

**RAPPORT DE CERTIFICATION DE LA
CLINIQUE SAINT-VINCENT-DE-PAUL
MATERNITÉ CATHOLIQUE**

**98, rue de la Libération
38304 BOURGOIN-JALLIEU**

Juillet 2008

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	4
PARTIE 1 – DÉMARCHE QUALITÉ ET CERTIFICATION	6
I – Historique et organisation de la démarche qualité*	7
II – Suivi des décisions de la première procédure d'accréditation	8
III – Association des usagers à la procédure de certification.....	10
IV – Interface avec les tutelles en matière de sécurité	10
PARTIE 2 – CONSTATATIONS PAR CHAPITRE	11
CHAPITRE I – POLITIQUE ET QUALITÉ DU MANAGEMENT	12
CHAPITRE II – RESSOURCES TRANSVERSALES	34
A RESSOURCES HUMAINES	35
B FONCTIONS HÔTELIÈRES ET LOGISTIQUES	40
C ORGANISATION DE LA QUALITÉ ET DE LA GESTION DES RISQUES.....	44
D QUALITÉ ET SÉCURITÉ DE L'ENVIRONNEMENT	58
E SYSTÈME D'INFORMATION.....	76
CHAPITRE III – PRISE EN CHARGE DU PATIENT	80
A DROITS DU PATIENT	81
B PARCOURS DU PATIENT	90
CHAPITRE IV – ÉVALUATION ET DYNAMIQUES D'AMÉLIORATION	148
A PRATIQUES PROFESSIONNELLES.....	149
B LES USAGERS ET LES CORRESPONDANTS EXTERNES	164
C POLITIQUES ET MANAGEMENT.....	167
PARTIE 3 – DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	174
INDEX.....	176

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Dates de la visite de certification : du 4 au 7 mars 2008

NOM DE L'ETABLISSEMENT	Association clinique Saint-Vincent-de-Paul – Maternité Catholique	
SITUATION GEOGRAPHIQUE	Ville : BOURGOIN-JALLIEU Département : ISÈRE	Région : Rhône-Alpes
STATUT (<i>privé-public</i>)	Privé – Association Loi de 1901	
TYPE DE L'ETABLISSEMENT (<i>CHU, CH, CHS, HL, PSPH, Ets privé à but lucratif</i>)	Établissement privé à but non lucratif	
NOMBRE DE LITS ET PLACES (<i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i>)	Obstétrique : 26 lits Chirurgie : 51 lits Chirurgie ambulatoire : 4 places	
NOMBRE DE SITES (<i>de l'ES et leur éloignement s'il y a lieu</i>)	1	
ACTIVITES PRINCIPALES (<i>par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i>)	Obstétrique : 1 500 naissances Chirurgie générale, gynécologique, urologique, orthopédique, ORL, ophtalmologique, stomatologique, vasculaire.	
ACTIVITES SPECIFIQUES (<i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i>)	Activité de chirurgie ambulatoire Gastroentérologie depuis février 2007 Lithotripsie extracorporelle depuis septembre 2007. Activité d'exploration cardiologique Service d'imagerie médicale	
SECTEURS FAISANT L'OBJET D'UNE RECONNAISSANCE EXTERNE DE LA QUALITE	/	

<p>COOPERATION AVEC D'AUTRES ETABLISSEMENTS (GCS, SIH, conventions...)</p>	<p>Conventions de transfert vers :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Service de réanimation de l'hôpital Desgenettes à Lyon. <p>Conventions de prise en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participation à la création d'un réseau de proximité en périnatalité sur le bassin de santé berjallien, en lien avec le réseau régional Aurore • Création d'un groupement de Coopération Sanitaire entre le centre hospitalier Pierre Oudot et la clinique Saint-Vincent-de-Paul dans l'objectif d'accueillir un centre de néonatalogie. • Convention avec un laboratoire d'analyses médicales • Convention avec les Pompes Funèbres Berjalliennes. • Collaboration et coordination avec les services de la PMI de Bourgoin-Jallieu <p>Adhésion de la clinique Saint-Vincent-de-Paul aux réseaux suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réseau de périnatalité du grand Lyon : Aurore. • Réseau de cancérologie : Concorde et Oncora • Réseau du Cclin Sud-Est avec participation pour toutes les patientes de maternité • QUALICLIP avec les référents qualité des cliniques privées de la région lyonnaise pour la démarche qualité.
<p>ORIGINE GEOGRAPHIQUE DES PATIENTS (attractivité)</p>	<p>Les patients viennent du bassin du Nord-Isère. Cette population est plutôt rurale, mais a rajeuni du fait de la proximité de Lyon.</p>
<p>TRANSFORMATIONS RECENTES (réalisées ou projetées, ou projets de restructuration)</p>	<p>Depuis 2001, sous l'égide de l'Agence Régionale de l'hospitalisation, la clinique Saint-Vincent-de-Paul s'est engagée, aux côtés de neuf autres établissements privés et publics, dans une réflexion visant à structurer l'offre de soins en Nord Isère à l'échéance de 2011.</p> <p>Ces réflexions ont notamment conduit à la décision de construire un médipôle, projet qui regroupe sur un même emplacement géographique trois établissements :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la clinique Saint-Vincent-de-Paul (131 lits et places) ; - le centre hospitalier Pierre Oudot (374 lits et places) ; - le centre psychothérapique du Vion (170 lits et places). <p>Chaque établissement gardera son autonomie et ses spécificités propres mais développera des collaborations interétablissements. À ce jour, la création d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) de néonatalogie est en cours entre la clinique et le centre hospitalier, détenteurs d'une autorisation d'exercer la néonatalogie et permettant à chacun des partenaires d'exercer cette activité.</p> <p>La clinique Saint-Vincent-de-Paul sera le premier établissement en travaux. Elle sera opérationnelle sur le nouveau site en septembre 2008.</p> <p>Le projet soumis à l'ARH, pour optimiser les locaux de l'ancienne clinique et répondre aux besoins de santé du bassin de vie est une restructuration en une unité de rééducation et réadaptation fonctionnelle composée de 50 lits d'hospitalisation et 30 places d'hôpital de jour.</p>

PARTIE 1 – DÉMARCHE QUALITÉ ET CERTIFICATION

I – Historique et organisation de la démarche qualité

La démarche qualité de la clinique Saint-Vincent-de-Paul a été initiée en 1997 à partir de l'intégration de la clinique dans le réseau qualité de 12 cliniques privées de la région lyonnaise. Depuis 2000, ce réseau appelé QUALICLIP se réunit chaque mois et constitue un lieu de veille et d'échanges entre professionnels.

Dans la continuité de cette dynamique, la clinique Saint-Vincent-de-Paul a mis en place une politique qualité et a structuré un comité de pilotage réunissant la présidente du conseil d'administration, le directeur, le président de CME, le coordinateur qualité. Dès 2003, ce comité s'est réuni régulièrement pour suivre à partir d'un management participatif le déploiement d'un projet qualité centré sur le patient en intégrant les exigences de la 1^{re} version de l'accréditation des établissements de santé. Les objectifs opérationnels ciblaient le respect des droits des patients, la gestion des risques et la sécurité sanitaire et le dossier médical.

En mai 2004, la première visite d'accréditation a donné lieu à deux recommandations. Suite à la réception du rapport, en juin 2005, une cellule qualité, comprenant le directeur, un cadre coordinateur qualité vigilances et risques et une secrétaire a été créée pour coordonner les actions qualité sur l'établissement. Les actions prioritaires ont été la mise en place d'outils de suivi (tableaux de bord, cartographies...) et la mise à jour de tous les protocoles en lien avec les évolutions réglementaires, fonctionnelles et professionnelles. Des audits ciblés sur le dossier du patient et des journées de prévalence ont été mis en œuvre afin d'argumenter les améliorations à mener dans différents domaines ciblés. Le projet qualité a été refondu en janvier 2007 avec l'intégration d'un volet gestion des risques et la structuration d'objectifs qualité en lien avec l'évolution des secteurs sur le médipôle à l'horizon 2008-2009. Le projet qualité n'a pas intégré d'axe sur l'évaluation des pratiques professionnelles hors cadre de la certification des établissements de santé. À partir de 2007, le dispositif qualité est aidé par un organisme externe tout au long de la préparation de la visite de certification V2.

Parallèlement, en 2005, une fédération des établissements appartenant à la congrégation des Petites Sœurs des Maternités catholiques nommée « Alliance des Maternités catholiques » a été réalisée. Cette fédération a pour but de promouvoir et de garantir le respect des règles éthiques et de coordonner la gestion, le fonctionnement et l'entretien des établissements. Une charte de l'Alliance a été élaborée et diffusée. Elle rappelle les valeurs à partager dans les établissements.

En adhérant à cette fédération, la clinique Saint-Vincent-de-Paul s'est inscrite dans la démarche qualité commune à l'Alliance : Des axes de formations communs ont été diffusés et l'axe prioritaire pour 2007 a été celui de la formation d'auditeurs internes afin d'effectuer des audits croisés interétablissements, le but étant de permettre des comparaisons et des partages d'expérience entre établissements. Ces audits sont déployés depuis le dernier trimestre 2007 et ont concerné différents domaines comme le circuit du médicament, la transfusion sanguine ou la prise en charge de la douleur.

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

Niveau de décision (Recommandation/ Réserve)	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des experts-visiteurs	
		Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires	Suivi de la décision (Oui/non/ en cours)	Commentaires
Recommandation 1	Renforcer et mettre en place la politique d'amélioration du dossier médical, concernant en particulier la traçabilité du consentement éclairé et de réflexion bénéfice-risque.	EN COURS	<p>Une information auprès des médecins a été régulièrement faite en CME et par la direction depuis 2004.</p> <p>2 audits du dossier du patient en chirurgie ont été réalisés en 2005, 2006, 2007 et 2008.</p> <p>Les médecins font signer aux patients une feuille de consentement éclairé prouvant de manière formelle leur accord.</p>	EN COURS	<p>La traçabilité du consentement éclairé est en augmentation comme en attestent les audits de dossier réalisés pour les actes diagnostiques et les interventions chirurgicales. Le dernier audit de dossier sur la traçabilité du consentement en chirurgie a montré 57 % de conformité sur cet item. Des documents émis par les sociétés savantes sont le plus souvent utilisés.</p> <p>En ce qui concerne la traçabilité de la réflexion bénéfice-risque, une nouvelle feuille d'observations a été intégrée au dossier médical afin de développer celle-ci en lien avec l'évaluation journalière de l'état de santé des patients. À ce jour, l'explicitation et ou l'argumentation amenant le diagnostic, la conduite à tenir, la thérapeutique (prescriptions, examens complémentaires...) ne sont pas retrouvées sur les dossiers.</p>

Recommandation 2	Systématiser les prescriptions médicales écrites, datées et signées.	EN COURS	<p>La direction et la CME ont été très mobilisées sur ce sujet.</p> <p>Des audits de suivi de ces prescriptions ont été réalisés en 2005, 2006, 2007 et 2008.</p> <p>Le dépôt de signatures des prescripteurs a été mis à jour en octobre 2006. Les soignants ont eu une formation en 2006 sur le dossier du patient les engageant à solliciter la signature des prescriptions.</p> <p>Un axe de travail a été formalisé par des réunions avec les personnels pour mettre en œuvre en mars 2007 la réactualisation du dossier infirmier permettant les prescriptions en temps réel par le praticien, facilitées par des dossiers rangés dans un chariot de visite, acheté spécialement à cet effet.</p> <p>Des interventions régulières du coordinateur qualité en CME ont de rappeler ces consignes.</p>	EN COURS	<p>L'établissement a travaillé avec un organisme externe pour modifier le dossier du patient afin de faciliter les prescriptions sur un support unique commun aux médecins et aux soignants. Les chariots de visite sont opérationnels et facilitent le suivi de la visite et le rangement des dossiers.</p> <p>Les médecins sont sensibilisés aux signatures des prescriptions. Celles-ci ne sont pas toujours horodatées et les signatures sont parfois difficilement identifiables. Les audits mis en place permettent de suivre l'évolution. Soucieux de s'améliorer, l'établissement s'est porté volontaire pour participer au projet IPAQH.</p>
------------------	--	----------	---	----------	---

III – Association des usagers à la procédure de certification

La CRUQ a été mise en place et s'est réunie 4 fois en 2007.

2 représentants des usagers font partie de cette commission, 1 de l'association « Bien naître », 1 autre de la « Ligue contre le Cancer » coordonnée par le CISSRA. Ils participent à la CRUQPC et ont donné leur avis sur le développement de démarches de réflexion éthique dans l'établissement.

Un usager participe au CLIN depuis décembre 2007.

L'établissement a associé un des représentants des usagers à la démarche d'auto-évaluation.

Il a participé aux réunions de synthèse sur les références 2, 19, 20, 21, 43.

IV –Interface avec les tutelles en matière de sécurité

Le bilan des contrôles effectués et des inspections concernant la sécurité sanitaire, rédigé par l'établissement a été retourné aux experts-visitants par la MRIICE sans aucune observation. Les synthèses sécurité sont rédigées. Les recommandations issues des inspections de sécurité sont réalisées ou en cours de réalisation conformément aux fiches de synthèses présentées.

PARTIE 2 – CONSTATATIONS PAR CHAPITRE

CHAPITRE I – POLITIQUE ET QUALITÉ DU MANAGEMENT

Référence 1 : Les orientations stratégiques de l'établissement				
Critère	1a : Les orientations stratégiques prennent en compte les besoins de la population en termes de soins et de prévention.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Documents d'orientations stratégiques ou projet d'établissement, approuvé ou en cours d'approbation par l'ARH, ou contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).	EN PARTIE	Un nouveau CPOM couvrant la période 2007/2011 a été approuvé par l'ARH. Le projet d'établissement 2008-2012 est en cours de rédaction à partir du travail élaboré par des groupes représentant toutes les catégories de professionnels.	B	
Prise en compte, dans les orientations stratégiques, du schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) et le cas échéant, des autres schémas et programmes (schéma gérontologique, programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation précaire, etc.).	OUI			
Données factuelles complémentaires sur les besoins de la population du territoire de santé ou du bassin d'attraction, témoignant du souci de l'établissement de répondre à des besoins spécifiques.	OUI			

Référence 1 : Les orientations stratégiques de l'établissement				
Critère	1b : Les orientations stratégiques organisent la complémentarité avec les autres établissements du territoire de santé et la participation aux réseaux de santé.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des domaines de partenariat.	OUI		A	
Formalisation de partenariats (conventions).	OUI			
Participation de l'établissement à un ou des réseaux de santé de son territoire.	OUI			

Référence 1 : Les orientations stratégiques de l'établissement				
Critère	1c : La direction, les instances délibératives et consultatives et les responsables des secteurs d'activité définissent et mettent en œuvre les orientations stratégiques.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Implication effective de la direction, des instances délibératives et consultatives et des responsables (administratifs, techniques, soignants et médicaux) dans la définition et la mise en œuvre des différents volets des orientations stratégiques.	OUI		A	
Diffusion de l'information sur les orientations stratégiques et leur mise en œuvre.	OUI			
Déclinaison des orientations stratégiques sous la forme de projets par secteur d'activité.	OUI			

Référence 1 : Les orientations stratégiques de l'établissement				
Critère	1d : Les responsables pilotent leurs secteurs d'activité en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Prévision des évolutions des secteurs d'activité.	OUI		A	
Organisation des activités des secteurs, notamment dans le cadre des partenariats définis par l'établissement (organisation des secteurs, outils d'évaluation de la charge de travail, définition des complémentarités, modalités de coordination, de régulation et de délégation, etc.).	OUI			
Choix des actions à mettre en œuvre dans les secteurs (identification du processus décisionnel, organisation de la diffusion des décisions, etc.).	OUI			
Motivation des personnels des secteurs d'activité en favorisant leur adhésion et leur implication.	OUI			
Développement de démarches d'évaluation et d'amélioration des activités.	OUI			

Référence 2 : La place du patient et de son entourage.				
Critère	2a : Le respect des droits du patient est inscrit dans les priorités de l'établissement.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Prise en compte des droits du patient dans les orientations stratégiques, les différents documents institutionnels destinés aux patients (livret d'accueil, formulaires d'admission, etc.) ou relatifs au personnel (projet de service, règlement intérieur, contrat de travail, etc.).	OUI		A	
Organisation visant à la promotion du respect des droits du patient (secteur ou responsable chargé de la clientèle, commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, maison des usagers, affichage de la charte dans les secteurs d'activité, etc.).	OUI			
Communication interne et sensibilisation des professionnels au respect des droits des patients.	OUI			
Actions favorisant l'expression du patient et de son entourage.	OUI			

Référence 2 : La place du patient et de son entourage				
Critère	2b : Une réflexion éthique autour de la prise en charge du patient est conduite.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des sujets nécessitant une réflexion éthique.	OUI		A	
Débats ou réunions d'équipe <i>a posteriori</i> sur les situations vécues posant un problème d'éthique.	OUI			
Sensibilisation des personnels aux questions éthiques.	OUI			

Référence 2 : La place du patient et de son entourage.				
Critère	2c : La participation des représentants des usagers à la politique d'amélioration des services rendus de l'établissement est organisée.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Participation effective des usagers aux instances et à la vie de l'établissement.	OUI		A	
Participation des usagers aux démarches qualité.	OUI			
Prise en compte de l'avis des usagers dans l'amélioration du service rendu par l'établissement.	OUI			

Référence 3 : La politique des ressources humaines.				
Critère	3a : La politique des ressources humaines est formalisée en cohérence avec la mission et la stratégie de l'établissement.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Projet social concerté (ou document équivalent) élaboré en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.	OUI		B	
Connaissance du projet social par les personnels.	NON	Le projet social, élaboré avec la participation de groupes de travail représentant toutes les catégories professionnelles, n'a pas encore été porté à la connaissance des salariés.		
Responsabilités dans la gestion des ressources humaines identifiées, définies et connues des personnels (au niveau de l'établissement et des secteurs d'activité).	OUI			

Référence 3 : La politique des ressources humaines.				
Critère	3b : Une gestion prévisionnelle permet l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Politique d'anticipation qualitative des besoins en personnel.	OUI		A	
Politique d'anticipation quantitative des besoins en personnel.	OUI			
Outils et indicateurs de gestion prévisionnelle partagés à court, moyen et long terme.	OUI			

Référence 3 : La politique des ressources humaines.				
Critère	3c : L'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques professionnels font partie des objectifs de la politique des ressources humaines.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Évaluation à périodicité définie des conditions de travail et risques professionnels.	OUI		B	
Plan d'amélioration des conditions de travail.	OUI			
Programme concerté de prévention et de prise en charge des infections touchant les professionnels.	OUI			
Programme concerté de prévention et de prise en charge des accidents touchant les professionnels (AES, irradiations, etc.).	OUI			
Mise en œuvre de la politique vaccinale.	OUI			
Association des instances (CLIN et CHSCT) et réflexion sur les conditions de travail et les risques professionnels lors des opérations de construction et de réhabilitation.	EN PARTIE	Les instances sont associées à la réflexion sur les conditions de travail et sur les risques professionnels. Cependant, le protocole travaux/CHSCT sur le chantier du nouvel établissement, n'est pas encore formalisé.		

Référence 3 : La politique des ressources humaines.				
Critère	3d : La politique des ressources humaines favorise la motivation des personnels.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Actions institutionnelles favorisant l'adhésion et la participation des personnels (programme d'intégration, communication, etc.).	OUI		A	
Actions conduites favorisant la motivation des personnels (intéressement, formation, promotion, gestion des carrières, conditions de travail, etc.).	OUI			

Référence 3 : La politique des ressources humaines.				
Critère	3e : Le dialogue social est organisé au sein de l'établissement.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Consultation des instances représentatives des personnels, à périodicité définie, sur les questions relevant de leur compétence, dans le respect de la réglementation.	OUI		A	
Commissions ou groupes de travail des instances.	OUI			
Autres modalités prévues pour faciliter le dialogue social et l'expression des personnels.	OUI			
Suivi des thématiques abordées dans les instances et/ou avec les partenaires sociaux.	OUI			

Référence 4 : La politique du système d'information et du dossier du patient.				
Critère		4a : La politique du système d'information est définie en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.		
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Prise en compte dans le schéma directeur du système d'information (SI), des orientations stratégiques de l'établissement.	OUI		A	
Connaissance et prise en compte des besoins des utilisateurs dans les projets du SI.	OUI			
Projets du SI définis, hiérarchisés et structurés en fonction des processus à optimiser et en recherchant l'adhésion des professionnels concernés.	OUI			

Référence 4 : La politique du système d'information et du dossier du patient.				
Critère	4b : Une politique du dossier du patient est définie afin d'assurer la qualité et la continuité des soins.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Politique formalisée du dossier du patient.	OUI		A	
Association des différents professionnels et instances à l'élaboration de la politique du dossier du patient.	OUI			
Politique du dossier du patient favorisant la confidentialité, la fiabilité, l'accessibilité, la sécurité et le stockage des informations ainsi que la coordination des professionnels et des secteurs d'activité.	OUI			
Règles de constitution, de tenue, de communication et de conservation du dossier du patient.	OUI			

Référence 5 : La politique de communication.				
Critère	5a : La direction et les responsables développent une politique de communication interne.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Politique de communication interne formalisée.	OUI		A	
Détermination des moyens de la politique de communication interne.	OUI			
Identification des responsables chargés de sa mise en œuvre.	OUI			
Supports de communication témoignant de cette politique.	OUI			

Référence 5 : La politique de communication.				
Critère	5b : La direction et les responsables développent une politique de communication à destination du public et des correspondants externes.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Politique de communication externe formalisée.	OUI		A	
Détermination des moyens de la politique de communication externe.	OUI			
Identification des responsables chargés de sa mise en œuvre.	OUI			
Supports de communication témoignant de cette politique.	OUI			

Référence 6 : La politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.				
Critère	6a : La direction et les instances définissent les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Politique formalisée d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.	OUI		A	
Implication de la direction, des instances et des professionnels de l'établissement dans la définition de cette politique.	OUI			
Identification des responsables et définition de leurs missions (désignation, fiches de poste, coordination, etc.).	OUI			

Référence 6 : La politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.				
Critère	6b : L'établissement définit et met en œuvre une politique d'évaluation des pratiques professionnelles en cohérence avec la politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Définition par la direction et les instances (en particulier la CME) de la politique d'EPP dans le cadre de la politique qualité et gestion des risques.	EN PARTIE	La CME a été consultée sur les choix des thèmes d'EPP à mener dans le cadre de la certification des établissements de santé. L'EPP est inscrite au projet qualité, cependant, les modalités de développement d'une politique d'EPP pour les années à venir n'ont pas fait l'objet d'une prise en compte par la CME à ce jour.	C	
Déclinaison de cette politique d'évaluation, selon les établissements, au niveau des projets de pôles ou de secteurs d'activité.	EN PARTIE	Les thèmes d'EPP, choisis pour répondre à l'accréditation des médecins et à la certification de l'établissement, ont englobé la plupart des activités existantes. Cependant, la mobilisation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire a été inconstante dans les groupes de travail.		
Promotion par la direction et les instances, du développement de l'EPP (formation, mise à disposition de moyens, etc.).	EN PARTIE	La promotion des EPP a été faite par la direction qui a fait intervenir un organisme externe. Une présentation de la méthodologie a été réalisée par le CEPPRAL. À la suite de cette présentation, les médecins n'ont pas souhaité mettre à profit d'autres actions de formation ou un accompagnement méthodologique.		
Suivi régulier par les instances du développement des programmes et des actions d'EPP.	EN PARTIE	Le suivi des EPP par le comité de pilotage qualité et la CME est réalisé sous forme d'un point d'avancement par le coordinateur qualité. Les résultats obtenus conduisant aux objectifs et aux actions d'amélioration n'ont pas fait l'objet de débats en CME ni d'actions de communication institutionnelles dans l'établissement.		

Référence 7 : La politique d'optimisation des ressources et des moyens.				
Critère	7a : L'établissement met en œuvre un dispositif permettant la maîtrise des coûts.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Dispositif de contrôle de gestion permettant de connaître les coûts par activité et par pôle ou secteur d'activité.	OUI		A	
Définition des responsabilités dans ce domaine.	OUI			
Communication des objectifs aux responsables des pôles ou secteurs d'activité.	OUI			
Élaboration et diffusion de tableaux de bord par pôle ou secteur d'activité.	OUI			
Analyse des données en fonction des objectifs et réajustement pour la maîtrise des coûts.	OUI			

Référence 7 : La politique d'optimisation des ressources et des moyens.				
Critère	7b : La politique d'investissement est optimisée.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Plan d'investissement annuel et pluriannuel défini et actualisé en cohérence avec les orientations stratégiques ou projet d'établissement.	OUI		A	
Suivi et réajustement des réalisations selon les objectifs.	OUI			
Politique d'investissement visant à la mutualisation des équipements.	OUI			

Actions remarquées par les experts-visiteurs concernant le chapitre I		
Intitulé de l'action	Objectif	Résultat
Actions de communication internes et externes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maintenir et développer la culture d'écoute et de proximité de la clinique Saint-Vincent-de-Paul ▪ Faire connaître le professionnalisme de l'entreprise au public et aux correspondants externes. 	<p>Supports de communication diversifiés permettant la diffusion et le partage d'informations entre professionnels et avec les patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en place d'une chaîne de télévision interne permettant à tous les hospitalisés une information en temps réel sur la vie à la clinique et de la clinique. ▪ Diffusion de messages de santé publique ▪ Journal : CLIN/ECHO ▪ Image valorisée de l'établissement ▪ Intégration de la structure comme une entreprise dynamique au sein de la ville et du bassin de population.

CHAPITRE II – RESSOURCES TRANSVERSALES

A RESSOURCES HUMAINES

Référence 8 : La maîtrise des processus de gestion des ressources humaines.				
Critère	8a : Le recrutement de l'ensemble des personnels est organisé.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Politique de recrutement en lien avec les orientations stratégiques de l'établissement.	OUI		B	
Identification des responsabilités des différents acteurs.	OUI			
Mise en œuvre de procédures de recrutement.	EN PARTIE	Une procédure de recrutement existe mais n'a pas été réajustée depuis 2004. L'actualisation en lien avec les modifications d'organigramme et de fonctionnement en découlant est inscrite dans les tâches du directeur de soins en cours de recrutement.		
Utilisation de fiches et profils de poste.	OUI			

Référence 8 : La maîtrise des processus de gestion des ressources humaines.				
Critère	8b : L'accueil et l'intégration des personnels sont assurés			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Dispositif d'accueil des personnels (livret d'accueil du personnel, visite de l'établissement, etc.).	OUI		B	
Dispositif d'intégration des personnels (programme d'intégration commun ou spécifique, tutorat, etc.).	EN PARTIE	L'intégration des nouveaux salariés et des stagiaires est organisée. Une demi-journée de présentation est faite à période définie et un tutorat est organisé dans chaque service. Une professionnelle senior prend en charge le nouveau salarié pendant une période qui varie en fonction des services et de la difficulté des tâches. La durée d'intégration est fonction du poste. La procédure définissant les différentes modalités du dispositif d'intégration n'est pas formalisée.		
Suivi de ces dispositifs et réajustement, si nécessaire.	OUI			

Référence 8 : La maîtrise des processus de gestion des ressources humaines.				
Critère	8c : La formation continue contribue à l'actualisation et à l'amélioration des compétences des professionnels.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Plan de formation, s'appuyant sur quatre axes : orientations stratégiques de l'établissement, orientations des secteurs d'activité, besoins individuels, formations promotionnelles.	OUI		B	
Association des acteurs à l'élaboration du plan de formation.	OUI			
Mise en œuvre maîtrisée : recueil des besoins, critères de priorisation, politique de choix et d'achat de formations, etc.	OUI			
Évaluation des dispositifs pédagogiques et de l'impact en termes de compétence.	EN PARTIE	L'évaluation des dispositifs pédagogiques et des formations réalisées en interne ou en externe n'est pas exhaustive. L'évaluation de l'impact en termes de compétence n'est pas réalisée sur l'ensemble des formations.		

Référence 8 : La maîtrise des processus de gestion des ressources humaines.				
Critère	8d : L'évaluation des personnels est mise en œuvre.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des qualifications et des compétences requises pour l'exercice professionnel.	OUI		B	
Dispositif d'évaluation régulière des compétences professionnelles, y compris médicales, dans tous les secteurs.	OUI			
Connexion avec la notation dans le public ou politique promotionnelle et d'intéressement dans le privé.	EN PARTIE	L'entretien d'évaluation n'est pas relié à l'attribution d'une prime d'intéressement mais permet d'apprécier les besoins et les attentes des salariés en matière de formation continue. En cela, il participe à la politique promotionnelle de l'établissement. Cependant la procédure d'évaluation n'étant pas formalisée à ce jour, la diffusion de cette politique et l'information des intéressés sur cette connexion n'est pas développée.		

Référence 8 : La maîtrise des processus de gestion des ressources humaines.				
Critère	8e : La gestion administrative des personnels assure la qualité et la confidentialité des informations individuelles.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Disponibilité du dossier : procédures de constitution, mise à jour, accessibilité en temps réel, etc.	OUI		A	
Intégrité du dossier : procédures garantissant la fiabilité et l'exhaustivité, existence d'un système de contrôle, etc.	OUI			
Confidentialité du dossier : procédures d'habilitation, formation du personnel, etc.	OUI			
Sécurité du dossier : conditions de conservation et d'archivage, etc.	OUI			
Appropriation des règles par les professionnels en charge de la gestion du personnel.	OUI			

B FONCTIONS HÔTELIÈRES ET LOGISTIQUES

Référence 9 : L'organisation et la maîtrise de la qualité des fonctions hôtelières et logistiques.				
Critère	9a : Une organisation est en place pour assurer la qualité et l'hygiène en restauration.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Certification externe ou démarche qualité, en cuisine centrale ou chez le prestataire extérieur, sur l'ensemble du circuit allant de la réception des marchandises à la distribution des repas au patient : - démarche HACCP ; - procédures décrivant toutes les étapes de la distribution ; - respect des règles d'hygiène par les personnels chargés de la restauration (entretien des locaux, tenue vestimentaire, hygiène des mains, etc.) ; - réalisation d'audits internes.	EN PARTIE	La cuisine centrale est dotée de locaux inadaptés et peu compatibles avec les bonnes pratiques. Elle est située au rez-de-chaussée et les chambres froides sont aux sous-sols, reliées par des couloirs non spécifiques. La pièce de lavage de la vaisselle est un lieu de passage pour accéder aux locaux de préparation et de cuisson. Ces nombreux croisements sont imposés par l'architecture, qui ne permet pas une marche en avant. Néanmoins, l'hygiène générale ainsi que les règles de fonctionnement et de contrôle mises en place à chaque étape par le responsable de ce secteur attestent d'une démarche qualité maîtrisée.	B	
Appréciation positive des services vétérinaires ou prise en compte de leurs recommandations.	OUI			
Mesures prises pour les patients à risque (aplasie médullaire, biberonnerie, etc.).	OUI			
Interfaces organisées avec les secteurs d'activité utilisateurs permettant de répondre aux attentes des patients.	OUI			

Référence 9 : L'organisation et la maîtrise de la qualité des fonctions hôtelières et logistiques.				
Critère	9b : Une organisation est en place pour assurer la qualité et l'hygiène en blanchisserie et dans le circuit de traitement du linge.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Certification externe ou démarche d'assurance qualité (procédures, formation des professionnels, audits, démarche d'analyse des risques de contamination microbiologiques (RABC) que le traitement du linge soit effectué en interne ou externalisé) :	OUI		A	
- protocoles sur le tri du linge (circuit propre-sale, tenue du personnel, lavage des mains, etc.) ;				
- protocoles sur le circuit du linge (séparation propre-sale, ascenseur séparé, local spécial dans les secteurs d'activité, etc.) ;				
- contrôle du traitement du linge (production, lingerie) à périodicité définie, avec communication des résultats.				
Mesures prises pour les patients à risque.	OUI			
Interfaces organisées avec les secteurs d'activité utilisateurs.	OUI			

Référence 9 : L'organisation et la maîtrise de la qualité des fonctions hôtelières et logistiques.				
Critère	9c : La continuité des soins, la dignité, la confidentialité, l'hygiène et la sécurité sont assurées à l'occasion du transport du patient.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Organisation de la fonction transport (interne et externe).	OUI		B	
Dispositif de coordination de la fonction transport avec les secteurs d'activité.	OUI			
Respect des droits des patients (dignité, confidentialité des informations, etc.).	OUI			
Respect des règles d'hygiène et de sécurité.	EN PARTIE	Les brancards utilisés dans les services et les chambres pour le transport des patients sont désinfectés après chaque transport. Cependant, ces mêmes brancards pénètrent jusqu'en salle d'opération, le sas du bloc étant trop exiguë et encombré pour permettre le transfert des patients sur un autre chariot.		
Formation adaptée des professionnels dédiés au transport.	OUI			

Référence 9 : L'organisation et la maîtrise de la qualité des fonctions hôtelières et logistiques				
Critère	9d : Les approvisionnements des secteurs d'activité sont assurés.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Recueil des besoins selon un calendrier établi (prise en compte du développement de l'activité et des normes de sécurité).	OUI		B	
Association des personnels utilisateurs aux achats les concernant.	OUI			
Procédures d'approvisionnement à périodicité définie (commande, réception, relance et gestion des stocks).	OUI			
Procédure d'approvisionnement pour les cas d'urgence.	NON	Les approvisionnements en urgence pour tous les secteurs sont assurés et les différentes éventualités connues des personnels. Cependant, aucune procédure traitant de cette fonction n'est élaborée et formalisée.		

C ORGANISATION DE LA QUALITÉ ET DE LA GESTION DES RISQUES

Référence 10 : Le management de la qualité.				
Critère	10a : L'écoute des patients est organisée.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Organisation de l'écoute du patient (recueil et analyse des besoins et attentes, dispositif d'écoute spécifique, mise en œuvre de la CRU, etc.).	OUI		A	
Responsables identifiés et missions définies.	OUI			
Communication sur le dispositif mis en œuvre à destination des patients et des acteurs de l'établissement (informations sur le livret d'accueil, affiches, etc.).	OUI			
Réponses apportées aux attentes des patients.	OUI			

Référence 10 : Le management de la qualité.				
Critère	10b : Le programme d'amélioration continue de la qualité est formalisé, comporte des objectifs précis et inclut les résultats issus des différentes formes d'évaluation.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Programme d'amélioration continue de la qualité formalisé.	OUI		A	
Objectifs déterminés en cohérence avec la politique qualité et les résultats des évaluations internes et externes.	OUI			
Méthodes, actions, indicateurs et échéancier définis pour la mise en œuvre et le suivi du programme.	OUI			
Communication sur le programme et ses objectifs.	OUI			

Référence 10 : Le management de la qualité.				
Critère 10c : La formation des professionnels à la qualité est assurée.				
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Recueil des besoins en formation qualité (adéquation des axes de formation au programme qualité).	EN PARTIE	Le recueil des besoins en formation nécessaires au déploiement d'actions liées au programme qualité est réalisé. L'évaluation des besoins en matière de formation aux méthodes et outils n'est pas structurée.	B	
Plan de formation à la qualité (professionnels concernés, caractère obligatoire de la formation, fréquence, contenu des formations, etc.).	OUI			
Mise en œuvre des formations.	OUI			

Référence 10 : Le management de la qualité.				
Critère	10d : Le déploiement de la démarche et des actions qualité dans les secteurs d'activité est organisé.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Organisation pour le déploiement des démarches qualité dans les secteurs d'activité (plans d'actions par secteur, référents qualité, etc.).	EN PARTIE	Les démarches qualité institutionnelles sont mises en œuvre dans tous les services, les cadres étant chargés d'animer la démarche dans leur secteur. Les plans d'actions ne sont pas déclinés selon les problématiques spécifiques des services.	B	
Accompagnement méthodologique des acteurs des secteurs d'activité à la démarche qualité et aux outils qualité.	OUI			
Mise en œuvre de démarches qualité dans les différents secteurs.	OUI			
Participation des professionnels aux actions conduites.	OUI			

Référence 10 : Le management de la qualité.				
Critère	10e : La gestion documentaire est assurée.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Dispositif de gestion documentaire.	OUI		A	
Connaissance par les professionnels du dispositif.	OUI			
Accessibilité aux documents.	OUI			

Référence 11 : La gestion des risques.				
Critère	11a : L'établissement recense et utilise toutes les sources d'information dont il dispose concernant les risques.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Organisation du recensement des informations sur les risques.	OUI		A	
Responsabilités définies pour le recensement des informations.	OUI			
Veille réglementaire relative à la sécurité.	OUI			

Référence 11 : La gestion des risques.				
Critère	11b : La gestion des risques est organisée et coordonnée.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Structure de coordination des risques (COVIRIS, cellule de gestion des risques ou équivalent, etc.).	OUI		B	
Responsabilités définies sur les domaines de risques (référénts, vigilants, etc.).	OUI			
Démarche structurée d'identification et d'analyse des risques <i>a priori</i> (secteurs à risque, risques professionnels, etc.).	EN PARTIE	L'identification des risques <i>a priori</i> et des secteurs à risque est réalisée ainsi que leur hiérarchisation selon une cartographie validée en COVIRIS. L'analyse des risques devant conduire au choix d'événements sentinelles à suivre n'est pas encore réalisée.		
Démarche structurée d'identification, de signalement et d'analyse des incidents et accidents survenus.	OUI			
Définition d'un programme global de gestion des risques.	OUI			

Référence 11 : La gestion des risques.				
Critère	11c : Les résultats issus des analyses de risques permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Hiérarchisation des risques (outils, grille de criticité, etc.).	OUI		B	
Formalisation des conduites à tenir en cas d'incident ou accident.	OUI			
Mise en œuvre d'actions de réduction des risques.	EN PARTIE	Des actions de réduction des risques sont menées à ce jour essentiellement sur les risques professionnels. Le programme d'actions 2008 du COVIRIS créé en décembre 2007 prévoit de structurer un programme sur les risques liés aux soins à partir de l'analyse pluriprofessionnelle réalisée.		
Association des instances et professionnels à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme d'actions de réduction des risques.	OUI			

Référence 11 : La gestion des risques.				
Critère	11d : La gestion d'une éventuelle crise est organisée.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification d'une cellule de crise (responsables, rôles, etc.).	NON	En raison de sa petite taille et de la proximité des acteurs, l'établissement a jugé inutile d'identifier de manière formelle une cellule de crise. Une éventuelle crise étant gérée naturellement par la direction, la journée, et par le cadre d'astreinte, la nuit et les jours fériés.	B	
Définition des circuits d'alerte.	OUI			
Information des professionnels.	OUI			

Référence 11 : La gestion des risques.				
Critère	11e : L'organisation des plans d'urgence pour faire face aux risques exceptionnels est en place.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Plan blanc formalisé et actualisé.	OUI		B	
Plans spécifiques sur les risques exceptionnels pour lesquels l'établissement est concerné.	OUI			
Formation des professionnels.	OUI			
Exercices de simulation.	NON	L'établissement n'a pas procédé à des exercices de simulation se rapportant aux plans d'urgence.		
Modalités de communication interne et externe.	OUI			

Référence 12 : Le dispositif de veille sanitaire.				
Critère	12a : La traçabilité des produits de santé est assurée.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des produits de santé à tracer.	OUI		A	
Définition des responsabilités des différents professionnels.	OUI			
Information des professionnels.	OUI			
Mise en œuvre de la traçabilité.	OUI			

Référence 12 : Le dispositif de veille sanitaire.				
Critère	12b : Une organisation permettant de répondre à une alerte sanitaire concernant les produits de santé est en place.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Organisation pour répondre à une alerte sanitaire descendante (responsabilités définies, réception, transmission, décision, mise en œuvre).	OUI		A	
Organisation pour procéder à une alerte sanitaire ascendante (responsabilités définies, déclaration, analyse, information, etc.).	OUI			
Permanence du dispositif (24 heures/24).	OUI			
Connaissance par les professionnels de l'organisation mise en place.	OUI			

Référence 12 : Le dispositif de veille sanitaire.				
Critère	12c : La coordination des vigilances entre elles et avec le programme global de gestion des risques est assurée.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Coordination des vigilances assurée.	OUI		A	
Intégration des vigilances dans le programme global de gestion des risques.	OUI			
Partage de l'information et des méthodes.	OUI			

Référence 12 : Le dispositif de veille sanitaire.				
Critère	12d : Une coordination est assurée entre l'établissement et les structures régionales et nationales de vigilances.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Diffusion des informations provenant des structures nationales et régionales.	OUI		A	
Retour d'information aux structures régionales ou nationales.	OUI			
Participation des vigilants de l'établissement aux activités des structures régionales et nationales.	OUI			

D QUALITÉ ET SÉCURITÉ DE L'ENVIRONNEMENT

Référence 13 : Le programme de surveillance et de prévention du risque infectieux.				
Critère	13a : Les patients et les activités à risque infectieux sont identifiés et un programme de surveillance adapté est en place.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des patients et des activités à risque infectieux.	EN PARTIE	Les patients à risque infectieux connu sont signalés avant leur entrée ou durant leur séjour. Le risque de Creutzfeldt-Jakob n'est répertorié que dans 50 % des dossiers audités en février 2008.	B	
Définition d'un programme de surveillance avec une stratégie particulière dans les secteurs à haut risque (secteurs interventionnels, réanimation, néonatalogie, etc.)	OUI			
Mise en œuvre du programme.	OUI			
Suivi du programme.	OUI			

Référence 13 : Le programme de surveillance et de prévention du risque infectieux.				
Critère	13b : Des dispositions sont mises en œuvre pour assurer la prévention et la maîtrise du risque infectieux.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Protocoles et procédures de maîtrise du risque infectieux actualisés et validés par le CLIN.	OUI		A	
Diffusion des protocoles et procédures.	OUI			
Mise en œuvre des précautions standard d'hygiène.	OUI			
Mise en œuvre des précautions liées à des situations particulières.	OUI			
Formation régulière à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux de tous les professionnels (nouveaux arrivants, personnels temporaires et permanents.).	OUI			
Suivi de l'utilisation des protocoles et procédures.	OUI			
Association du CLIN et de l'EOH à tout projet pouvant avoir des conséquences en termes de risque infectieux.	OUI			

Référence 13 : Le programme de surveillance et de prévention du risque infectieux.				
Critère	13c : Le bon usage des antibiotiques, dont l'antibioprophylaxie, est organisé.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Définition et mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques de prescription des antibiotiques (réflexion collective au sein de l'établissement, COMEDIMS ou équivalent, etc.).	EN PARTIE	Le COMEDIMS existe et se réunit régulièrement. Cependant, la réflexion collective n'est pas développée, par manque d'assiduité de la plupart des membres notamment médicaux aux réunions, ce qui nuit au développement de la définition et de la mise en œuvre du bon usage des anti-infectieux.	C	Le développement des mesures correctives visant à une meilleure organisation entre professionnels du bloc opératoire est envisagé sur le nouveau site.
Définition et mise en œuvre des règles de bonnes pratiques d'antibioprophylaxie.	EN PARTIE	Les protocoles d'antibioprophylaxie sont actualisés régulièrement. La dernière mise à jour date de 2005. Une EPP a relevé des dysfonctionnements dans les bonnes pratiques relatives à l'administration des antibiotiques (temps entre première administration et geste chirurgical).		
Suivi de la consommation.	EN PARTIE	Le suivi de la consommation des antibiotiques est quantitatif global par secteur et se fait ponctuellement qualitativement, <i>a posteriori</i> , par des audits. Aucun antibiotique n'est en distribution nominative contrôlée.		
Surveillance de la résistance aux antibiotiques.	EN PARTIE	L'EOH tient un tableau de suivi des infections en lien avec le laboratoire. Le pharmacien et la COMEDIMS n'en sont pas informés directement.		
Information des professionnels.	EN PARTIE	Le CLIN assure l'information des professionnels lors des assemblées plénières et par la diffusion des comptes rendus. Les médecins non présents aux réunions du CLIN ont accès à ces informations en CME une fois par an lors du bilan annuel.		

Référence 13 : Le programme de surveillance et de prévention du risque infectieux.				
Critère	13d : Le signalement des infections nosocomiales est organisé et opérationnel.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Dispositif de signalement (responsable du signalement, processus défini, etc.).	EN PARTIE	Le dispositif de signalement est en place : l'IDE hygiéniste est responsable du signalement des infections nosocomiales. Les fiches ISO proposées par le CLIN sont renseignées de manière exhaustive en maternité ce qui permet un suivi précis des infections. En chirurgie, les fiches sont très partiellement renseignées ce qui ne permet pas de connaître la prévalence des infections nosocomiales. La sensibilisation des chirurgiens est en cours, notamment, la fiche ISO du CCLIN Sud-Est a été argumentée et validée en CME.	C	Le bureau du CLIN, qui se réunit mensuellement travaille en collaboration avec les différents cadres de l'établissement sur cette thématique depuis septembre 2007. La mise à jour des procédures de signalement vient d'être reprise par la Petite Sœur chargée de la fonction d'IDE hygiéniste depuis janvier 2008. L'application et le suivi de celles-ci sont inscrits au programme du CLIN 2008.
Formation et information de tous les professionnels et des instances par le CLIN et les responsables d'hygiène, sur les dispositions relatives au signalement des infections nosocomiales.	EN PARTIE	Les dispositions relatives au signalement des infections nosocomiales ont fait l'objet de formations et d'informations auprès des médecins et des professionnels par l'infirmière hygiéniste. Celle-ci en arrêt maladie depuis septembre 2007 a été remplacée en janvier par une Petite Sœur puéricultrice, formée en hygiène. L'interruption pendant quelques mois n'a pas permis de mener à bien une formalisation efficiente.		
Historique et analyse des signalements.	EN PARTIE	Il existe un historique des infections nosocomiales en maternité. En chirurgie, il n'y a pas d'historique et d'analyse des signalements en chirurgie.		

Référence 13 : Le programme de surveillance et de prévention du risque infectieux.				
Critère	13e : Un dispositif permettant l'alerte, l'identification et la gestion d'un phénomène épidémique est en place.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification préalable des événements anormaux pouvant entraîner une alerte.	OUI		A	
Définition d'un circuit d'alerte.	OUI			
Enquête en cas d'épidémie.	OUI			
Communication au personnel des mesures déterminées par le CLIN.	OUI			
Information des patients.	OUI			
Mesures de prévention et de gestion communes en cas d'épidémie.	OUI			

Référence 14 : La gestion des risques liés aux dispositifs médicaux.				
Critère	14a : Le prétraitement et la désinfection des dispositifs médicaux non autoclavables font l'objet de dispositions connues et appliquées par les professionnels concernés.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Protocoles de prétraitement et de désinfection des dispositifs médicaux, validés par le CLIN.	OUI		A	
Formation des professionnels concernés au prétraitement et à la désinfection des dispositifs médicaux.	OUI			
Traçabilité du prétraitement et de la désinfection des dispositifs médicaux.	OUI			

Référence 14 : La gestion des risques liés aux dispositifs médicaux.				
Critère	14b : Une organisation permettant d'assurer la qualité de la stérilisation est en place.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA (Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Certification externe ou démarche d'assurance qualité en stérilisation connue des professionnels. <ul style="list-style-type: none"> - mise en œuvre de protocoles et de procédures ; - formation régulière du personnel concerné. 	EN PARTIE	Les protocoles et procédures relatives à la maîtrise de la qualité sur les processus de stérilisation ont été mis en place et les contrôles réglementaires tant sur les <i>process</i> que sur l'environnement sont effectués. Les agents travaillant spécifiquement sur le secteur sont formés et leurs connaissances actualisées. Cependant, les auxiliaires de puéricultures interviennent le week-end aux étapes de décontamination, puis lavage des instruments. Certaines ont exprimé leur difficulté face à la fiche technique affichée sur le lave-instrument qui ne leur apparaît pas toujours suffisante en cas de dysfonctionnement du matériel. Leur information est réalisée par le pharmacien mais ne fait pas l'objet d'un programme précis, ni d'une mise en situation professionnelle.	C	Le déménagement de la stérilisation est prévu dans six mois sur le nouveau site. Sur celui-ci, les locaux dédiés à la stérilisation seront à distance des blocs : la stérilisation au rez-de-chaussée, reliée aux blocs chirurgical et obstétrical par 2 ascenseurs dédiés (1 pour les instruments sales et 1 pour le matériel propre). Les procédures d'accès seront revues, notamment le personnel de bloc n'aura pas accès aux ascenseurs. Le circuit sera fait par des ASD qui n'iront pas en salle de bloc.
Prise en compte des avis et recommandations des services d'inspection.	OUI			

Interfaces organisées avec les secteurs d'activité utilisateurs.	EN PARTIE	Les locaux actuels, contigus au bloc obstétrical et au bloc opératoire facilitent la liaison avec les secteurs d'activité utilisateurs. Cependant, les interfaces relatives à la réception des dispositifs médicaux souillés et notamment les règles d'accès à la salle de lavage ne sont pas définies, les personnels de bloc entrant avec leur tenue propre dans la salle de lavage.		
--	-----------	--	--	--

Référence 14 : La gestion des risques liés aux dispositifs médicaux.				
Critère	14c : La maintenance préventive et curative des dispositifs médicaux est assurée.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Politique générale de maintenance préventive et curative des dispositifs médicaux.	OUI		A	
Organisation définie et mise en œuvre.	OUI			
Procédures d'entretien, de remplacement et de réparation en urgence.	OUI			
Formation et information régulières du personnel utilisateur.	OUI			
Système de signalement des dysfonctionnements.	OUI			

Référence 15 : La gestion des risques liés à l'environnement.				
Critère	15a : L'hygiène des locaux est assurée.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des zones à risque.	OUI		A	
Nettoyage adapté des locaux (procédures, traçabilité, etc.).	OUI			
Formation du personnel d'entretien et de nettoyage.	OUI			
Contrôles périodiques organisés en concertation avec le CLIN et réajustements si nécessaire.	OUI			

Référence 15 : La gestion des risques liés à l'environnement.				
Critère	15b : La maintenance et le contrôle de la qualité de l'eau sont adaptés à ses différentes utilisations.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Protocoles et procédures de maintenance et de contrôle de la qualité de l'eau.	OUI		A	
Respect des normes de sécurité pour garantir la qualité de l'eau dans ses différentes utilisations.	OUI			
Contrôles périodiques adaptés aux différentes utilisations de l'eau, notamment dans les secteurs à risque.	OUI			
Recueil et analyse des dysfonctionnements.	OUI			
Actions d'amélioration.	OUI			

Référence 15 : La gestion des risques liés à l'environnement.				
Critère	15c : La maintenance et le contrôle de la qualité de l'air sont adaptés aux secteurs d'activité et aux pratiques réalisées.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Protocoles et procédures de maintenance et de contrôle de la qualité de l'air.	OUI		A	
Respect des normes de sécurité pour garantir la qualité de l'air dans ses différentes utilisations.	OUI			
Contrôles périodiques adaptés aux différentes utilisations de l'air, notamment dans les secteurs à risque.	OUI			
Recueil et analyse des dysfonctionnements.	OUI			
Actions d'amélioration.	OUI			

Référence 15 : La gestion des risques liés à l'environnement.				
Critère	15d : L'élimination des déchets, notamment d'activité de soins, est assurée.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Organisation de l'élimination des déchets (classification des déchets, protocoles de tri, collecte, transport, stockage, traitement, etc.).	OUI		A	
Formation et sensibilisation des professionnels.	OUI			
Mesures de protection du personnel (déclaration d'accident, matériel sécurisé, etc.).	OUI			
Recueil et analyse des dysfonctionnements.	OUI			
Actions d'amélioration.	OUI			

Référence 16 : La sécurité et la maintenance des infrastructures et des équipements.				
Critère	16a : La sécurité des bâtiments, des installations et des équipements fait l'objet d'un suivi.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des responsables.	OUI		A	
Programme de contrôle (contrôles internes et externes, à périodicité définie).	OUI			
Mise en œuvre et suivi des recommandations consécutives aux contrôles externes.	OUI			
Recueil et analyse des dysfonctionnements (panne d'un équipement, absence de fermeture du bâtiment, etc.).	OUI			
Actions d'amélioration.	OUI			

Référence 16 : La sécurité et la maintenance des infrastructures et des équipements.				
Critère	16b : La prévention du risque incendie est organisée et les professionnels bénéficient d'une formation programmée et régulièrement actualisée.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des responsables.	OUI		C	L'évaluation des actions de formation de lutte contre l'incendie n'ayant pas satisfait la direction, celle-ci a fait appel à un nouvel organisme de formation suite à la diffusion d'un cahier des charges. La première séance de formation avec le nouveau contenu et les nouvelles méthodes d'appropriation est programmée pour le 4 avril 2008. Cette formation est reconduite en juin 2008 et sera rendue à nouveau obligatoire pour tout le personnel à compter du déménagement sur le nouveau site en septembre 2008.
Programme de contrôle (contrôles internes et externes, à périodicité définie).	OUI			
Mise en œuvre et suivi des recommandations consécutives aux contrôles externes.	OUI			
Formations actualisées, à périodicité définie, de l'ensemble des personnels.	EN PARTIE	Des formations ont lieu tous les ans. Une partie du personnel a suivi ces formations. Cependant, un nombre relativement important de salariés n'est pas encore formé, principalement dans le personnel de nuit.		
Exercices réguliers de simulation.	NON	Le cahier des charges prévoyant des exercices de simulation n'a pas été respecté par le formateur au sens de la direction. En dehors des exercices de manipulation d'extincteurs, aucun exercice de simulation n'est réalisé.		
Appropriation par les personnels des protocoles d'alerte et d'intervention.	NON	Lors des rencontres avec les salariés des services, de jour et de nuit, les experts-visiteurs ont constaté que peu de professionnels connaissaient les protocoles d'alerte et d'intervention.		
Recueil et analyse des dysfonctionnements.	OUI			
Actions d'amélioration.	OUI			
Dispositions spécifiques vis-à-vis du risque incendie lié au tabagisme (affichage, livret d'accueil, rappel des règles en cas de non-respect, etc.) et aux autres causes d'incendie (produits inflammables, produits de laboratoire, risque électrique, etc.).	OUI			

Référence 16 : La sécurité et la maintenance des infrastructures et des équipements.				
Critère	16c : La maintenance préventive et curative est assurée.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Plan de maintenance préventive.	OUI		B	
Coordination de la maintenance curative.	OUI			
Organisation des interventions en urgence (délai d'intervention, identification des équipes d'intervention, numéros d'appel, etc.).	EN PARTIE	Les interventions en urgence sont organisées en interne ou avec des contrats auprès de sociétés externes. Les équipes sont identifiées, une liste des numéros d'appel est diffusée. L'évaluation des délais d'intervention n'est pas encore réalisée.		
Appropriation par les personnels des protocoles d'alerte et d'intervention.	OUI			
Traçabilité des interventions.	OUI			

Référence 17 : La sécurité des biens et des personnes.				
Critère	17a : La conservation des biens est organisée.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des situations mettant en jeu la sécurité des biens.	OUI		A	
Mise en œuvre 24 heures/24 de dispositions appropriées (coffres, vestiaires, surveillance, gardiennage, vidéosurveillance, etc.).	OUI			
Diffusion des consignes de sécurité aux patients, aux visiteurs et aux professionnels.	OUI			
Connaissance par les professionnels des protocoles d'alerte.	OUI			
Recueil et analyse des événements indésirables et gestion des plaintes.	OUI			
Actions d'amélioration.	OUI			

Référence 17 : La sécurité des biens et des personnes.				
Critère	17b : Des mesures préventives pour assurer la sécurité des personnes sont mises en œuvre.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des situations mettant en jeu la sécurité des personnes.	OUI		A	
Mise en œuvre de dispositions appropriées (sensibilisation des professionnels, vidéosurveillance, agents de sécurité, sécurité de nuit, alarme, dispositif pour travailleurs isolés, etc.).	OUI			
Diffusion des consignes de sécurité aux patients, aux visiteurs et aux professionnels.	OUI			
Connaissance par les professionnels des protocoles d'alerte.	OUI			
Recueil et analyse des événements indésirables et gestion des plaintes.	OUI			
Actions d'amélioration.	OUI			

E SYSTÈME D'INFORMATION

Référence 18 : Le système d'information.				
Critère	18a : Le système d'information est organisé pour faciliter la prise en charge des patients.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des besoins des secteurs d'activité en termes de SI.	EN PARTIE	Le système d'information informatisé est déployé dans les secteurs administratifs, la pharmacie et le bloc opératoire. L'identification des besoins est en cours par le biais d'un audit débuté en novembre 2007.	B	
Mise à disposition des professionnels, des bases de connaissances utiles à la réalisation des différentes activités.	OUI			
Communication des données nécessaires à la prise en charge des patients et à sa coordination, en temps utile et de façon adaptée aux besoins.	EN PARTIE	Le dossier du patient a été réajusté et des fiches de liaison spécifiques ont été développées pour faciliter la coordination des informations relatives au patient. Des outils de communications type téléphone, fax, messagerie sont disponibles. Un logiciel permet d'optimiser la gestion administrative des patients.		
Accompagnement et formation des professionnels concernés pour traiter et utiliser les données.	OUI			

Référence 18 : Le système d'information.				
Critère	18b : Une identification fiable et unique du patient est assurée.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Politique d'identification du patient.	EN PARTIE	La politique globale d'identification du patient n'est pas formalisée. Des procédures connues et mises à jour existent : charte graphique pour l'enregistrement aux admissions ; sensibilisations récurrentes des personnels à la vérification de l'identité dans les services.	B	
Organisation permettant la diffusion et la mise en œuvre de procédures de contrôle de l'identification du patient.	OUI			
Information et/ou formation des professionnels.	OUI			

Référence 18 : Le système d'information.				
Critère	18c : La sécurité du système d'information est assurée.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Politique de sécurité pour assurer l'intégrité, la disponibilité, la confidentialité des données et la traçabilité des accès au SI.	OUI		A	
Contrôle qualité des données (notamment information médicale issue du PMSI).	OUI			
Sécurité technique de l'environnement assurée.	OUI			
Information des professionnels sur les contraintes liées à l'utilisation des ressources informatiques.	OUI			
Mise en œuvre des démarches et formalités prévues par la législation Informatique et libertés.	OUI			

Actions remarquées par les experts-visiteurs concernant le chapitre II		
Intitulé de l'action	Objectif	Résultat
/	/	/

CHAPITRE III – PRISE EN CHARGE DU PATIENT

A DROITS DU PATIENT

Référence 19 : L'information du patient.					
Critère	19a : Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur ses conditions de séjour.				
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Information claire et compréhensible sur les conditions de séjour du patient à l'accueil administratif et dans les services.	OUI		A	
	Adaptation des informations aux capacités et facultés de compréhension du patient (handicap, langue, âge, niveau d'alphabétisation, etc.).	OUI			
	Actions d'évaluation et mesures d'impact sur la compréhension du patient.	OUI			

Référence 19 : L'information du patient.					
Critère		19b : Le patient reçoit une information coordonnée par les professionnels sur ses soins et son état de santé tout au long de sa prise en charge.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Organisation de la délivrance des informations (réflexion des professionnels, identification des responsables, professionnels référents, coordination des professionnels, traçabilité dans le dossier, etc.).	EN PARTIE	Les modalités de délivrance des informations sont organisées et coordonnées par les cadres de santé. La traçabilité des informations médicales données au patient sur son état de santé n'est pas généralisée.	B	
	Organisation pour informer les patients sur les soins et leur état de santé (quand ?, comment ?) et faciliter leurs demandes sur ces sujets (possibilité de rendez-vous, accès au dossier du patient, groupes d'information sur certaines pathologies, etc.).	OUI			
	Formation des professionnels.	OUI			
	Évaluation de l'organisation mise en œuvre.	OUI			

Référence 19 : L'information du patient.					
Critère		19c : Le patient désigne les personnes qu'il souhaite voir informer.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Information du patient sur la possibilité de désigner une personne à prévenir.	OUI		A	
	Information du patient sur la possibilité de désigner une personne de confiance.	OUI			
	Organisation et supports d'information (livret d'accueil, possibilité de révocation, etc.).	OUI			
	Traçabilité dans le dossier des coordonnées des personnes désignées par le patient.	OUI			

Référence 19 : L'information du patient.					
Critère	19d : Le patient est informé de la survenue d'un événement indésirable grave lors de sa prise en charge.				
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Dispositif d'information du patient lors de la survenue d'un événement indésirable grave durant son séjour (identification de la personne chargée de l'information du patient, etc.).	EN PARTIE	Le patient est informé en priorité par un médecin. L'organisation du dispositif d'information n'a pas fait l'objet d'une réflexion partagée entre professionnels et les problèmes sont réglés au cas par cas.	B	
	Dispositif d'information du patient après sa sortie en cas de survenue d'un événement indésirable grave lié aux soins délivrés pendant le séjour.	EN PARTIE	Il n'existe pas de procédure formalisée d'information du patient après sa sortie. En pratique, les patients et ou les médecins traitants sont contactés, le cas échéant et par le chirurgien ou l'obstétricien.		
	Traçabilité de l'information dans le dossier du patient.	OUI			

Référence 20 : La recherche du consentement et des volontés du patient.					
Critère	20a : La volonté du patient est respectée et son consentement éclairé est requis pour toute pratique le concernant.				
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Information préalable à la demande de consentement (bénéfice-risque, degré d'urgence, alternatives et conséquences prévisibles en cas de refus, etc.).	EN PARTIE	L'information préalable à la demande de consentement est réalisée lors des colloques singuliers entre patients et praticiens. La traçabilité de cette information, réalisée le plus souvent en amont de l'hospitalisation, n'est pas systématiquement retrouvée dans le « prière de recevoir » ou dans la fiche de synthèse médicale transmise à la clinique et intégrée au dossier du patient.	B	
	Procédure formalisée de recueil du consentement pour un dépistage VIH ou de consultation du registre des refus pour un prélèvement d'organe ou de tissus.	OUI			
	Recueil systématique et traçabilité, par les professionnels, du consentement éclairé.	EN PARTIE	La traçabilité du consentement éclairé est retrouvée de manière systématique pour la transfusion et l'anesthésie. Pour les actes de chirurgie, des fiches de consentement émanant des sociétés savantes sont utilisées. Le dernier audit de dossier sur la traçabilité du consentement en chirurgie a montré 57 % de conformité sur cet item.		
	Connaissance par les professionnels des situations particulières nécessitant un consentement éclairé formalisé (rédigé, daté et signé par le patient).	OUI			
	Recueil systématique du consentement éclairé formalisé dans les situations particulières.	OUI			
	Organisation permettant le respect des croyances et convictions religieuses dans les limites du possible et de la déontologie médicale (régime	OUI			

	alimentaire, recours possible au ministre du culte de son choix, transfusions, etc.).				
--	---	--	--	--	--

Référence 21 : La dignité du patient et la confidentialité.					
Critère		21a : La confidentialité des informations relatives au patient est garantie.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Organisation permettant le respect de la confidentialité des données à caractère médical ou social (conditions d'entretien et d'examen, etc.).	EN PARTIE	Les organisations mises en place ont intégré le respect de la confidentialité due au patient sur le circuit de sa prise en charge. Cependant l'exiguïté du service de chirurgie ambulatoire et notamment la chambre séparée en boxes ne permet pas de garantir la confidentialité lors des entretiens durant son temps d'hospitalisation.	B	
	Pratiques des professionnels respectant le secret professionnel.	OUI			
	Dispositions prévues pour assurer la non-divulgateion de la présence.	OUI			
	Sensibilisation des professionnels sur le thème de la confidentialité (contrats de travail, formation, groupes thématiques, rappel des bonnes pratiques, etc.).	OUI			

Référence 21 : La dignité du patient et la confidentialité.					
Critère		21b : Le respect de la dignité et de l'intimité du patient est préservé tout au long de sa prise en charge.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Organisation permettant le respect de la dignité et de l'intimité du patient (conditions d'entretien et d'examen, etc.).	OUI		B	
	Pratiques professionnelles respectant la dignité et l'intimité des patients.	EN PARTIE	Les professionnels sont sensibilisés au respect de la dignité et de l'intimité du patient. Le contrat des professionnels à l'embauche inclut le respect des différentes chartes relatives aux droits des patients. Au bloc opératoire, il a été constaté des portes ouvertes lors des transferts de patients sur la table d'opération.		
	Sensibilisation des professionnels au respect de la dignité et de l'intimité du patient (formation, groupes thématiques, rappel des bonnes pratiques, etc.).	OUI			

Référence 21 : La dignité du patient et la confidentialité.				
Critère	21c : La prévention de la maltraitance du patient au sein de l'établissement est organisée.			
Éléments d'appréciation	O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance (groupes thématiques, formations, etc.).	OUI		B
	Identification des personnes et des situations à risque de maltraitance.	EN PARTIE	L'identification des situations à risque de maltraitance est réalisée en maternité en collaboration avec les services de Protection maternelle et Infantile. En chirurgie, l'identification des personnes et des situations n'est pas encore réalisée, la sensibilisation à la prévention étant récente.	
	Mise en place d'un dispositif de signalement interne et externe.	EN PARTIE	Le signalement interne et externe est réalisé le cas échéant par le cadre du service en lien avec l'assistante sociale. La procédure concernant le signalement externe en cas de maltraitance suspectée n'est pas élaborée. Le signalement interne ne fait pas l'objet d'un dispositif spécifique, la fiche d'événement indésirable est le support de recueil le cas échéant.	
	Respect des bonnes pratiques en matière de contention (et d'isolement thérapeutique en psychiatrie).	OUI		

B PARCOURS DU PATIENT

Référence 22 : L'accueil du patient et de son entourage.					
Critère		22a : L'accueil et les locaux sont adaptés aux handicaps du patient et/ou de son entourage.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Adaptation des locaux aux différents types de handicaps (architecture, signalisation, système antifugue, etc.).	EN PARTIE	Des adaptations des locaux et des équipements ont été réalisées pour favoriser l'accès des personnes à mobilité réduite. Cependant, l'architecture du bâtiment ne permet pas l'accueil de fauteuils roulants dans toutes les chambres et cabinets de toilette.	B	
	Organisation adaptée au repérage et à la prise en compte des handicaps (sensoriels, moteurs et psychiques, etc.).	OUI			
	Recherche de tout type de situations devenues handicapantes pour le patient (prise médicamenteuse, risque de chute lié à la prise en charge ou l'alitement prolongé, etc.).	EN PARTIE	Les situations devenues handicapantes pour le patient sont recherchées lors de l'entretien d'accueil infirmier et tout au long de la prise en charge. Les conséquences relatives aux prises médicamenteuses ne font pas toujours l'objet d'une attention particulière.		

Référence 22 : L'accueil du patient et de son entourage.					
Critère	22b : La permanence de l'accueil est organisée.				
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Organisation de l'accueil des patients et de l'entourage (permanence, accès téléphonique, responsabilités, etc.).	OUI		A	
	Réponse adaptée aux différentes situations (transfert vers une autre structure, appel de spécialistes, information de l'entourage, etc.).	OUI			
	Dispositions prises pour informer sur les délais d'attente et pour les réduire.	OUI			

Référence 22 : L'accueil du patient et de son entourage.					
Critère		22c : Une procédure spécifique d'accueil des détenus est organisée dans les établissements concernés.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Procédures spécifiques d'accueil et de prise en charge des détenus.	NA	L'établissement n'est pas concerné par l'accueil de détenus.	NA	
	Mesures prises pour garantir aux détenus la sécurité, la dignité et la confidentialité.	NA			
	Mesures prises pour garantir la sécurité des personnels.	NA			
	Interfaces organisées entre le milieu carcéral et l'établissement.	NA			

Référence 22 : L'accueil du patient et de son entourage.					
Critère		22d : Des solutions d'hébergement et de restauration sont proposées aux accompagnants.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Organisation de services d'hébergement et de restauration pour les accompagnants.	OUI		A	
	Connaissance de ces services par les professionnels.	OUI			
	Information des patients et de leur entourage sur les possibilités de restauration et d'hébergement.	OUI			

Référence 23 : La prise en charge du patient se présentant pour une urgence.					
Critère		23a : L'accueil de toute personne se présentant pour une urgence est organisé par des professionnels formés à cet effet.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Organisation de l'accueil au service des urgences.	OUI		A	
	Définition des circuits (soins immédiats, soins rapides non immédiats, patients debout, patients couchés, traumatologie, etc.).	OUI			
	Enregistrement et analyse des passages.	OUI			
	Formation spécifique du personnel d'accueil (réactivité aux situations d'urgence, manutention des patients, gestion de la violence et du stress, etc.).	OUI			

Référence 23 : La prise en charge du patient se présentant pour une urgence.					
Critère		23b : Selon le degré d'urgence, une prise en charge, une réorientation ou un transfert sont organisés dans un délai compatible avec les impératifs de sécurité.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Organisation de la prise en charge en fonction du degré d'urgence (triage, conventions de partenariat externes, procédures internes de prise en charge, contrats-relais, etc.).	OUI		A	
	Organisation du transport.	OUI			
	Organisation de la prise en charge sociale.	OUI			
	Recueil, analyse et exploitation des événements indésirables et des délais d'attente en fonction du degré d'urgence.	OUI			

Référence 23 : La prise en charge du patient se présentant pour une urgence.					
Critère		23c : Le recours à un avis spécialisé est organisé selon les besoins.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Organisation du recours aux spécialistes (implication de la CACNP ou équivalent, tableaux de permanence des soins des spécialistes et équipes mobiles, télésanté, etc.).	OUI		A	
	Connaissance par les personnels de l'organisation mise en place.	OUI			
	Évaluation de la disponibilité du spécialiste dans des délais adaptés.	OUI			

Référence 23 : La prise en charge du patient se présentant pour une urgence.					
Critère		23d : La disponibilité des lits d'hospitalisation est régulièrement évaluée et analysée au sein de l'établissement.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Organisation permettant la connaissance des lits disponibles.	OUI		A	
	Recueil, analyse et exploitation d'indicateurs et des événements indésirables.	OUI			
	Actions visant à augmenter la disponibilité des lits.	OUI			

Référence 24 : L'évaluation initiale de l'état de santé du patient et le projet thérapeutique personnalisé.					
Critère		24a : Le patient et, s'il y a lieu, son entourage, sont partie prenante dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Sensibilisation des professionnels à la nécessité d'impliquer le patient et son entourage dans l'élaboration et le suivi de son projet thérapeutique.	OUI		C	L'écoute et la disponibilité de tous les professionnels adhérant à la charte éthique de l'Alliance permettent une implication du patient dans ses soins. La fiche d'observations médicales mise en place depuis peu a pour but de sensibiliser les différents professionnels à la traçabilité du projet thérapeutique.
	Organisation permettant l'implication concrète du patient (contrats de soins, protocoles, etc.).	EN PARTIE	L'organisation, impliquant le patient, n'est pas structurée. Les informations concernant les modalités de soins sont exposées le plus souvent oralement aux patients en consultation préalable à l'admission par les médecins et les chirurgiens et reprises par les IDE ou les sages-femmes lors de l'hospitalisation.		
	Ajustement du projet thérapeutique en fonction d'évaluations régulières de l'état de santé du patient.	EN PARTIE	Le projet thérapeutique n'existe pas tel que défini par les recommandations existantes. Les praticiens assurent une visite quotidienne auprès des patients et ajustent les thérapeutiques à l'état de santé du patient.		
	Traçabilité dans le dossier du patient du projet thérapeutique et de ses ajustements en précisant le point de vue du patient et, s'il y a lieu, de son entourage.	EN PARTIE	Une fiche d'observations médicales a été intégrée au dossier du patient et permet la traçabilité de l'évaluation de l'état de santé réalisée lors des visites médicales quotidiennes. Le point de vue du patient n'est pas retrouvé dans les dossiers hormis pour les refus de soins.		

Référence 24 : L'évaluation initiale de l'état de santé du patient et le projet thérapeutique personnalisé.					
Critère		24b : Le projet thérapeutique prend en compte l'ensemble des besoins du patient et organise la coordination entre les professionnels des différents secteurs d'activité.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Recueil des données médicales du patient (traitements, autonomie, allergies, régime alimentaire, etc.).	OUI		B	
	Recueil des données personnelles du patient (conditions sociales et familiales, convictions, etc.).	OUI			
	Coordination des professionnels y compris en amont de l'établissement (communication des informations, répartition des tâches, etc.).	EN PARTIE	La coordination des professionnels soignants entre eux et la coordination médicosoignante sont opérationnelles. La répartition des tâches relatives au suivi médical péri opératoire des patients et aux prescriptions en chirurgie est en cours de réajustement. La répartition des tâches intermédicale n'est pas clarifiée et non formalisée à ce jour.		

Référence 24 : L'évaluation initiale de l'état de santé du patient et le projet thérapeutique personnalisé.					
Critère		24c : La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Intégration de la réflexion bénéfice-risque dans l'élaboration du projet thérapeutique.	EN PARTIE	La réflexion bénéfice-risque est systématique selon les praticiens rencontrés. Elle se fait en amont de l'hospitalisation au cabinet du médecin, pour toute intervention ou tout accouchement. L'explicitation au patient de la réflexion ou l'argumentation amenant le diagnostic, la conduite à tenir, la thérapeutique (prescriptions, examens complémentaires...) au cours du séjour est mise en œuvre essentiellement sous l'aspect explications sur les actes ou examens à réaliser.	C	
	Traçabilité de la réflexion bénéfice-risque dans le dossier du patient.	EN PARTIE	Le coordinateur qualité a régulièrement, en CME, informé les médecins de l'obligation de tracer la réflexion bénéfice-risque. Avec cette sensibilisation institutionnelle la traçabilité, dans le dossier du patient hospitalisé de la réflexion bénéfice-risque s'améliore depuis 2005. L'augmentation de la traçabilité dans le dossier du patient a été mise en œuvre essentiellement sous l'aspect signature par le patient des informations reçues sur les actes à risque. La trace de l'explicitation de la réflexion ou l'argumentation amenant le diagnostic, la conduite à tenir, la thérapeutique n'est pas retrouvée hormis pour les dossiers présentés en RCP en cancérologie.		

Référence 24 : L'évaluation initiale de l'état de santé du patient et le projet thérapeutique personnalisé.					
Critère		24d : La restriction de liberté de circulation du patient fait l'objet d'une information au patient et à son entourage, d'une prescription médicale écrite et d'une réévaluation périodique.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Identification de toutes les situations rendant nécessaire une restriction de liberté de circulation.	OUI		B	
	Actions de sensibilisation ou de formation des professionnels.	OUI			
	Organisation de l'information au patient et à son entourage.	OUI			
	Prescription médicale écrite, datée et signée issue d'une réflexion d'équipe avec réévaluation à périodicité définie.	EN PARTIE	La plupart des contentions sont prescrites et réévaluées. Une procédure de prescription et de pose de contention est en cours de rédaction par l'équipe soignante.		
	Traçabilité de la réflexion et de l'information donnée au patient et à son entourage dans le dossier.	EN PARTIE	La sensibilisation des équipes médicosoignantes à tracer les informations données est récente. La traçabilité n'est pas évaluée.		

Référence 25 : Les situations nécessitant une prise en charge adaptée.					
Critère	25a : L'état nutritionnel du patient est évalué et ses besoins spécifiques sont pris en compte.				
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Information/formation des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des patients à risque.	EN PARTIE	Il n'y a pas eu de sensibilisation des professionnels à la problématique des troubles de la nutrition. Les formations réalisées ont ciblé les régimes propres à certaines pathologies rencontrées dans les services et ont concerné les aides soignantes et les auxiliaires de puériculture chargées de la distribution des repas pour développer leur vigilance.	C	La clinique a participé au projet IPAQH. À la suite de la restitution de l'audit, il a été décidé de mettre en place un protocole d'évaluation systématique de l'état nutritionnel des patients avec notamment le calcul systématique de l'indice de masse corporelle à l'entrée. Cet engagement a été relayé dans le CPOM.
	Identification des patients ayant besoin d'une prise en charge particulière.	EN PARTIE	Les critères d'identification des patients ayant des troubles de la nutrition ou des troubles du comportement alimentaire ne sont pas formalisés. L'identification n'est pas structurée par un bilan nutritionnel à l'entrée.		
	Organisation d'une prise en charge adaptée aux patients à risque.	EN PARTIE	La prise en charge des patients identifiés dénutris est organisée au cas par cas. Le CLAN structuré sur l'établissement n'a pas intégré de médecin et relève plus dans ses missions d'une commission restauration. Il n'y a pas d'organisation spécifique relative aux différents types de patients à risque (dénutrition, anorexie, obésité) dans l'établissement.		
	Traçabilité dans le dossier des actions de prise en charge.	OUI			

Référence 25 : Les situations nécessitant une prise en charge adaptée.					
Critère		25b : Les conduites addictives sont identifiées et font l'objet d'une prise en charge adaptée.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Information/formation des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des patients à risque.	OUI		B	
	Identification des patients ayant besoin d'une prise en charge particulière.	EN PARTIE	En maternité, les patientes concernées sont identifiées lors des différents entretiens réalisés en cours de grossesse. En chirurgie, compte tenu de la DMS courte, les médecins n'ont pas identifié leur rôle dans l'identification, la prévention ou la prise en charge de cette problématique de santé publique.		
	Organisation d'une prise en charge adaptée aux patients à risque.	EN PARTIE	Il n'existe pas de procédures de prise en charge ou de prévention des différentes addictions. Une orientation vers une structure spécialisée est possible à la sortie. Au cas par cas, le médecin et les soignants se chargent de renseigner et de conseiller les patients.		
	Traçabilité dans le dossier des actions de prise en charge.	OUI			

Référence 25 : Les situations nécessitant une prise en charge adaptée.					
Critère	25c : La maladie thromboembolique fait l'objet d'une prévention dans les situations à risque.				
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Information/formation des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des patients à risque.	EN PARTIE	L'identification et la prise en charge des patients à risque n'ont pas donné lieu à information ou formation des différents professionnels concernés hormis en maternité où les professionnels, suite à l'EPP sur la prise en charge des menaces d'accouchement prématurés ont été sensibilisés au respect des protocoles du réseau périnatal.	C	
	Identification des patients ayant besoin d'une prise en charge particulière.	EN PARTIE	Il n'existe pas de critères d'identification formalisés de patients ayant besoin d'une prise en charge particulière. En préopératoire, les modalités d'arrêts ou de maintien de certains traitements ayant un impact sur la coagulation ne font pas l'objet d'un consensus entre anesthésistes et chirurgiens. La gestion des traitements personnels des patients, notamment des interférences possibles en période péri opératoire est faite au cas par cas.		
	Organisation d'une prise en charge adaptée aux patients à risque.	EN PARTIE	En postopératoire, les modalités de prescriptions, de suivi et de surveillance des patients à risque ne sont pas harmonisées. Il n'y a pas d'évaluation du respect des bonnes pratiques en la matière. Les anticoagulants sont prescrits à la sortie. Il n'y a pas de programme d'éducation du patient pendant le séjour.		

	Traçabilité dans le dossier des actions de prise en charge.	EN PARTIE	Les traitements anticoagulants sont prescrits et leur administration tracée. La traçabilité des éléments cliniques de surveillance n'est pas exhaustive.		
--	---	--------------	--	--	--

Référence 25 : Les situations nécessitant une prise en charge adaptée.					
Critère		25d : Les chutes des patients font l'objet d'une prévention.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Information/formation des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des patients à risque.	OUI		B	
	Identification des patients ayant besoin d'une prise en charge particulière.	EN PARTIE	Les critères d'identification de patients ayant besoin d'une prise en charge particulière sont en cours de définition dans le cadre de l'EPP réalisée sur les chutes. La diffusion de l'EPP n'a pas été réalisée et l'identification systématique à l'entrée n'est pas encore mise en place.		
	Organisation d'une prise en charge adaptée aux patients à risque.	OUI			
	Traçabilité dans le dossier des actions de prise en charge.	OUI			

Référence 25 : Les situations nécessitant une prise en charge adaptée.					
Critère	25e : Le risque suicidaire est pris en compte.				
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Information/formation des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des patients à risque.	OUI		A	
	Identification des patients ayant besoin d'une prise en charge particulière.	OUI			
	Organisation d'une prise en charge adaptée aux patients à risque.	OUI			
	Traçabilité dans le dossier des actions de prise en charge.	OUI			

Référence 25 : Les situations nécessitant une prise en charge adaptée.					
Critère		25f : Les escarres font l'objet d'une prévention.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Information/formation des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des patients à risque.	OUI		A	
	Identification des patients ayant besoin d'une prise en charge particulière.	OUI			
	Organisation d'une prise en charge adaptée aux patients à risque.	OUI			
	Traçabilité dans le dossier des actions de prise en charge.	OUI			

Référence 26 : La prise en charge de la douleur.					
Critère		26a : La prise en charge de la douleur est assurée.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Organisation permettant la prévention, l'évaluation et la prise en charge systématiques de la douleur (CLUD ou structure équivalente, consultations spécialisées, référents, outils et méthodes, etc.).	OUI		C	Des modifications structurelles ont été apportées au CLUD récemment ce qui a permis de relancer la dynamique de travail. Dans son plan d'actions 2008, le CLUD a inscrit l'actualisation des protocoles d'analgésie et la formation des IDE et des sages-femmes à l'utilisation des PCA.
	Élaboration de protocoles et procédures sur la base des recommandations de bonnes pratiques.	EN PARTIE	Le protocole d'utilisation des PCA vient d'être élaboré. Les protocoles d'analgésie postopératoires existants n'ont pas été réajustés depuis 2004 et ne sont plus utilisés. Les prescriptions actuelles ne sont pas harmonisées.		
	Évaluation du respect de la mise en œuvre des protocoles et procédures.	EN PARTIE	Il n'existe pas d'évaluation du respect des procédures. L'audit réalisé lors de la journée annuelle de prévalence permet une évaluation indirecte à partir des niveaux des médicaments prescrits.		

Référence 26 : La prise en charge de la douleur.					
Critère		26b : Le patient est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Information du patient sur la prise en charge de sa douleur.	OUI		A	
	Mise à disposition d'outils de mesure de la douleur adaptés aux patients (enfants, personnes non communicantes, etc.).	OUI			
	Traçabilité dans le dossier du patient de la mesure et du suivi de l'intensité de la douleur.	OUI			
	Mesure et analyse de la satisfaction du patient.	OUI			
	Actions d'amélioration.	OUI			

Référence 26 : La prise en charge de la douleur.					
Critère		26c : Les professionnels sont formés à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Identification des besoins en formation.	OUI		A	
	Organisation d'actions de formation.	OUI			
	Mesure de l'efficacité du programme de formation et réajustements.	OUI			

Référence 27 : La continuité des soins.					
Critère		27a : Des règles de responsabilité, de présence, de concertation et de coordination sont mises en œuvre pour assurer la continuité des soins.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Planning de présence, gardes et astreintes, prévision et organisation des remplacements.	OUI		B	
	Définition de moyens de coordination (supports, temps de réunion, temps de transmission, etc.).	OUI			
	Mise en œuvre de règles de coordination entre tous les intervenants de la prise en charge.	EN PARTIE	La coordination médico-soignante est opérationnelle en maternité. En chirurgie, la continuité des soins est assurée. Cependant, les règles de responsabilité et de coordination entre chirurgiens et anesthésistes ne sont pas claires ce qui ne favorise pas la coordination autour du patient.		
	Recueil des dysfonctionnements.	OUI			

Référence 27 : La continuité des soins.					
Critère	27b : La prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement est assurée.				
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Formation des personnels à la conduite à tenir en cas d'urgence vitale (connaissance de la procédure d'appel des personnes-ressources et des premiers gestes de secours, etc.).	EN PARTIE	La formation des personnels soignants aux urgences vitales est commencée depuis janvier 2008. Le taux de personnel formé est un indicateur suivi. Les brancardiers ont bénéficié d'une formation aux premiers secours. La formation continue des sages femmes à la réanimation néonatale est prévue au plan de formation 2008.	B	
	Maintenance à périodicité définie du matériel d'urgence dans les services et sécurisation d'accès au chariot d'urgence.	OUI			
	Analyse des dysfonctionnements et mesures correctives éventuelles.	NON	Les modalités de signalement et d'analyse des dysfonctionnements sur cette prise en charge n'ont pas été définies.		

Référence 28 : Le dossier du patient.					
Critère		28a : Les règles de tenue du dossier sont connues et appliquées par les différents intervenants.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Protocole de tenue du dossier (contenu du dossier et pièces définies par la réglementation, responsabilités de chaque acteur, etc.).	OUI		A	
	Information des professionnels sur les règles de tenue du dossier.	OUI			
	Évaluation de l'application de ces règles par les différents intervenants.	OUI			

Référence 28 : Le dossier du patient.					
Critère	28b : L'information contenue dans le dossier du patient est actualisée tout au long de sa prise en charge et également après sa sortie.				
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Traçabilité des actes thérapeutiques et diagnostiques réalisés par les professionnels.	OUI		B	
	Traçabilité des informations actualisées sur l'évolution de l'état de santé du patient.	EN PARTIE	La traçabilité des informations actualisées sur l'évolution de l'état de santé du patient est effective dans 100 % des dossiers en obstétrique et dans 36 % des dossiers en chirurgie comme en témoigne le dernier audit réalisé en février 2008. La comparaison avec les audits antérieurs montre une amélioration. Celle-ci est à mettre en parallèle avec les nombreuses explications données en CME et les rappels réguliers des règles en la matière lors du passage des chirurgiens dans les secteurs.		
	Organisation pour intégrer dans le dossier du patient les informations fournies après sa sortie par les professionnels concernés (médecins, secrétariats, personnel des archives, etc.), y compris par les correspondants externes à l'établissement.	OUI			

Référence 28 : Le dossier du patient.					
Critère	28c : L'information contenue dans le dossier du patient est accessible, en temps utile, aux professionnels en charge du patient.				
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Organisation permettant la localisation du dossier en temps réel.	OUI		B	
	Organisation de l'archivage permettant la permanence d'accès aux informations (accessibilité des données issues de consultations ou hospitalisations antérieures 24 heures/24, etc.).	EN PARTIE	L'organisation de l'archivage est effective 24 heures sur 24, tout au long de l'année pour les dossiers conservés sur site. Cependant, pour les dossiers plus anciens (avant 2003) l'établissement a passé convention avec une entreprise extérieure. Les dossiers sont alors accessibles dans les 24 heures les jours ouvrables.		
	Organisation de la communication du dossier entre les professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes (règles, catégories professionnelles habilitées à accéder au dossier, etc.).	OUI			
	Information des professionnels sur ces modalités.	OUI			
	Évaluation de l'organisation mise en place.	OUI			

Référence 28 : Le dossier du patient.					
Critère		28d : L'accès au dossier du patient est organisé pour le patient et/ou les personnes habilitées.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Organisation de l'accès du patient et des personnes habilitées au dossier (identification des personnes habilitées, formation des personnels, procédure, etc.).	OUI		A	
	Information du patient, de ses ayants droit et des personnes habilitées.	OUI			
	Évaluation de l'application de ces règles.	OUI			

Référence 29 : Le fonctionnement des laboratoires.					
Critère		29a : La prescription d'examens est justifiée par l'état du patient et mentionne les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Justification des examens prescrits (fiche de renseignements cliniques, réflexion bénéfico-risque, évaluation de l'état du patient, etc.).	EN PARTIE	La justification des examens prescrits n'est pas systématique ni dans le dossier du patient, ni sur la demande d'examen faite au laboratoire d'analyses médicales, exception faite des nouveau-nés. En cas de demande en urgence, le prescripteur téléphone directement aux biologistes pour expliciter sa prescription.	C	
	Prescription médicale écrite, datée, signée, systématiquement, pour tout acte d'analyse.	EN PARTIE	Les prescriptions médicales écrites ne sont pas à ce jour toutes datées et signées par le prescripteur.		
	Analyse de conformité des fiches de prescription.	NON	Le laboratoire adresse mensuellement les dysfonctionnements constatés au service qualité de la clinique. Au sein de ceux-ci la conformité des fiches de prescription n'est pas analysée.		

Référence 29 : Le fonctionnement des laboratoires.					
Critère	29b : Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies.				
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Accréditation, certification externe ou démarche qualité dans le secteur des laboratoires.	OUI		B	
	Concertation entre secteurs d'activité clinique et biologique (réunions régulières, notes d'information, contrats interservices, etc.).	EN PARTIE	Le biologiste est invité aux instances de l'hôpital mais il n'y a pas de concertation formalisée avec les services notamment sur les problèmes rencontrés.		
	Conventions pour les examens réalisés à l'extérieur de l'établissement de santé.	OUI			
	Formalisation et diffusion des règles relatives à la réalisation, au transport et à la réception des prélèvements.	OUI			
	Formalisation et diffusion des règles relatives à la réalisation, la validation et l'interprétation des examens.	EN PARTIE	Les règles relatives à la réalisation, la validation et l'interprétation des examens sont décrites dans une procédure interne au laboratoire. Pour les prélèvements de la clinique, le protocole sur le rendu des résultats n'a pas été complété depuis 2004, hormis sur le signalement des germes hautement pathogènes (fait en février 2008).		
	Évaluation du dispositif mis en œuvre.	EN PARTIE	Le laboratoire transmet au RAQ mensuellement les non-conformités et informe les personnels concernés régulièrement. L'analyse n'est pas effective ce qui ne donne pas lieu à des actions correctives.		

Référence 29 : Le fonctionnement des laboratoires.					
Critère		29c : La transmission des résultats répond aux besoins des utilisateurs en termes de qualité et de délais.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Définition et formalisation des modalités de transmission des résultats (notamment urgence, résultats critiques, etc.).	EN PARTIE	Les résultats des analyses sont transmis en fonction du degré d'urgence, de la gravité des résultats ou du type de résultats. Ils sont soit téléphonés, soit faxés, soit adressés par liaison Internet sécurisée. Les originaux sont adressés sous 24 heures aux médecins prescripteurs. La formalisation des modalités de transmission est en cours de réactualisation.	B	
	Évaluation des délais de transmission des résultats.	NON	Il n'y a pas d'évaluation des délais de transmission des résultats.		
	Enquêtes de satisfaction des utilisateurs.	OUI			

Référence 30 : Le fonctionnement des secteurs d'imagerie et d'exploration fonctionnelle.					
Critère	30a : La prescription d'examens est justifiée par l'état du patient et mentionne les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande.				
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Justification des examens prescrits (fiche de renseignements cliniques, réflexion bénéfico-risque, évaluation de l'état du patient, etc.).	OUI		A	
	Prescription médicale écrite, datée, signée, systématiquement, pour tout acte d'imagerie et d'exploration fonctionnelle.	OUI			
	Analyse de conformité des fiches de prescription.	OUI			

Référence 30 : Le fonctionnement des secteurs d'imagerie et d'exploration fonctionnelle.					
Critère		30b : Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Certification externe ou démarche qualité dans le secteur d'imagerie et d'exploration fonctionnelle.	OUI		B	
	Concertation entre secteurs d'activité clinique et secteurs d'imagerie et d'exploration fonctionnelle (réunions régulières, notes d'information, contrats interservices, etc.).	EN PARTIE	Les concertations entre les secteurs d'activité de la clinique et le service de radiologie sont permanentes, mais le plus souvent orales et ne sont pas formalisées.		
	Conventions pour les examens réalisés à l'extérieur de l'établissement de santé.	EN PARTIE	Le médecin radiologue de la clinique effectue des vacations au centre hospitalier de Bourgoin-Jallieu. Les patients de la clinique y sont pris en charge pendant ses vacations ou en dehors si cela est nécessaire. Il n'y a pas de convention formalisée entre les deux établissements.		
	Formalisation et diffusion des règles relatives à la réalisation, au transport et à la réception des examens d'imagerie et d'exploration fonctionnelle.	OUI			
	Formalisation et diffusion des règles relatives à la réalisation, la validation et l'interprétation des examens.	OUI			
	Évaluation du dispositif mis en œuvre.	NON	Il n'y a pas eu d'évaluation des dispositifs proposés par le service de radiologie ni des interfaces.		

Référence 30 : Le fonctionnement des secteurs d'imagerie et d'exploration fonctionnelle.					
Critère		30c : La transmission des résultats répond aux besoins des utilisateurs en termes de qualité et de délais.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Définition et formalisation des modalités de transmission des résultats (notamment urgence, résultats critiques, etc.).	OUI		B	
	Évaluation des délais de transmission des résultats.	OUI			
	Enquêtes de satisfaction des utilisateurs.	NON	Il n'y a pas eu d'enquête de satisfaction des utilisateurs.		

Référence 31 : L'organisation du circuit du médicament.					
Critère	31a : Les conditions de prescription des médicaments sont maîtrisées.				
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Systématisation d'une prescription médicale écrite, datée et signée.	EN PARTIE	Les prescriptions médicales ne sont pas systématiquement signées. Le dernier audit réalisé en février 2008 montre que les prescriptions médicales sont écrites datées et signées dans 94 % des cas en maternité et dans 7 % des cas en chirurgie.	C	
	Prescription médicale écrite <i>a posteriori</i> des prescriptions orales dans le cadre d'une urgence vitale.	OUI			
	Mise à disposition des professionnels d'outils actualisés et validés (livret thérapeutique, monographies, recommandations, protocoles, etc.).	OUI			
	Définition de règles pour l'utilisation des médicaments personnels (reconduction des traitements antérieurs du patient dans le dossier du patient, administration, stocks, responsabilité, etc.).	EN PARTIE	Les règles de responsabilité en matière de stockage et d'administration des traitements personnels sont connues et transmises oralement entre professionnels, mais non formalisées. En ce qui concerne la reconduction des traitements personnels, le dossier du patient a été réajusté pour faciliter la prescription mais les règles en matière de reconduction durant l'hospitalisation n'ont pas fait l'objet d'une procédure harmonisée et concertée entre les professionnels concernés, la participation des médecins à la COMEDIMS où ce sujet a été évoqué étant très sporadique.		

	Recueil et analyse des événements indésirables.	EN PARTIE	Le recueil des événements indésirables a comme support la fiche de déclaration générale de l'établissement. L'analyse de celles-ci est prévue en COVIRIS mais n'a pas été réalisée à ce jour.		
--	---	--------------	---	--	--

Référence 31 : L'organisation du circuit du médicament.					
Critère		31b : Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Validation par le pharmacien des prescriptions et du traitement complet du patient.	NON	Le pharmacien ne valide à ce jour aucune prescription même pour les médicaments coûteux ou traitement complet de patient. <i>A posteriori</i> , il réalise des audits sur les incompatibilités médicamenteuses éventuelles à partir de dossiers archivés, dans chaque spécialité. Le résultat de ces audits devant servir de base pédagogique est diffusé à la COMEDIMS.	C	
	Délivrance nominative des médicaments par le personnel de la pharmacie à usage intérieur ou de la pharmacie d'officine, hors cadre de l'urgence.	EN PARTIE	Il n'existe aucune délivrance nominative médicamenteuse dans l'établissement hors celle réglementaire relative aux stupéfiants. La délivrance est globale à partir d'une commande réalisée par les secteurs sur la base d'une dotation remise à jour annuellement.		
	Préparation des médicaments non prêts à l'emploi, sous responsabilité d'un pharmacien, dans le respect des Bonnes Pratiques de Fabrication (médicaments radio pharmaceutiques, anticancéreux, préparations pédiatriques, etc.).	NA	La clinique n'a pas d'autorisation pour préparer des médicaments non prêts à l'emploi.		
	Conditionnement unitaire des médicaments le nécessitant, comportant leur dénomination jusqu'au moment de l'administration.	EN PARTIE	Les médicaments livrés dans les services ne sont pas déconditionnés et des consignes sont données dans ce sens aux soignants. Les IDE dans les étages ont en charge le « remplissage » journalier des piluliers. Aucun audit n'a à ce jour été fait sur ce thème. Un audit des pharmacies d'étages est fait annuellement pour surveiller le respect des règles en matière de déconditionnement.		

	Sécurisation du transport des médicaments.	OUI		
	Recueil et analyse des événements indésirables.	OUI		

Référence 31 : L'organisation du circuit du médicament.					
Critère		31c : Les conditions d'administration du médicament au patient garantissent la conformité à la prescription et la traçabilité de l'acte.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Administration des médicaments par des professionnels habilités.	OUI		B	
	Retour d'information aux médecins et aux pharmaciens, quant aux problèmes survenus lors de l'administration (motif de non-administration, non-disponibilité du médicament, etc.).	OUI			
	Traçabilité de l'administration des médicaments sur un support unique de prescription et d'administration, dans le dossier du patient, au moment de la prise.	OUI			
	Recueil et analyse des événements indésirables.	EN PARTIE	La fiche d'événements indésirables est à disposition dans l'établissement. Son utilisation dans ce cadre n'est pas toujours connue des utilisateurs potentiels. Le pharmacien n'est pas destinataire de l'ensemble des problèmes survenus lors de l'administration des médicaments (effets non attendus par exemple).		

Référence 31 : L'organisation du circuit du médicament.					
Critère		31d : Les demandes urgentes de médicaments peuvent être satisfaites à tout moment par un personnel habilité.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Organisation de la permanence pharmaceutique éventuellement par convention entre établissements de santé et/ou pharmacie d'officine.	NON	Il n'y a pas de permanence pharmaceutique dans l'établissement. L'organisation des dépannages avec l'officine voisine ou la pharmacie du centre hospitalier relève d'une habitude et ne fait pas l'objet d'une convention formalisée.	B	
	Sécurisation de l'accès de la pharmacie, réservé au seul personnel habilité par le pharmacien.	OUI			
	Organisation de l'accès aux médicaments prescrits en urgence.	OUI			
	Connaissance par les professionnels des modalités d'accès.	OUI			

Référence 32 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle.					
Critère	32a : Toutes les activités interventionnelles sont planifiées et organisées en concertation avec les professionnels des secteurs d'activité cliniques, en intégrant les urgences éventuelles.				
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Conseil de bloc (ou structure équivalente), actif et reconnu.	OUI		B	
	Charte de bloc, règlement intérieur ou document équivalent.	EN PARTIE	La charte de bloc a été rédigée en 2000. Elle est en cours de réactualisation en parallèle avec la rédaction du projet de service du bloc opératoire. L'avis de la CME est requis sur la charte dans les semaines à venir.		
	Concertation interprofessionnelle dans la planification des activités interventionnelles.	OUI			
	Suivi d'indicateurs de fonctionnement.	OUI			

Référence 32 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle.					
Critère	32b : 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.				
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Transmission des différentes informations pertinentes adaptées à la prise en charge du patient en préopératoire : identification du patient, informations issues des consultations et d'autres secteurs médicotéchniques, modalités de préparation du patient, contre-indications médicamenteuses, fiche de liaison secteurs d'activité/bloc opératoire, procédure d'accueil formalisée au bloc opératoire, etc.	EN PARTIE	La procédure d'accueil du patient dans les secteurs d'activité interventionnelle n'est pas formalisée, mais il existe, une identification par bracelet du patient, des protocoles de préparation des opérés, une fiche de transfert service bloc. Des modalités variées d'information du cadre de bloc sur les patients à risque existent.	B	
	Transmission des différentes informations pertinentes adaptées à la prise en charge du patient en peropératoire : liens entre secteurs opératoires et SSPI (modalités définies, personnels concernés, etc.).	OUI			
	Transmission des différentes informations pertinentes adaptées à la prise en charge du patient en postopératoire : prescriptions postopératoires, comptes rendus opératoires, modalités de surveillance (transport, secteurs d'hospitalisation, professionnels d'aval), existence de supports (fiches de liaison, etc.) catégories professionnelles concernées (chirurgiens, anesthésistes, soignants, etc.).	OUI			

Référence 32 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle.					
Critère	32c : Les événements indésirables graves spécifiques aux secteurs interventionnels font l'objet d'un suivi régulier, d'une analyse et d'actions correctives et préventives.				
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Organisation de l'identification des événements indésirables graves en secteur interventionnel (concernant les patients, les professionnels, les locaux, les fonctions de soutien et/ou le matériel, etc.).	EN PARTIE	La cartographie des risques <i>a posteriori</i> est en cours d'élaboration à partir du développement du signalement des événements indésirables. Le choix d'événements sentinelles à suivre plus particulièrement et l'information de tous les professionnels concernés par la déclaration et par l'analyse sont au programme de travail 2008 du COVIRIS.	B	
	Mise en place d'un dispositif de signalement.	EN PARTIE	La fiche de recueil des événements indésirables est commune à tout l'établissement. Au sein des blocs (maternité et chirurgie), cette fiche sert de support au signalement des événements indésirables graves. Son emploi n'est pas acquis par tous les intervenants des blocs.		
	Analyse des événements indésirables graves.	OUI			
	Mise en œuvre d'actions correctives et préventives.	OUI			

Référence 33 : La radiothérapie.					
Critère	33a : Une organisation permettant d'assurer la qualité en radiothérapie est en place.				
Éléments d'appréciation	O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique	
MCO	Certification externe ou démarche d'assurance qualité incluant notamment : <ul style="list-style-type: none"> - la prise en compte des référentiels (nationaux et internationaux) ; - l'organisation de la prise en charge du patient (de sa première consultation à son suivi après traitement) ; - le management de la qualité ; - la prévention des risques liés aux soins ; - la formation régulière du personnel concerné ; - la gestion des ressources matérielles et leur adéquation aux besoins. 	NA	L'établissement ne possède pas d'autorisation pour la radiothérapie.	NA	
	Prise en compte des avis et recommandations des services d'inspection (maintenance, sécurité d'utilisation, radiovigilance et radioprotection, etc.).	NA			
	Interfaces organisées avec les autres secteurs d'activité clinique.	NA			

Référence 34 : L'organisation du don d'organes ou de tissus à visée thérapeutique.					
Critère		34a : La participation de l'établissement aux activités ou à un réseau de prélèvement d'organes et de tissus est définie.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Définition de la participation de l'établissement à un réseau de prélèvements d'organes et de tissus.	NA	L'établissement ne participe pas à un réseau de prélèvement d'organes et de tissus.	NA	
	Intégration dans les orientations stratégiques de l'établissement.	NA			
	Organisation interne de cette participation (procédures, participants, etc.).	NA			
	Coordination entre établissements dans le cadre d'un réseau (règles de fonctionnement, charte, etc.).	NA			

Référence 34 : L'organisation du don d'organes ou de tissus à visée thérapeutique.					
Critère		34b : Les professionnels et le public sont sensibilisés au don d'organes et de tissus.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Actions de communication, d'information et de formation auprès des professionnels (éthique, enjeux de santé publique, relations avec l'entourage, réglementation, etc.).	EN PARTIE	Des plaquettes d'information sont disponibles en salle à manger des personnels. Il n'existe pas d'actions de formation en direction des professionnels aux enjeux concernant le don d'organes et de tissus et au rôle des professionnels de santé dans la diffusion d'informations. Cette thématique fait partie des sujets intégrés dans la réflexion du groupe d'éthique mis en place au sein de l'alliance des maternités catholiques.	B	
	Organisation de l'information du public (documents d'information, identification des personnes chargées de l'information, etc.).	EN PARTIE	Il existe des plaquettes d'information dans les salles d'attente. Il n'y a pas de personne spécifique chargée de l'information dans la clinique.		

Référence 34 : L'organisation du don d'organes ou de tissus à visée thérapeutique.					
Critère		34c : Les prélèvements d'organes ou de tissus sont réalisés conformément aux règles de bonnes pratiques.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Organisation adaptée pour réaliser les prélèvements d'organes ou de tissus conformément aux règles de bonnes pratiques.	NA	L'établissement ne réalise pas de prélèvements d'organes, ni de tissus.	NA	
	Formation des professionnels aux règles de bonnes pratiques (éthique, sécurité sanitaire, etc.).	NA			
	Mise en place d'un dispositif (professionnels formés, local adapté, etc.) pour assurer l'information auprès des familles des donneurs.	NA			
	Évaluation du respect des règles de bonnes pratiques.	NA			

Référence 35 : Les activités de rééducation et/ou de soutien.					
Critère		35a : La prise en charge pluriprofessionnelle du patient associe les professionnels des secteurs d'activité clinique et ceux de la rééducation et du soutien ; l'information réciproque et la collaboration sont effectives.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Prescription écrite, datée et signée systématique pour toute activité de rééducation et de soutien.	OUI		A	
	Concertation entre les professionnels de rééducation et/ou de soutien et ceux des secteurs d'activité (réunions pluridisciplinaires, e-mails, fiches de liaison, staffs, etc.).	OUI			
	Traçabilité dans le dossier du patient de l'intervention et de la collaboration des différents professionnels.	OUI			
	Évaluation régulière des résultats des activités de rééducation et/ou de soutien (outils de mesure, échelles, etc.) et réajustements.	OUI			

Référence 36 : L'éducation thérapeutique du patient.					
Critère	36a : Un programme d'éducation thérapeutique adapté à son état est mis en place en veillant à la compréhension du patient.				
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Identification des thèmes d'éducation thérapeutique.	OUI		B	
	Programmes d'éducation thérapeutique pour les patients et prise en compte des particularités (mode d'hospitalisation, pathologie, etc.).	EN PARTIE	Des programmes d'éducation sont mis en place pour les hospitalisés en chirurgie sur la rééducation à la mobilité en orthopédie et sur la prise en charge des stomies en viscéral. L'équipe du plan cancer prend en charge l'éducation des patients atteints de cette pathologie. En maternité, de nombreux programmes sont adaptés aux couples et aux mamans tout au long de la grossesse et après l'accouchement. Néanmoins, la chirurgie et l'obstétrique étant deux spécialités à risque vis-à-vis de la maladie thromboembolique, aucun programme d'éducation des patients à leur traitement et à leur surveillance n'est développé.		
	Adaptation des programmes d'éducation thérapeutique à l'état de santé des patients.	OUI			
	Modes de communication facilitant la compréhension et la participation du patient.	OUI			
	Organisation pour associer l'entourage au programme d'éducation thérapeutique.	OUI			

Référence 37 : La sortie du patient.					
Critère		37a : Le patient, son entourage et les professionnels intervenant en aval sont associés à la planification de la sortie.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Organisation de la sortie en fonction des types de prise en charge (soins ambulatoires, obstétrique, pédiatrie, etc.).	OUI		A	
	Prise en compte des besoins de soins et besoins sociaux du patient (logement, aménagements à domicile, etc.).	OUI			
	Association du patient et de son entourage à la planification de la sortie (anticipation de la sortie, etc.).	OUI			
	Association des professionnels d'aval (demande d'avis, visite, staff pluridisciplinaire, réseaux ville-hôpital, etc.) dans des délais compatibles avec la continuité des soins.	OUI			

Référence 37 : La sortie du patient.					
Critère		37b : La continuité de la prise en charge après la sortie est organisée, notamment en veillant à la transmission des informations relatives à la prise en charge.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Transmission de l'information aux professionnels d'aval (fiches de liaison, doubles des ordonnances, lettre de sortie, compte rendu d'hospitalisation, etc.).	OUI		A	
	Organisation des transferts et adaptation en fonction de l'état du patient.	OUI			
	Évaluation de la qualité et des délais de transmission de l'information nécessaire à la continuité des soins.	OUI			

Référence 38 : La prise en charge du patient en soins palliatifs.					
Critère	38a : La volonté du patient est prise en compte.				
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Procédure de recueil des volontés et des directives anticipées du patient.	OUI		A	
	Respect des volontés du patient (retour à domicile, désignation d'une personne de confiance, etc.).	OUI			
	Traçabilité de la volonté du patient dans le dossier.	OUI			
	Évaluation du respect de la volonté.	OUI			

Référence 38 : La prise en charge du patient en soins palliatifs.					
Critère		38b : La prise en charge des besoins spécifiques du patient en fin de vie et de son entourage est assurée.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Identification et prise en charge des besoins spécifiques des patients en fin de vie (oxygène, matelas antiescarres, accompagnement psychologique, etc.).	OUI		A	
	Traçabilité dans le dossier du patient de ses besoins spécifiques.	OUI			
	Traçabilité dans le dossier du patient des actions menées pour répondre à ses besoins spécifiques (échanges entre professionnels, organisation de la prise en charge à domicile, etc.).	OUI			
	Identification et prise en charge des besoins spécifiques de l'entourage du patient en fin de vie.	OUI			

Référence 38 : La prise en charge du patient en soins palliatifs.					
Critère		38c : Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Identification des situations nécessitant un accompagnement psychologique.	OUI		A	
	Recueil des besoins des personnels.	OUI			
	Organisation pour l'accompagnement des personnels (groupes de parole, aide psychologique individuelle et/ou collective, rotation des professionnels, etc.).	OUI			
	Formations spécifiques.	OUI			

Référence 39 : Le décès du patient.					
Critère		39a : Le décès du patient fait l'objet d'une prise en charge adaptée.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Organisation pour contacter les personnes à prévenir en cas d'état critique et/ou en cas de décès (identification des personnes chargées de l'annonce, etc.).	OUI		A	
	Organisation lors des décès (constats de décès, locaux adéquats, conduites à tenir formalisées, etc.).	OUI			
	Respect des volontés et convictions du défunt.	OUI			

Référence 39 : Le décès du patient.					
Critère		39b : Un accueil et un accompagnement de l'entourage sont assurés.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Organisation pour l'accueil de l'entourage (identification des besoins, etc.).	OUI		A	
	Organisation pour l'accompagnement social et pratique de l'entourage (personnes en charge de l'accompagnement, etc.).	OUI			
	Organisation pour l'accompagnement psychologique de l'entourage (personnes en charge de l'accompagnement, etc.).	OUI			

Référence 39 : Le décès du patient.					
Critère		39c : Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.			
Éléments d'appréciation		O/N/En Partie/NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Identification des situations nécessitant un accompagnement psychologique.	OUI		A	
	Recueil des besoins des personnels.	OUI			
	Organisation pour l'accompagnement des personnels (groupes de parole, aide psychologique individuelle et/ou collective, rotation des professionnels, etc.).	OUI			
	Formations spécifiques inscrites au plan de formation.	OUI			

Actions remarquées par les experts-visiteurs concernant le chapitre III		
Intitulé de l'action	Objectif	Résultat
Prise en charge globale des patientes en maternité	Assurer l'écoute, la prise en charge médicale et l'éducation, des parents et ou des mères et de leurs enfants à toutes les étapes de l'accompagnement.	<p>L'équipe pluriprofessionnelle est disponible, formée et travaille en coordination étroite</p> <p><u>Pendant la grossesse :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'accueil spécifique des Petites Sœurs à la préinscription ; • L'entretien du 4^e mois assuré par les sages femmes ; • Les séances variées de préparation à la naissance • L'éducation sur les problématiques de santé publique/tabac-alcool-hygiène de vie • Le respect des protocoles du réseau périnatal Aurore <p><u>Pendant le séjour à la maternité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'éducation des mamans et des couples aux soins du nouveau-né, à l'allaitement, à la parentalité • Les diffusions vidéo sur la chaîne de télévision interne de documentaires sur les dépistages et les soins réalisés à la maternité. • L'optimisation de la coordination entre professionnels sages-femmes, IDE et AP autour de l'allaitement notamment, par des transmissions communes deux fois par jour. <p><u>À la sortie de la maternité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La préparation anticipée avec le suivi des acquisitions maternelles • Les réunions hebdomadaires avec les services de PMI (puéricultrices et sages-femmes). • Le travail en réseau avec le secteur libéral (sages-femmes – médecins généralistes – pédiatres)

CHAPITRE IV – ÉVALUATION ET DYNAMIQUES D'AMÉLIORATION

A PRATIQUES PROFESSIONNELLES**Référence 40 : L'évaluation de la pertinence des pratiques des professionnels****N°40-1 Intitulé de l'action : Pertinence de l'hospitalisation en ambulatoire**

Référence 40 : L'évaluation de la pertinence des pratiques des professionnels.			
Critère	40a : La pertinence des pratiques professionnelles est évaluée.		
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON)</i>	Constats	Cotation de l'action
Choix d'une thématique porteuse de potentialités d'amélioration	OUI	L'établissement a choisi d'évaluer la pertinence des hospitalisations en ambulatoire. Le choix de cette thématique a été orienté par deux constats. Tout d'abord, un taux d'hospitalisations imprévues en augmentation créant une désorganisation dans le service de chirurgie à la suite d'admission en ambulatoire. Ensuite, la chirurgie ambulatoire représentant à ce jour près de la moitié de l'activité de chirurgie, est appelée à être développée avec une augmentation du nombre de places sur la nouvelle structure fin 2008. Il était intéressant d'évaluer si les indications d'hospitalisations en chirurgie ambulatoire étaient conformes aux recommandations.	C
Analyse de l'organisation et des pratiques	OUI	Le taux d'hospitalisation imprévu est défini par les référentiels comme un indicateur sentinelle en chirurgie ambulatoire. Une analyse des causes d'hospitalisations imprévues a été réalisée à partir d'une étude rétrospective sur 36 dossiers, de spécialités différentes. Un groupe de travail comprenant un chirurgien, un anesthésiste et une infirmière du secteur ambulatoire a analysé les différents temps de la prise en charge. Les résultats ont montré trois types de causes d'hospitalisation : celles liées à des complications de la chirurgie ou de l'anesthésie, celles inattendues, imprévisibles et celles liées à l'organisation du service.	
Positionnement par rapport à des références (recommandations, référentiels, pratiques d'autres équipes, etc.).	OUI	Les référentiels utilisés sont les recommandations de la SFAR de 1994 concernant la chirurgie ambulatoire. La grille d'analyse élaborée a ciblé les critères d'éligibilité d'un patient.	

Définition d'objectifs d'amélioration	EN PARTIE	Les objectifs d'amélioration définis ont concerné trois temps de la prise en charge : la consultation de préanesthésie afin d'améliorer la pertinence des critères d'éligibilité des patients, la validation de la sortie de SSPI et l'organisation transversale entre les différents secteurs concernés par la prise en charge ambulatoire et la radiologie perinterventionnelle. Sur ce dernier point, la programmation des méthodes, des moyens et des outils nécessaires n'est pas formalisée et ne s'inscrit pas dans un programme structuré. La réflexion est différée compte tenu du déménagement prochain de la clinique dans de nouveaux locaux.	
Mise en œuvre d'actions d'améliorations	EN PARTIE	La seule action réalisée à ce jour par les anesthésistes est le réajustement de la liste des critères de sortie de salle de surveillance postinterventionnelle. Un questionnaire de préanesthésie intégrant des données psycho sociales et environnementales doit être élaboré. Aucun calendrier de mise en place des actions envisagées n'est fixé.	
Mesure des résultats de ces améliorations (indicateurs ou toute autre modalité de suivi adaptée au cas de figure).	NON	La mesure des résultats est envisagée à partir d'une nouvelle évaluation des causes par spécialité fin 2008 si les actions prévues ont été mises en place.	

N°40-2 : Intitulé de l'action : Pertinence de la durée d'hospitalisation des accouchées

Référence 40 : L'évaluation de la pertinence des pratiques des professionnels.			
Critère	40a : La pertinence des pratiques professionnelles est évaluée.		
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA (Présent : OUI, EN PARTIE, NON)	Constats	Cotation de l'action
Choix d'une thématique porteuse de potentialités d'amélioration	OUI	L'établissement a choisi d'évaluer la pertinence des durées de séjour en maternité afin d'enrichir sa réflexion prospective sur le « médipôle » à l'horizon 2009 où l'établissement pourra voir s'accroître le nombre de naissances et envisager dans son projet de service, de développer les sorties précoces. L'autre objectif était de comparer les durées de séjour aux pratiques nationales afin d'objectiver la réputation de « séjours longs » et d'identifier les causes d'écart hors celles liées aux éléments éducatifs et médicaux qui sont et restent la <i>priorité</i> du service.	B
Analyse de l'organisation et des pratiques	OUI	Une grille de recueil de données ciblant les critères médicaux permettant de juger l'état du couple mère-enfant a été réalisée à partir des recommandations retenues par un groupe de travail pluriprofessionnel impliquant tout le service. En parallèle, un questionnaire recherchant les souhaits des mamans a été élaboré. Sur la base de cette grille, un audit clinique avec un recueil prospectif a été réalisé en novembre 2007. Sur deux jours, une analyse de tous les éléments cliniques justifiant une hospitalisation a été réalisée pour toutes les accouchées présentes. Les résultats ont montré que la durée de séjour était légèrement supérieure à la moyenne nationale. Dans la même semaine, le questionnaire a été diffusé aux accouchées présentes à J1/J3 et au jour du départ.	
Positionnement par rapport à des références (recommandations, référentiels, pratiques d'autres équipes, etc.).	OUI	Les référentiels et références suivantes ont été utilisés pour élaborer la grille d'audit : <ul style="list-style-type: none"> - Recommandations pour la pratique clinique de l'ANAES sortie précoce après accouchement ; - Analyse du Dr Mamelle de l'INSERM du réseau AUDIPOG sur les sorties de maternité ; - La sortie de maternité : enquêtes hôpital Beckler de Clamart et clinique du Parc à Tours. 	

Définition d'objectifs d'amélioration	OUI	Cet audit a permis de sensibiliser les différents professionnels aux critères médicaux, éducatifs et socioéconomiques justifiant une hospitalisation. Des objectifs d'amélioration ont été fixés sur deux points principaux. L'un relatif à la tenue des dossiers des mères et des nouveau-nés et l'autre à l'anticipation des complications néonatales.	
Mise en œuvre d'actions d'améliorations	EN PARTIE	Les actions relatives à l'amélioration de la tenue du dossier ont été réalisées : le dossier de maternité a été réajusté avec notamment l'intégration de fiches de liaison, de fiches de surveillance et d'observations médicales. Le dossier du nouveau-né a été complété avec des items relatifs aux acquisitions du couple parental en matière de soins aux nouveau-nés et aux conditions sociales et familiales. Les actions relatives à la qualité de la prise en charge sont définies : - systématiser le dépistage systématique des ictères à J1 ; - améliorer la rapidité de diagnostic du risque infectieux chez le nouveau-né.	
Mesure des résultats de ces améliorations (indicateurs ou toute autre modalité de suivi adaptée au cas de figure).	NON	Une évaluation des dossiers mis en place doit être réalisée en juin 2008. Un nouvel audit de pertinence des durées d'hospitalisation avec comparaison de la DMS suite aux actions mises en place et au déménagement est prévu dans un an.	

N°40-3 : Intitulé de l'action : Pertinence de la prescription de l'antibioprophylaxie de la chirurgie prothétique

Référence 40 : L'évaluation de la pertinence des pratiques des professionnels.			
Critère	40a : La pertinence des pratiques professionnelles est évaluée.		
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON)</i>	Constats	Cotation de l'action
Choix d'une thématique porteuse de potentialités d'amélioration	OUI	L'établissement a souhaité évaluer l'application des bonnes pratiques consignées dans les protocoles d'antibioprophylaxie validés par le CLIN en avril 2005. Cette première évaluation sur l'antibioprophylaxie s'inscrit dans le programme d'actions du CLIN et vise à prévenir les infections du site opératoire dans l'établissement. Les infections du site opératoire n'étant pas relevées de manière exhaustive dans l'établissement, il n'y a pas d'indicateur relatif à la chirurgie prothétique.	B
Analyse de l'organisation et des pratiques	OUI	Quatre chirurgiens de différentes spécialités ont réalisé une étude rétrospective sur 30 dossiers, tirés au sort, de pose de prothèses en chirurgie viscérale, orthopédique et ophtalmologique. L'audit a été ciblé sur la conformité de la prescription et sur le respect des règles d'administration des antibiotiques. Les résultats ont montré que l'adéquation de la prescription aux protocoles en vigueur était majoritairement satisfaisante et que les non-conformités étaient relatives aux délais entre l'intervention et les différentes injections prônées.	
Positionnement par rapport à des références (recommandations, référentiels, pratiques d'autres équipes, etc.).	OUI	L'établissement a comparé sa pratique aux protocoles d'antibioprophylaxie de la Société Française d'Anesthésie Réanimation de 1999 reprises dans un protocole interne en vigueur dans l'établissement.	
Définition d'objectifs d'amélioration	OUI	Les deux objectifs d'amélioration retenus ont été la révision des protocoles du CLIN tous les deux ans pour pérenniser les bonnes pratiques sur la prescription et la réorganisation des modalités de mise en œuvre des traitements d'antibioprophylaxie de première intention en collaboration avec les anesthésistes et les soignants.	
Mise en œuvre d'actions d'améliorations	NON	Les actions précises relatives à la mise en place de la collaboration des différents professionnels dans le respect des délais d'administration des antibiotiques n'ont pas été définies. Leur développement est envisagé sur le nouveau site où une organisation différente sera mise en place au bloc opératoire. Il n'y a pas eu de diffusion des résultats de l'audit aux différents professionnels à ce jour.	

Mesure des résultats de ces améliorations (indicateurs ou toute autre modalité de suivi adaptée au cas de figure).	NON	Il est prévu de réaliser une évaluation identique lorsque les organisations, et les fonctionnements auront été mis en place sur le nouveau bloc opératoire fin 2008.	
--	-----	--	--

N° 40-4 : Intitulé de l'action : Pertinence de la prescription d'un bilan préopératoire de coagulation en stomatologie et en ORL

Référence 40 : L'évaluation de la pertinence des pratiques des professionnels.			
Critère	40a : La pertinence des pratiques professionnelles est évaluée.		
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON)</i>	Constats	Cotation de l'action
Choix d'une thématique porteuse de potentialités d'amélioration	OUI	L'établissement a constaté que des bilans de coagulation étaient demandés de manière systématique pour des interventions simples, programmées en ORL et en stomatologie pour tous les patients quels que soient les critères ASA, l'âge et les antécédents. Cette situation n'apparaissait pas justifiée aux chirurgiens. L'objectif était de réduire les examens d'hémostase inutiles.	D
Analyse de l'organisation et des pratiques	NON	Les bilans d'hémostase sont demandés par les anesthésistes. Il n'y a pas eu de consensus entre les différents professionnels médecins sur ce thème. Le groupe de travail n'a pas été constitué et seul un stomatologue a analysé la littérature et les référentiels existants. Il n'y a pas eu d'objectivation des pratiques et la thématique est restée de l'ordre d'un constat.	
Positionnement par rapport à des références (recommandations, référentiels, pratiques d'autres équipes, etc.).	OUI	L'établissement s'est positionné par rapport au référentiel de l'ANAES de décembre 1998 relatifs aux bilans préopératoires.	
Définition d'objectifs d'amélioration	NON	Il n'a pas eu d'analyse de l'organisation et des pratiques aussi les axes d'amélioration n'ont pas pu être définis.	
Mise en œuvre d'actions d'améliorations	NON	Il n'y a pas eu d'analyse de l'organisation et des pratiques aussi les actions n'ont pas pu être définies.	
Mesure des résultats de ces améliorations (indicateurs ou toute autre modalité de suivi adaptée au cas de figure).	NON	Aucune mesure de suivi ou de résultats n'a pu être programmée.	

Référence 41 : L'évaluation des risques liés aux soins**N°41-1 : Intitulé de l'action : Réduire le risque infectieux dans la pose de cathéters veineux**

Référence 41 : L'évaluation des risques liés aux soins.			
Critère	41a : Les professionnels identifient <i>a priori</i> les actes, processus, pratiques à risque et/ou <i>a posteriori</i> les événements indésirables. Ils mettent en œuvre les actions de prévention et d'amélioration correspondant à ces situations à risque et à ces événements indésirables.		
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON)</i>	Constats	Cotation de l'action
Choix d'une thématique porteuse de potentialités d'amélioration	EN PARTIE	L'établissement ne connaît pas l'incidence des infections de cathéters périphériques chez les patients. Ceux-ci sont majoritairement perfusés au bloc opératoire, cette pose étant systématique pour les 3500 patients accueillis au bloc chirurgical. Aussi, il a paru nécessaire d'évaluer les connaissances et les pratiques des professionnels du bloc opératoire en matière de règles d'hygiène, le protocole interne n'ayant pas été réajusté et rediffusé récemment.	C
Analyse de l'organisation et des pratiques	OUI	Une grille de recueil a été élaborée par deux médecins et deux cadres de santé sur la base des recommandations de bonnes pratiques en vigueur. Un audit de pratiques consistant en une observation non programmée a été effectué sur 30 poses de cathéters veineux périphériques au bloc opératoire par le chef de bloc en décembre 2007. Les résultats ont montré des marges d'amélioration sur quelques critères mais des écarts notables en matière des règles de désinfection du site de pose.	
Positionnement par rapport à des références (recommandations, référentiels, pratiques d'autres équipes, etc.).	OUI	L'établissement a utilisé les recommandations pour la pratique clinique de la HAS de novembre 2005 concernant les infections liées aux cathéters veineux périphériques.	

Définition d'objectifs d'amélioration	EN PARTIE	Les objectifs d'amélioration en matière d'hygiène ciblent le respect des bonnes pratiques de lavage des mains et le respect des temps d'antisepsie. Les autres objectifs visent à l'harmonisation de conduite à tenir entre opérateurs. Il est envisagé de sensibiliser le groupe restreint d'intervenants posant les cathéters mais la programmation des méthodes, des moyens et des outils nécessaires n'est pas formalisée et ne s'inscrit pas dans un programme structuré.	
Mise en œuvre d'actions d'améliorations	NON	Les objectifs d'améliorations n'ont pas été déclinés en actions concrètes à ce jour. Il n'y a pas eu de restitution de l'audit aux professionnels concernés et au CLIN à ce jour.	
Mesure des résultats de ces améliorations (indicateurs ou toute autre modalité de suivi adaptée au cas de figure).	NON	Un nouvel audit de pratiques est prévu fin 2008 au bloc opératoire et il est envisagé d'étendre l'étude au bloc obstétrical.	

N°41-2 : Intitulé de l'action : Réduire le risque de chute du patient

Référence 41 : L'évaluation des risques liés aux soins.			
Critère	41a : Les professionnels identifient <i>a priori</i> les actes, processus, pratiques à risque et/ou <i>a posteriori</i> les événements indésirables. Ils mettent en œuvre les actions de prévention et d'amélioration correspondant à ces situations à risque et à ces événements indésirables.		
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA (Présent : OUI, EN PARTIE, NON)	Constats	Cotation de l'action
Choix d'une thématique porteuse de potentialités d'amélioration	EN PARTIE	L'établissement a choisi d'étudier les chutes qui sont des événements indésirables dans la prise en charge périopératoire des patients, eu égard aux conséquences possibles en termes de morbidité. L'incidence des chutes est de 0,09 % dans l'établissement. La majorité des chutes ayant concerné des patients hospitalisés dans deux spécialités, les praticiens concernés ont souhaité diminuer ce risque pour leurs patients.	B
Analyse de l'organisation et des pratiques	OUI	Une analyse des causes sur 14 déclarations retrouvées a été réalisée par le groupe de travail constitué de médecins et de soignants. À partir d'une recherche d'indicateurs, les facteurs de risque médicaux et environnementaux ont été recherchés. Cette analyse a permis de dégager des points critiques dans le processus de prise en charge de patients en chirurgie. Les équipements et les locaux, les pratiques et le dépistage ont été les points principaux relevés.	
Positionnement par rapport à des références (recommandations, référentiels, pratiques d'autres équipes, etc.).	OUI	Le groupe de travail s'est positionné par rapport aux références nationales, notamment la prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée – HAS SFRMG 2005 et la prévention des chutes des personnes âgées URCAM Île-de-France.	
Définition d'objectifs d'amélioration	OUI	L'analyse menée a conduit à dégager quatre axes de prévention du risque de chute : <ul style="list-style-type: none"> - le repérage des personnes à risque en amont de leur hospitalisation ; - le réaménagement de certains locaux ; - la révision de la fiche de déclaration pour approfondir l'analyse ; - la sensibilisation des professionnels aux risques. 	

Mise en œuvre d'actions d'améliorations	EN PARTIE	L'aménagement architectural d'une salle de bain a été réalisé et des tapis de douches antidérapants mis en place. Ces actions restent ponctuelles. Une réflexion est en cours entre chirurgiens et anesthésistes pour intégrer une identification des chuteurs potentiels en amont de l'admission lors des consultations et pour organiser le signalement aux équipes soignantes.	
Mesure des résultats de ces améliorations (indicateurs ou toute autre modalité de suivi adaptée au cas de figure).	NON	Aucune mesure de résultats n'a pu être programmée compte tenu des actions non mises en place. Il est envisagé une nouvelle analyse à partir des nouvelles fiches de déclaration lorsque celles-ci seront révisées.	

Référence 42 : L'évaluation de la prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux**N°42-1 : Intitulé de l'action : Prise en charge du cancer de la prostate localisé**

Référence 42 : L'évaluation de la prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux.			
Critère	42a : La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation.		
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON)</i>	Constats	Cotation de l'action
Choix d'une thématique porteuse de potentialités d'amélioration	OUI	Les urologues ont souhaité travailler sur la qualité de la prise en charge des patients présentant un cancer de la prostate localisé pour lesquels une prostatectomie radicale a été réalisée. Cette pathologie représente 50 % de l'activité opératoire d'urologie et la clinique dispose d'un agrément en cancérologie. Elle a mis en place dans le cadre du plan cancer, le dispositif d'annonce personnalisé et participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire.	B
Analyse de l'organisation et des pratiques	OUI	Un audit clinique ciblé sur trois points a été réalisé par les urologues et les cadres soignants de chirurgie, sur 30 dossiers de patients suivis et traités pour un cancer, opérés sur une période de 14 mois entre 2006 et 2007. Les points analysés ont été : la recherche de conformité entre la classification de la tumeur et le bilan d'extension réalisé, la pertinence de l'indication chirurgicale et la conformité du dossier au regard de la réglementation Les résultats ont objectivé une marge d'amélioration sur les bilans d'extension réalisés.	
Positionnement par rapport à des références (recommandations, référentiels, pratiques d'autres équipes, etc.).	OUI	La grille d'audit réalisée s'est basée sur les recommandations 2004 de l'Association Française d'Urologie sur le cancer de la prostate.	
Définition d'objectifs d'amélioration	OUI	L'objectif principal vise à améliorer le respect des recommandations existantes sur les bilans d'extension et à n'omettre aucun examen complémentaire.	

Mise en œuvre d'actions d'améliorations	EN PARTIE	Une fiche anatomoclinique regroupant les différents items cliniques et biopsiques de chaque patient, les examens complémentaires réalisés et la trace de la concertation pluridisciplinaire a été élaborée et doit être mise en place au mois d'avril 2008. Elle doit servir de fiche guide et de synthèse de la prise en charge. Elle doit être intégrée au dossier médical de chaque patient bénéficiant d'un traitement pour cancer de la prostate localisé.	
Mesure des résultats de ces améliorations (indicateurs ou toute autre modalité de suivi adaptée au cas de figure).	EN PARTIE	Un nouvel audit clinique est envisagé fin 2008 après six mois d'utilisation de la fiche anatomoclinique. L'indicateur de suivi posé est le pourcentage de conformité des bilans d'extension réalisés.	

N°42-2 : Intitulé de l'action : Prise en charge du séjour et de la sortie de la femme en menace d'accouchement prématurée.

Référence 42 : L'évaluation de la prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux.			
Critère	42a : La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation.		
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON)</i>	Constats	Cotation de l'action
Choix d'une thématique porteuse de potentialités d'amélioration	OUI	Le service de gynécologie obstétrique a choisi d'évaluer la prise en charge du séjour et de la sortie des femmes hospitalisées pour des menaces d'accouchement prématuré. Le réseau périnatal AURORE auquel elle adhère a mis en place un protocole sur l'hospitalisation des menaces d'accouchements prématurés. Cette prise en charge est régulière dans le service avec des pics de fréquence non prévisibles aussi une confrontation des pratiques du service aux recommandations du réseau s'inscrit dans la démarche qualité du service.	A
Analyse de l'organisation et des pratiques	OUI	Un audit clinique a été réalisé sur 28 dossiers de patientes hospitalisées au second semestre 2007. Une grille de recueil a été élaborée par deux obstétriciens et le cadre sage-femme du service. Le recueil rétrospectif a porté sur les critères d'hospitalisation, la prise en charge médicale et soignante, le traitement et l'organisation de la sortie. L'analyse des résultats a objectivé des marges d'améliorations sur la prévention du risque thromboembolique durant le séjour et sur la prise en charge de la sortie.	
Positionnement par rapport à des références (recommandations, référentiels, pratiques d'autres équipes, etc.).	OUI	Les recommandations régionales du réseau AURORE, Réseau périnatal Rhône-Alpes sur l'hospitalisation notamment, le repos, la tocolyse, la corticothérapie, et la prévention thromboembolique ont été utilisées. Pour la sortie il n'y a pas de référentiel.	
Définition d'objectifs d'amélioration	OUI	Les objectifs d'amélioration ont été de systématiser la prévention de la maladie thromboembolique à toutes les patientes hospitalisées pour MAP et de prévenir les réhospitalisations pour une meilleure prise en charge de la sortie, en amont du jour fixé et en collaboration avec différents professionnels.	

Mise en œuvre d'actions d'améliorations	OUI	Les résultats de l'audit ont été diffusés aux différents professionnels du service afin de les sensibiliser aux améliorations à mener. Durant l'hospitalisation, la prescription de bas de contention est devenue systématique, la mobilisation par un kinésithérapeute est organisée le cas échéant et les traitements par héparine mis en place par l'obstétricien chez les patientes ayant des facteurs de risque. Pour la sortie, une fiche de liaison a été mise en place avec les sages-femmes libérales du Nord Isère, les conseils de sortie ont été structurés et sont délivrés de manière personnalisée durant le séjour. Des créneaux de consultation ont été réservés pour accueillir les patientes à la consultation sage-femme mise en place dans l'établissement.	
Mesure des résultats de ces améliorations (indicateurs ou toute autre modalité de suivi adaptée au cas de figure).	NON	Un deuxième audit identique est prévu fin 2008 afin de comparer à un an d'intervalle sur le second semestre, les résultats sur les points où des actions ont été mises en place.	

B LES USAGERS ET LES CORRESPONDANTS EXTERNES

Référence 43 : L'évaluation de la satisfaction du patient, de son entourage et des correspondants externes.				
Critère	43a : Le recueil de la satisfaction, les réclamations et les plaintes des patients et de leur entourage sont suivis d'actions d'amélioration.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Recueil de la satisfaction des patients et de leur entourage.	OUI		A	
Recueil des plaintes et réclamations (réception, centralisation, identification, etc.).	OUI			
Analyse à périodicité définie des données recueillies.	OUI			
Mise en œuvre et suivi des actions d'amélioration.	OUI			
Communication des résultats et de l'efficacité des actions aux patients et aux professionnels.	OUI			

Référence 43 : L'évaluation de la satisfaction du patient, de son entourage et des correspondants externes.				
Critère	43b : Les délais d'attente sont analysés et des actions d'amélioration sont entreprises.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Mesure et analyse à périodicité définie des délais d'attente (justification, critères, etc.).	OUI		A	
Mise en œuvre des actions d'amélioration.	OUI			
Communication des résultats et de l'efficacité des actions aux patients et aux professionnels.	OUI			

Référence 43 : L'évaluation de la satisfaction du patient, de son entourage et des correspondants externes.				
Critère	43c : La satisfaction des correspondants externes est évaluée et prise en compte.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Recueil de la satisfaction des correspondants externes à périodicité définie.	OUI		B	
Analyse des données recueillies.	OUI			
Mise en œuvre et suivi des actions d'amélioration.	OUI			
Communication des résultats et de l'efficacité des actions aux correspondants externes et aux professionnels de l'établissement.	EN PARTIE	L'analyse des réponses à l'enquête sur le degré de satisfaction des correspondants est récente. La communication des résultats à ces mêmes correspondants, bien que programmée n'a pu être réalisée.		

C POLITIQUES ET MANAGEMENT

Référence 44 : L'évaluation des politiques et du management.				
Critère	44a : Une évaluation de la politique des ressources humaines est mise en œuvre.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Dispositif d'évaluation de la politique de GRH (indicateurs pertinents, bilan social, etc.).	OUI		A	
Dispositif de recueil de la satisfaction (enquêtes de satisfaction réalisées à périodicité définie, enquêtes d'opinion, audits sociaux, etc.).	OUI			
Analyse et prise en compte des résultats d'évaluation en concertation avec les instances et partenaires sociaux.	OUI			

Référence 44 : L'évaluation des politiques et du management.				
Critère	44b : Une évaluation des prestations logistiques est réalisée auprès des secteurs d'activité utilisateurs.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Recueil de l'avis des utilisateurs (questionnaires de satisfaction, enquêtes d'opinion, réunions de service, comité utilisateurs, etc.).	OUI		A	
Évaluation des différentes prestations logistiques.	OUI			
Mise en œuvre d'actions d'amélioration (révision de contrat avec les prestataires externes, etc.).	OUI			

Référence 44 : L'évaluation des politiques et du management.				
Critère	44c : Une évaluation du système d'information est mise en œuvre.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Recueil des dysfonctionnements du SI.	OUI		B	
Analyse des résultats d'évaluation.	EN PARTIE	L'analyse des résultats d'évaluation ne concerne que le système informatique et le dossier du patient mais n'intègre pas l'ensemble du système d'information, notamment l'information administrative, stratégique et organisationnelle et ses systèmes de diffusion.		
Mise en œuvre d'actions d'amélioration.	OUI			

Référence 44 : L'évaluation des politiques et du management.				
Critère	44d : L'efficacité du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est régulièrement évaluée.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Évaluation périodique de l'atteinte des objectifs du programme d'amélioration continue de la qualité.	OUI		A	
Évaluation périodique de l'efficacité du programme de gestion des risques et de veille sanitaire.	OUI			
Réajustement des programmes.	OUI			
Communication des résultats.	OUI			

Référence 44 : L'évaluation des politiques et du management.				
Critère	44e : Les objectifs déterminés dans les orientations stratégiques font l'objet d'un suivi, d'une évaluation et d'une communication interne.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Suivi des objectifs déterminés dans les orientations stratégiques.	OUI		A	
Analyse et exploitation des données.	OUI			
Réajustement des objectifs.	OUI			
Communication interne à périodicité définie (sélection des résultats, destinataires, supports, etc.).	OUI			

Référence 44 : L'évaluation des politiques et du management.				
Critère	44f : La direction et les instances disposent d'éléments permettant des comparaisons avec des établissements similaires.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification d'éléments standardisés permettant les comparaisons (données du PMSI et de la SAE, etc.).	OUI		A	
Recensement d'éléments spécifiques ou qualitatifs permettant les comparaisons (projets managériaux partagés, rapports annuels fédéraux, etc.).	OUI			
Recueil et analyse des éléments de comparaison, d'interprétation des résultats et de décision de réajustement des écarts.	OUI			

PARTIE 3 – DÉCISION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

PARTIE 3

DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Certification avec suivi

Au vu des éléments d'appréciation non satisfaits (présents en partie ou absents) mentionnés dans le présent rapport issu des résultats de l'auto-évaluation et de la visite sur site, la HAS prononce **une certification avec suivi** qui porte sur les points suivants :

- 25 c (La maladie thromboembolique fait l'objet d'une prévention dans les situations à risque) ;
- 31 a (Les conditions de prescription des médicaments sont maîtrisées) ; 31 b (Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées).

Ces points feront l'objet d'un **rapport de suivi dans un délai de 9 mois**.

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

- 06 b (L'établissement définit et met en œuvre une politique d'évaluation des pratiques professionnelles en cohérence avec la politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques) ;
- 13 c (Le bon usage des antibiotiques, dont l'antibioprophylaxie, est organisé) ; 13 d (Le signalement des infections nosocomiales est organisé et opérationnel) ;
- 14 b (Une organisation permettant d'assurer la qualité de la stérilisation est en place) ;
- 16 b (La prévention du risque incendie est organisée et les professionnels bénéficient d'une formation programmée et régulièrement actualisée) ;
- 24 a (Le patient et, s'il y a lieu, son entourage, sont partie prenante dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique) ; 24 c (La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient) ;
- 26 a (La prise en charge de la douleur est assurée) ;
- 29 a (La prescription d'examens est justifiée par l'état du patient et mentionne les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande) ;
- 40 (La pertinence des pratiques professionnelles est évaluée (Actions 1 et 4)) ;
- 41 (Les risques liés aux soins sont pris en compte (Action 1)).

INDEX

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

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

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

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

USP : Unité de soins palliatifs
USIC : Unité de soins intensifs cardiologiques

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