (oui / non / en cours)	Commentaires
	néant				

III. Association des usagers à la procédure d'accréditation

Les usagers ont été intégrés dans la démarche d'auto-évaluation. L'utilisateur en santé est un ancien patient ayant effectué un très long séjour dans l'établissement. Il a été intégré dans le groupe « qualité et gestion des risques » référence 13 à 20 et le groupe « prise en charge du patient » référence 25 à 43. Il a été aussi intégré pour le chapitre 1 et référence 2 ainsi que sur le chapitre 4 et référence 51.

IV. Interface avec les tutelles en matière de sécurité

La MRIICE a retourné la fiche navette sans observation.

PARTIE 2

LES CONSTATATIONS PAR CHAPITRE

CHAPITRE I

POLITIQUE ET QUALITÉ DU MANAGEMENT

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

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

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

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

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

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

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

CHAPITRE II

RESSOURCES TRANSVERSALES

A – RESSOURCES HUMAINES

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

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

B – FONCTIONS HOTELIERES ET LOGISTIQUES

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

Réf 11	Les fonctions logistiques, assurées par l'établissement ou externalisées, sont organisées pour assurer la maîtrise de la qualité et de la sécurité des prestations.		Cotations
11 a	La qualité et l'hygiène de la restauration sont assurées.	Une évaluation externe permet de vérifier l'existence d'un système d'assurance qualité de la restauration. À défaut, le système d'assurance qualité comporte l'existence d'une démarche HACCP, de protocoles et d'audits. La distribution est organisée. L'établissement assure l'adaptation des prestations aux attentes des patients.	A
11 b	La qualité et l'hygiène en blanchisserie, et dans le circuit traitement du linge, sont assurées.	Le programme qualité est assuré par l'application des protocoles établis à toutes les étapes de la fonction blanchisserie. L'établissement assure la formation des personnels, la diffusion des protocoles et l'évaluation à périodicité définie.	A
11 c	Le transport du patient entre les secteurs d'activité internes et/ou externe de l'établissement permet la continuité des soins, le respect concernant la dignité, la confidentialité et la sécurité, notamment l'hygiène.	La fonction transport (interne et externe) est organisée et le personnel est formé dans le but d'assurer l'hygiène, la continuité des soins et le respect des droits du patient.	A

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

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

Réf 13	Un système de management de la qualité est en place.		Cotations
13 a	L'écoute des patients est organisée.	L'établissement dispose d'une organisation permettant le recueil et l'analyse des besoins, des attentes, de la satisfaction et des plaintes des patients. Ce système permet la mise en place d'actions d'amélioration.	A
13 b	Le programme d'amélioration continue de la qualité comporte des objectifs précis, mesurables dans le temps.	L'établissement dispose d'un programme d'amélioration de la qualité comportant des objectifs précis. Les échéances et les modalités de suivi sont définies. La communication sur le programme est assurée.	A
13 c	Le programme d'amélioration continue de la qualité prend en compte les résultats issus de différentes formes d'évaluation internes et externes.	L'établissement dispose d'une visibilité sur les différentes évaluations internes et externes réalisées et utilise leurs résultats pour élaborer le programme d'amélioration de la qualité.	A
13 d	La formation des professionnels à la qualité est assurée.	L'établissement analyse les besoins de formation à la qualité et met en œuvre une formation adaptée aux besoins du programme qualité.	A
13 e	Le déploiement de la démarche et des actions qualité dans les secteurs d'activité est organisé.	L'établissement met en œuvre les actions permettant le déploiement de la démarche qualité dans les secteurs d'activité. Des référents par secteurs sont identifiés et leurs responsabilités clarifiées. Des actions sont conduites dans les différents secteurs.	A
13 f	La gestion documentaire est organisée.	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 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 à priori 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.	A
14 d	Les résultats issus des analyses de risque permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter.	Des actions de réduction des risques sont hiérarchisées et mises en œuvre. Les instances et les professionnels sont impliqués.	A
14 e	La gestion d'une éventuelle crise est organisée.	Une organisation est en place pour faire face à une situation de crise : cellule de crise, circuits d'alerte, formation des professionnels, scénarii de crise, exercices de crises, modalités de communication. Elle est connue des professionnels.	A
14 f	L'organisation des plans d'urgence pour faire face aux risques exceptionnels est en place.	L'établissement est organisé pour faire face aux risques exceptionnels. Les plans d'urgence sont formalisés et actualisés ; les professionnels connaissent les modalités de mise en œuvre et leur rôle dans le dispositif par la formation et la participation à des stimulations. Des actions de communication complètent cette organisation.	A

Réf 15	Un dispositif de veille sanitaire est opérationnel.		Cotations
15 a	Les procédures à mettre en œuvre en cas d'événement indésirable sont en place et sont connues des professionnels.	L'établissement a défini les procédures à mettre en œuvre en cas d'événement indésirable. Les responsabilités sont identifiées. Les procédures sont connues des professionnels.	A
15 b	La traçabilité des produits de santé est assurée.	L'établissement a défini les modalités de traçabilité des produits de santé et les met en œuvre. Les responsabilités sont définies. Ces modalités sont connues des professionnels concernés. L'établissement s'assure de la fiabilité et de l'exhaustivité du système.	A
15 c	Une organisation permettant de répondre à une alerte sanitaire concernant les produits de santé est en place.	L'établissement a mis en place une organisation 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 – QUALITE ET SECURITE DE L'ENVIRONNEMENT

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

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

Réf 18	La gestion des risques liés à l'environnement, hors infrastructures et équipements, est assurée.		Cotations
18 a	L'hygiène des locaux est assurée.	L'établissement a mis en place une démarche permettant d'assurer l'hygiène des locaux basé sur la formation et l'information des personnels concernés, l'adaptation des pratiques de nettoyage des locaux en fonction du risque, les contrôles et la mise en place des actions d'amélioration correspondantes.	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 basées 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'activités et aux pratiques réalisées.	L'établissement a mis en place une démarche permettant d'assurer la qualité de l'air adapté aux secteurs d'activité et aux pratiques réalisées, basé 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'activités de soins, est organisée.	Une organisation de l'élimination des déchets est en place. Les professionnels sont formés, des mesures de protection sont en place. Les dysfonctionnements sont régulièrement analysés et suivis d'actions d'amélioration.	A
18 e	Le CLIN et l'équipe opérationnelle d'hygiène sont associés à tout projet pouvant avoir des conséquences en termes de risque infectieux.	Tout nouveau projet d'aménagement des locaux, d'équipement ou de réorganisation est soumis à la consultation du CLIN pour en apprécier les risques infectieux. Une coordination des acteurs, intégrant l'EOHH est mise en place.	A

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

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

E – SYSTEME 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.	A
21 c	Le système de communication interne permet la coordination des acteurs de la prise en charge en temps voulu.	L'identification, l'organisation et l'adaptation des moyens de communication interne favorisent la coordination, en temps voulu, des acteurs de la prise en charge du patient.	A
21 d	Les données nécessaires au suivi des activités et au pilotage de l'établissement sont recueillies et transmises aux responsables.	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.	Des contrôles de la qualité des données sont régulièrement mis en œuvre 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.	A partir d'un état des lieux , l'établissement a défini une politique d'identification du patient et les responsables chargés de sa mise en œuvre et de son suivi.	A
22 b	Des procédures de contrôle de l'identification du patient sont mises en œuvre.	Il existe des procédures de contrôles de l'identification du patient tout au long de sa prise en charge. Elles sont diffusées, mises en œuvre et évaluées.	A
22 c	Lorsque l'établissement échange des données personnelles de santé avec une autre structure sanitaire, il veille à mettre en concordance les identités que les deux structures utilisent (rapprochement).	Il existe des modalités de mise en concordance des identités lors des échanges de données entre l'établissement et d'autres structures sanitaires. Leur mise en œuvre fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation.	A

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

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

CHAPITRE III

PRISE EN CHARGE DU PATIENT

A – ORIENTATIONS STRATEGIQUES ET MANAGEMENT DES SECTEURS D'ACTIVITE

Réf 25	Les responsables des secteurs d'activité exercent pleinement leur rôle.		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
25 a	Les responsables prévoient les évolutions de leur secteur d'activité en cohérence avec les choix stratégiques de l'établissement.	Les responsables de chaque secteur d'activité élaborent un projet qui s'inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement.			A		
25 b	Les responsables organisent les activités de leur secteur et identifient les moyens nécessaires à leur réalisation.	L'implication des responsables permet d'assurer une organisation compétente et efficiente de leur secteur d'activité.			A		
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		
25 d	Les responsables des secteurs d'activité décident, dans le cadre de leur attributions, des actions à mettre en œuvre dans leur secteur.	Les responsables des secteurs d'activité définissent leur processus décisionnel dans le cadre de leurs attributions.			A		
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 des mécanismes d'intéressement sont mis en œuvre pour favoriser la motivation tant individuelle que collective.			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 et disposent d'outils et de moyens permettant de s'assurer de la bonne utilisation des ressources.			A		
25 g	Les responsables développent des démarches d'évaluation et d'amélioration	Les responsables sont institutionnellement impliqués dans l'évaluation et l'amélioration des performances de leur secteurs d'activité. Ils disposent d'outils et de la formation nécessaire pour le faire.			A		

B – PARCOURS DU PATIENT

Réf 26	Les droits et la dignité du patient (résident - <i>USLD</i>) sont respectés.		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
26 a	La confidentialité des informations relatives au patient (résident - <i>USLD</i>) est garantie.	Les pratiques professionnelles et les moyens mis en place, en particulier les actions de sensibilisation, permettent d'assurer le respect de la confidentialité des données à caractère médical ou social et leur accès par les seules personnes autorisées.			A		
26 b	Le respect de la dignité et de l'intimité du patient (résident - <i>USLD</i>) 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.			A		
26 c	La prévention de la maltraitance du patient (résident - <i>USLD</i>) au sein de l'établissement est organisée.	Les professionnels sont sensibilisés à la prévention de la maltraitance et appliquent les bonnes pratiques, notamment en matière de contention. Les situations à risques sont identifiées et un système de signalement est en place.			A		
26 d	La volonté du patient (résident - <i>USLD</i>) est respectée.	La volonté du patient est respectée pour ce qui concerne l'évaluation des soins, les pratiques religieuses et culturelles, dans les limites du possible et de la déontologie médicale.			A		
26 e	La formation des professionnels à l'écoute et au respect des droits du patient est organisée.	Des formations et des actions de sensibilisation sur le thème du respect des droits et de la dignité du patient sont organisées et suivies.			A		

Réf 27	L'accueil du patient (résident - <i>USLD</i>) et de son entourage est organisé.		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
27 a	Les besoins et les attentes du patient (résident - <i>USLD</i>) sont identifiés, y compris les besoins sociaux.	Les informations concernant la les besoins et les attentes du patient sont recherchées, rassemblées aux moments d'accueil et sont disponibles.			A		
27 b	Le patient (résident - <i>USLD</i>) reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de son séjour.	Les conditions de l'accueil, la sensibilisation des personnels et les supports d'information font que les patients reçoivent une information claire et adaptée sur les conditions de leur séjour.			A		
27 c	L'accueil et les locaux sont adaptés aux handicaps du patient (résident - <i>USLD</i>) et/ou de son entourage.	L'établissement s'organise pour rendre l'ensemble des secteurs d'activité concernant le patient accessible aux handicapés.			A		
27 d	La permanence de l'accueil est organisée.	Les règles gérant l'accueil sont définies et assurent une réponse permanente et adaptée aux différents types de prise en charge.			A		
27 e	Une procédure spécifique d'accueil des détenus est organisée dans les établissements concernés.	Non Applicable			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.	Non Applicable			NA		
28 b	Selon le degré d'urgence, une prise en charge, une réorientation ou un transfert est organisé dans un délai compatible avec les impératifs de sécurité.	L'organisation en place permet aux professionnels de santé la mise en œuvre de la décision de prise en charge, de réorientation ou de transfert des patients, dans des délais compatibles avec leur état de santé.			A		
28 c	Le recours à un avis spécialisé est organisé selon les besoins.	L'organisation du recours aux spécialistes assure leur intervention dans des délais compatibles avec la sécurité des patients.			A		
28 d	La disponibilité des lits d'hospitalisation est régulièrement évaluée et analysée au sein de l'établissement.	Non Applicable			NA		

Réf 29	L'évaluation initiale de l'état de santé du patient (résident - <i>USLD</i>) donne lieu à un projet thérapeutique personnalisé, ajusté tout au long de sa prise en charge (son séjour - <i>USLD</i>).		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
29 a	Le patient (résident - <i>USLD</i>) 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, sont systématiquement tracé dans le dossier du patient.			A		
29 b	Les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures sont accessibles 24 heures sur 24.	Une organisation assure l'accès 24h sur 24h à l'ensemble des données antérieures.			A		
29 c	Le projet thérapeutique prend en compte l'ensemble des besoins du patient (résident - <i>USLD</i>) 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		
29 d	La réflexion bénéfices/risques est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient (résident - <i>USLD</i>).	Les professionnels s'organisent pour assurer la trace de la réflexion bénéfice-risque, pour chaque patient, dans le dossier.			A		
29 e	Lorsqu'une restriction de liberté de circulation est envisagée dans l'intérêt du patient (résident - <i>USLD</i>), celle-ci fait l'objet d'une réflexion en équipe et d'une prescription écrite réévaluée à périodicité définie, et d'une information au patient (résident - <i>USLD</i>) et à son entourage.	Les situations de restriction de liberté de circulation sont identifiées et font l'objet d'une réflexion de l'équipe de soins, tracée dans le dossier du patient et d'une prescription écrite, réévaluée à périodicité définie.			A		
29 f	Le projet thérapeutique fait l'objet d'ajustements en fonction d'évaluations régulières de l'état de santé du patient (résident - <i>USLD</i>)	L'ensemble des professionnels tracent leurs observations dans le dossier du patient et se coordonnent pour ajuster, de façon régulière, le projet thérapeutique.			A		

Réf 30	Des situations nécessitant une prise en charge adaptées sont identifiées.		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
30 a	L'état nutritionnel du patient est évalué et ses besoins spécifiques sont pris en compte.	Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique et un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.			A		
	<i>USLD</i> - L'équilibre nutritionnel des résidents est assuré en fonction de leurs goûts et 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 la situation clinique et un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.			A		
30 c	La maladie thrombo-embolique fait l'objet d'une prévention dans les situations à risque.	Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique et un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.			A		
30 d	Les chutes des patients font l'objet d'une prévention.	Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique et un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.			A		
30 e	Le risque suicidaire est pris en compte.	Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique et un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.			A		

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

Réf 31	Le patient (résident - <i>USLD</i>) est informé de son état de santé et est partie prenante de sa prise en charge.		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
31 a	Le patient reçoit une information coordonnée par les professionnels sur les soins et son état de santé tout au long de sa prise en charge.	La coordination des professionnels permet au patient de recevoir une information cohérente sur ses soins et son état de santé, tout au long de sa prise en charge.			A		
	<i>USLD</i> – Le résident et/ou les personnes habilitées reçoivent une information coordonnée par les professionnels sur les soins et son état de santé tout au long de son séjour.						
31 b	Les professionnels délivrent une information adaptée à la compréhension du patient (résident - <i>USLD</i>).	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		
31 c	Le patient (résident - <i>USLD</i>) désigne les personnes qu'il souhaite voir informées.	Les coordonnées des personnes que le patient souhaite voir informer sont recueillies et tracées dans le dossier			A		
31 d	Le consentement éclairé du patient (résident - <i>USLD</i>) ou de son représentant légal est requis pour toute pratique le concernant.	Avant toute demande de consentement, le patient ou son représentant légal est informé sur les actes de prévention, d'exploration et de soins qui le concernent en particulier sur leurs risques et leurs bénéfices. Le consentement du patient ou de son représentant légal est systématiquement recueilli et tracé dans le dossier			A		
31 e	Un consentement éclairé (résident - <i>USLD</i>) du patient est formalisé dans les situations particulières.						
31 f	Le patient (résident - <i>USLD</i>) est informé de la survenue d'un événement indésirable lors de sa prise en charge.				A		

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

Réf 33	La continuité des soins est assurée.		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
33 a	Des règles de responsabilité, de présence, et de concertation sont mises en œuvre pour assurer la continuité des soins.	La continuité des soins dans le secteur d'activité et entre secteurs d'activité est assurée grâce à une organisation concertée fixant les responsabilités et planifiant la présence de professionnels			A		
33 b	La coordination entre les équipes médicales et paramédicales est organisée.	L'organisation des transmissions d'information entre les équipes médicales et paramédicales permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre elles.			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 une maintenance contrôlée du matériel d'urgence qui va être complété par l'achat d'un second défibrillateur semi-automatique. Le dispositif en place est évalué. La reprise des formations interrompues en 2002 est planifiée en septembre 2006.			B		

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

Réf 35	Le fonctionnement des secteurs médico-techniques à visée diagnostique fait l'objet d'une concertation avec les secteurs d'activité (avec les USLD - <i>USLD</i>).		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
35 a	La prescription d'examens complémentaires est justifiée par l'état du patient (résident - <i>USLD</i>) 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		
35 b	Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies.	Les règles de coordination entre secteurs d'activité clinique et médicotechnique relatives à la réalisation des examens sont systématiquement définies et mises en œuvre.			A		
35 c	Les règles relatives à la communication des résultats sont établies et répondent aux besoins des secteurs d'activité cliniques en termes de qualité et de délais de transmission.	Les règles de coordination entre secteurs d'activité clinique et médicotechnique relatives à la communication des examens sont systématiquement définies et mises en œuvre.			A		

Réf 36	Les circuits du médicament et des dispositifs médicaux stériles sont organisés en concertation entre les professionnels de la pharmacie et ceux des autres secteurs (des USLD - USLD).		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
36 a	Les conditions de prescription, de validation, de dispensation et d'administration des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont maîtrisées afin de réduire le risque iatrogène évitable.	Le circuit du médicament/des dispositifs médicaux stériles est organisé, par étape, interfaces incluses. Sa sécurisation permet la prévention des événements indésirables évitables			A		
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		
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		
36 d	Les informations sur les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont à la disposition des utilisateurs.	Les responsables de la pharmacie délivrent aux professionnels des informations validées et actualisées sur les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux et mettent à disposition des patients des informations adaptées à leur état de santé.			A		
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		

		Cotation				
	<i>USLD</i> - 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 cliniques et en intégrant la prise en charge des éventuelles activités d'urgence.			NA			
37 b	Afin d'assurer la continuité de la prise en charge pré, per et postinterventionnelle du patient, les différents professionnels concernés assurent, à chaque étape, une transmission précise, orale et écrite, des informations.			NA			
37 c	Les événements indésirables graves spécifiques aux secteurs interventionnels font l'objet d'un suivi régulier, d'une analyse et d'actions correctives et préventives.			NA			
37 d	Les compétences professionnelles au sein des secteurs d'activité interventionnelle sont régulièrement évaluées.			NA			

Réf 38	Le don d'organe ou de tissus à visée thérapeutique est organisé.		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
38 a	La participation de l'établissement aux activités ou à un réseau de prélèvement d'organes et de tissus est définie.			NA			
38 b	Une information sur le don d'organes ou de tissus est disponible pour le public.	L'information du public sur les dons d'organes ou de tissus est organisée.			A		
38 c	Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes ou de tissus.	Les professionnels sont informés et formés aux enjeux concernant les dons d'organes ou de tissus.			A		
38 d	Les prélèvements d'organes ou de tissus sont réalisés conformément aux règles de bonnes pratiques.				NA		

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

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

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

Réf 42	Les soins palliatifs font l'objet d'une réflexion pluriprofessionnelle en relation avec le médecin traitant et l'entourage - (USLD).		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
42 a	La volonté du patient (résident - USLD) est prise en compte.			NA			
42 b	La prise en charge des besoins spécifiques du patient (résident - USLD) en fin de vie et de son entourage est assurée.			NA			
42 c	La formation des professionnels est organisée.			NA			
42 d	Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.			NA			

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

CHAPITRE IV

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 choisi d'évaluer la pertinence du respect des critères d'hospitalisation de la FEDMER couplé à une étude de co-morbidités des patients. Un audit a été réalisé sur 50 dossiers pendant 6 mois. En même temps une analyse des DMS a permis de conclure à des écarts peu significatifs.</p> <p>L'établissement s'oriente vers une amélioration des modes de sortie vers le libéral et sur une réflexion stratégique sur le développement de certaines pathologies ou la création de lits</p> <p>La pertinence de ces hospitalisations fera l'objet d'une analyse annuelle</p>	B
44 b	La pertinence des actes à risques est évaluée.	<p>L'établissement a choisi d'évaluer la pertinence du passage chez le blessé médullaire de SAD à l'auto sondage. L'objectif recherché est d'obtenir une meilleure maîtrise du risque infectieux</p> <p>Un groupe de travail pluriprofessionnel a réalisé un référentiel comportant des critères médicaux et IDE. Un audit de 18 dossiers a permis de mettre en place des actions d'amélioration et un deuxième audit sur 20 dossiers a été réalisé. Les résultats ont été corrélés par l'analyse des infections urinaires faite par le CLIN.</p> <p>Un indicateur de conformité permettra le suivi annuel</p> <p>Une communication est réalisée aux travers d'EPU et de formation aux écoles d'IDE et IDE libérales</p>	A
44 c	La pertinence des prescriptions médicamenteuses est évaluée.	<p>Une analyse de pertinence des prescriptions d'HBPM a été réalisée. L'objectif étant de vérifier si les conditions de prescription sont conformes à la conférence de consensus, 100% des patients opérés ont une prescription et les PTH représente 25% des pathologies.</p> <p>Un audit clinique ciblé a été réalisé sur 50 dossiers et a permis de mettre en place des actions d'améliorations. Un deuxième audit a montré une dynamique de progrès et une procédure de prévention et surveillance des HBPM a été généralisé à l'ensemble des services</p> <p>Un indicateur de suivi annuel de la conformité de l'administration des HBPM sera effectué</p> <p>Une communication interne est en place</p>	A

Réf 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
44 d	La pertinence des examens de laboratoire et des examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle est évaluée.	L'établissement a choisi d'évaluer la pertinence de la surveillance radiologique de façon à supprimer toute radio non justifiée et diminuer l'exposition des patients aux rayonnements. Un audit clinique a été réalisé sur 50 dossiers sur une durée de trois mois. Des mesures correctives ont été programmées et un deuxième audit a été réalisé. Des recommandations de prescription interne ont été diffusées à la communauté médicale. Les critères du référentiel seront affinés pour permettre le suivi annuel d'un indicateur	A

Réf 45	Les professionnels évaluent le risque lié aux soins.		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
45 a	Les professionnels identifient les actes, les processus et les pratiques à risque et évaluent leurs conditions de sécurité.	<p>L'établissement a choisi d'analyser l'acte de mobilisation d'une arthroplastie de hanche du fait de la fréquence de la pathologie et de la gravité de la luxation chez des patients porteurs de prothèses à risques.</p> <p>Une analyse de processus et l'élaboration d'un logigramme a permis d'identifier les interfaces et les zones à risques.</p> <p>Une politique globale de prévention a été mise en place à l'aide d'outils, de matériels importants, et d'une organisation adaptée.</p> <p>Une information au lit du patient est organisée par tous les professionnels acteurs de la prise en charge, un livret de prévention est remis au patient.</p> <p>Des forums et ateliers sont organisés pour les patients pendant le séjour.</p> <p>Un indicateur de suivi des luxations est en place</p>			A		
45 b	L'analyse des évènements indésirables et la mise en œuvre des actions de prévention et d'amélioration correspondantes sont assurées.	<p>L'établissement a choisi l'analyse des causes des chutes en ciblant dès l'entrée les patients à risques. L'analyse des chutes est effective depuis 2000.</p> <p>Une analyse a été réalisée à l'aide du diagramme causes-effets sur deux services.</p> <p>Des axes d'améliorations ont été mises en place au niveau de tous les acteurs: médicaux, soignants, thérapeute, logistiques ainsi qu'une formation pluriprofessionnelle de l'apprentissage des transferts patients-lits.</p> <p>Un suivi mensuel et annuel est en place</p>			A		

Réf 46	La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation.		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
46 a	Les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés.	<p>Les pathologies dégénératives et traumatiques de la coxo fémorale représentent une des premières causes de handicap de l'adulte ainsi qu'une dépense non négligeable de santé publique. Les prothèses totales de hanche représentent 25% des pathologies de l'établissement.</p> <p>Un référentiel portant sur des critères médicaux, infirmiers, thérapeute, diététique a été élaboré conformément aux recommandations de bonnes pratiques et un audit clinique de 50 dossiers a été réalisé.</p> <p>Des axes d'améliorations ont été définis et un deuxième audit a été réalisé.</p> <p>Des améliorations significatives des pratiques ont été enregistrées et un indice global de conformité par activité médicale et para médicale a permis de mesurer la dynamique d'amélioration.</p> <p>Ces indicateurs seront suivi régulièrement sur une catégorie socio professionnelle et comparés avec deux autres établissements similaires de Midi Pyrénées et du Languedoc Roussillon qui ont été sollicités pour participer à une démarche de Benchmarking.</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 indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration.						
46 f	Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons.						

B – RESSOURCES HUMAINES

Réf 47	Une évaluation de la politique des ressources humaines est mise en œuvre.		Cotation
47 a	La réalisation des actions définies dans les orientations stratégiques est mesurée périodiquement dans chacun des domaines de la gestion des ressources humaines.	L'établissement de santé a défini des indicateurs pertinents et réalise une évaluation lui permettant : un contrôle de la mise en œuvre effective des projets RH, une évaluation des résultats de la politique mise en œuvre, une régulation des dysfonctionnements.	A
47 b	La satisfaction des professionnels de l'établissement est évaluée et prise en compte.	Il existe à périodicité définie des enquêtes de satisfaction du personnel ou des audits sociaux dont les résultats sont pris en compte en relation avec les instances et les partenaires sociaux.	A

C- FONCTIONS HOTELIERES ET LOGISTIQUES

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

D – SYSTEME D'INFORMATION

Réf 49	Une évaluation du système d'information est mise en œuvre.		Cotation
49 a	Les dysfonctionnements du système d'information sont recensés, analysés et traités.	L'identification des dysfonctionnements du système d'information avec les acteurs concernés permet de développer une analyse et un traitement pour y remédier.	A
49 b	La satisfaction des utilisateurs est évaluée et prise en compte.	Il existe un recueil régulier et adapté de la satisfaction des 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 sein de l'institution.	A

E – QUALITE ET GESTION DES RISQUES

Réf 50	La mise en œuvre du programme d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques est évaluée.		Cotation
50 a	L'atteinte des objectifs du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est régulièrement évaluée.	L'établissement a mis en place un système comprenant la définition et le suivi d'objectifs qualité. Il suit l'atteinte de ces 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 gestion documentaire définies en son sein 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 régulier de recueil et d'analyse des délais d'attente dont les résultats sont pris en compte dans le plan d'amélioration de la qualité de l'établissement.	A
51 c	Les réclamations et les plaintes des patients sont suivies d'actions d'amélioration.	Un dispositif opérationnel de gestion des plaintes et des réclamations permet une analyse et une réponse individuelles et systématiques . Ce dispositif est exploité dans le cadre du programme d'amélioration de la qualité.	A
51 d	Les résultats de ces évaluations font l'objet d'échanges avec les représentants des usagers de l'établissement.	Il existe une concertation régulière entre l'établissement et les représentants des 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.	L'enquête régionale lancée lors de la préparation à la première visite d'accréditation avait montré un taux élevé de satisfaction des correspondants médicaux de l'établissement. Dans le domaine de la rééducation Neurologique et du Centre de Réveil, la notoriété de la clinique Verdaich est régionale. L'établissement prévoit pourtant de lancer des enquêtes de satisfaction de ses correspondants en 2007 ou 2008. Actuellement, cette mesure n'est pas régulièrement effectuée et il n'existe donc pas encore de retour d'information des résultats de ces enquêtes auprès des professionnels concernés.	B

F – ORIENTATIONS STRATEGIQUES

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

PARTIE 3

COMMENTAIRES SYNTHÉTIQUES

I. Commentaires synthétiques par type de prise en charge

Soins de suite et de réadaptation

L'établissement développe une politique volontariste de déploiement et de pérennisation de la qualité au service de la prise en charge des patients. Le CPOM intègre des orientations qualitatives sur l'amélioration de la prise en charge des patients : chutes, dossier patient, gestion et communication du dossier. Des dispositifs multiples sont en place pour faciliter l'accueil et délivrer des informations complètes et adaptées aux pathologies et handicaps.

L'évaluation de l'état du patient est réalisée à son arrivée et tout au long de son séjour dans chacun des domaines de soin et en approche pluridisciplinaire.

La satisfaction des patients est régulièrement évaluée et les mesures d'amélioration sont mises en œuvre dans tous les secteurs d'activité.

Les besoins des patients sont recensés, une optimisation de la prise en charge est recherchée. L'établissement a élaboré des conduites thérapeutiques spécifiques aux pathologies traitées, à partir des référentiels nationaux. La volonté de renforcer la coordination des soins déjà existante se traduit par l'élaboration en cours d'un programme commun de soins thérapeute et infirmier.

Le dossier patient est en grande partie informatisé dans sa composante médicale et para-médicale. L'intégration informatique des éléments restants comme le diagramme de soins et certaines fiches du dossier de soins infirmiers est prévue dès septembre 2006. Les documents existants à ce jour assurent la conformité des pratiques à la réglementation.

La sortie des patients est envisagée le plus tôt possible avec la famille et les professionnels qui interviennent dans la prise en charge. Les dispositions nécessaires de visite des lieux d'accueil et les rencontres avec les acteurs du secteur sanitaire et social sont mises en œuvre.

II. Appréciation globale sur la dynamique qualité

L'établissement initie, pilote et soutient une politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques. Elle dispose d'un responsable qualité et la politique est mise en œuvre par les différentes instances opérationnelles. La gestion de la qualité permet une maîtrise des processus et des documents.

La culture de l'évaluation est réelle dans l'établissement, de nombreux audits sont réalisés et suivi de plan d'actions. La communication aux instances et aux secteurs d'activité est assurée.

Les démarches d'évaluation ont permis à l'établissement de mettre en place un dossier patient informatisé reposant sur des échanges d'informations entre les différents acteurs de la prise en charge du patient, médecins, thérapeutes, soignants. Ce dossier est en cours de finalisation.

L'évaluation des pratiques professionnelles a connu une implication très importante de la part de la communauté médicale en lien avec le responsable qualité. Des thèmes transversaux avec une méthodologie définie ont été menés par les équipes médicales et soignantes.

III. Liste des actions exemplaires

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

- **Actions de l'établissement menées par l'animateur, lui même handicapé, dans le domaine éducatif et judiciaire**

Dans le cadre de son travail, l'animateur développe deux actions qui ont pour objectif la prévention de la discrimination et la sensibilisation de l'environnement au regard des accidents de la route :

- la première action est en faveur du monde éducatif avec déplacement de 4 à 5 patients dans les écoles, collèges et lycées pour un temps d'échanges avec les élèves au travers d'une activité sportive, le basket, qui comprend quatre temps :
 - ✓ un temps d'explication
 - ✓ un temps de démonstration
 - ✓ un temps de mise en situation
 - ✓ un échange final sur l'ensemble du dispositif ;
- la seconde action se tourne vers le monde judiciaire. Sur demande du juge d'application des peines, l'établissement reçoit des personnes condamnées dans le cadre d'infraction au code de la route. Ces personnes sont directement mise en rapport avec l'environnement des patients handicapés et travaillent aux déplacements et à l'encadrement de ces derniers en réponse à leurs besoins.

PARTIE 4

DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Certification

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

La HAS invite l'établissement à poursuivre sa démarche d'amélioration de la qualité.

INDEX

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

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

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

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