

**RAPPORT DE CERTIFICATION DU
CENTRE RÉGIONAL DE LUTTE
CONTRE LE CANCER
DE VAL-D'AURELLE**

**Rue des Apothicaires
Parc Euromédecine
34298 MONTPELLIER**

Septembre 2007

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	4
PARTIE 1 – DÉMARCHE QUALITÉ ET ACCRÉDITATION	7
I Historique et organisation de la démarche qualité	8
II Suivi des décisions de la première procédure d'accréditation	10
III Association des usagers à la procédure d'accréditation	11
IV Interface avec les tutelles en matière de sécurité	11
PARTIE 2 – CONSTATATIONS PAR CHAPITRE	13
CHAPITRE I – POLITIQUE ET QUALITÉ DU MANAGEMENT	15
CHAPITRE II – RESSOURCES TRANSVERSALES	23
A – RESSOURCES HUMAINES	24
B – FONCTIONS HÔTELIÈRES ET LOGISTIQUES	26
C – ORGANISATION DE LA QUALITÉ ET DE LA GESTION DES RISQUES	29
D – QUALITÉ ET SÉCURITÉ DE L'ENVIRONNEMENT	32
E – SYSTÈME D'INFORMATION	38
CHAPITRE III – PRISE EN CHARGE DU PATIENT	43
A – ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET MANAGEMENT DES SECTEURS D'ACTIVITÉ	44
Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques	66
B – RESSOURCES HUMAINES	73
C – FONCTIONS HÔTELIÈRES ET LOGISTIQUES	74
D – SYSTÈME D'INFORMATION	75
E – QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES	76
F – ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	79
LISTE DES ACTIONS EXEMPLAIRES	80
PARTIE 3 – DÉCISION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	81
INDEX	84

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Nom de l'établissement	Centre régional de lutte contre le cancer Val-d'Aurelle – Paul Lamarque	
Situation géographique	Ville : Montpellier Département : Hérault	Région : Languedoc-Roussillon
Statut (<i>privé-public</i>)	Privé	
Type de l'établissement (<i>CHU, CH, CHS, HL, PSPH, Ets privé à but lucratif</i>)	CLCC, privé à but non lucratif, PSPH	
Nombre de lits et places (<i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i>)	L'établissement comprend 201 lits d'hospitalisation conventionnelle (131 en médecine, 70 en chirurgie), 13 places d'hospitalisation de jour en médecine et 3 places de chirurgie ambulatoire.	
Nombre de sites (<i>de l'ES et leur éloignement s'il y a lieu</i>)	Établissement monosite avec huit bâtiments reliés entre eux.	
Activités principales (<i>par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i>)	L'activité est intégralement dédiée à la cancérologie dans laquelle il assure, outre les activités de diagnostic, tous les traitements : chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie. Les pathologies principales traitées sont, conformément aux engagements du projet médical, les tumeurs du sein, digestives et de l'appareil génital féminin et masculin.	
Activités spécifiques (<i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i>)	Une activité d'enseignement médical et non médical est développée ainsi qu'une activité de recherche fondamentale et clinique. Une structure spécifique est dédiée à la prévention à l'éducation à la santé.	
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité	Les secteurs concernés sont ceux sous-traités à des sociétés possédant une reconnaissance externe de la qualité : restauration, entretien du linge, génie climatique, sécurité-gardiennage et production d'énergie thermique.	
Coopération avec d'autres établissements (<i>GCS, SIH, conventions...</i>)	Des conventions fonctionnelles existent avec les CHU de Montpellier et de Nîmes dans le cadre du pôle de référence en cancérologie. Il en est de même avec les HG de la région pour des actions de coopération et réseaux. Le plateau technique d'imagerie médicale est également co-utilisé avec un groupe de praticiens libéraux.	

Origine géographique des patients <i>(attractivité)</i>	L'origine géographique des patients est pour 80 % de la région Languedoc-Roussillon (Hérault 43 %, Gard 15 %, Pyrénées-Orientales 13 %, Lozère 5 %, Aude 4 %) et les 20 % restant proviennent des départements extérieurs.
Transformations récentes <i>(réalisées ou projetées, ou projets de restructuration)</i>	L'établissement met en œuvre son nouveau projet d'établissement 2006-2010

PARTIE 1 – DÉMARCHE QUALITÉ ET ACCRÉDITATION

I Historique et organisation de la démarche qualité

Démarche qualité entreprise avant l'accréditation

La démarche qualité est ancienne, initiée lors du projet d'établissement 1994-1998, elle s'est poursuivie par la participation du centre à la procédure expérimentale d'accréditation initiée par la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer en 1999. En 2001-2002 les auto-évaluations réalisées, puis la venue des experts-visiteurs de l'ANAES en 2003 ont abouti à un rapport d'accréditation sans recommandation.

Des plans d'amélioration de la qualité ont été mis en place à partir de ces autodiagnostic. Un suivi régulier des actions est effectué par la cellule qualité, 80 % des actions programmées ont été réalisées. Un nouveau plan qualité est en place, il prend notamment en compte les actions d'améliorations issues de l'auto-évaluation réalisée dans le cadre de la deuxième visite de certification. Des échéances sont fixées et des responsables désignés.

Organisation des structures qualité

La structuration de la qualité s'est organisée à partir du comité de pilotage du premier projet d'établissement 1994-1998. Pour conduire la première visite d'accréditation en 2003, elle s'est ensuite élargie à différents professionnels représentant l'ensemble des secteurs d'activité. La structuration s'est poursuivie avec la présence d'un responsable qualité clairement identifié et d'une assistante qualité en temps plein, rattachés directement à la direction générale, tous deux possédant une fiche de mission. Un organigramme démarche qualité et gestion des risques est en place. Il comprend une cellule qualité et de gestion des risques, qui se réunit environ tous les deux mois, composé du directeur général, du directeur général adjoint (gestionnaire de risques), des cadres responsables, du secrétaire de la CME, du médecin coordonnateur des EPP, le responsable et l'assistante qualité. Son rôle est d'assurer la mise en place et la déclinaison de la politique qualité et risques définie dans le projet d'établissement. Lors de deux réunions annuelles viennent s'adjoindre les vigilants et les gestionnaires de différents risques professionnels, environnementaux et le médecin du travail et ce dans le but d'assurer une coordination de la gestion des risques.

Chaque semaine un comité de pilotage restreint, dont fait partie le directeur, se réunit pour assurer le suivi opérationnel de cette politique.

Les priorités de la démarche qualité

À l'issue de la première visite d'accréditation, les priorités ont porté sur la structuration de la gestion de la gestion documentaire, la gestion des événements indésirables et le recueil et l'exploitation du questionnaire de sortie. La coordination des vigilances a également été mise en place.

Le nouveau projet d'établissement 2006-2010 décline trois axes prioritaires, qui découlent directement du projet stratégique médical, avec des objectifs pour la gestion de la qualité et des risques : s'organiser pour mieux informer et accueillir les patients, améliorer collectivement la performance et développer une culture de la gestion du risque et de l'évaluation au sein du centre. Une charte qualité a été élaborée et présentée aux instances.

Les principales actions entreprises depuis la précédente procédure

Elles ont notamment porté sur le circuit du linge, la sécurité du patient et du personnel de la prescription à l'administration de la chimiothérapie, la prise en charge du patient en médecine nucléaire, la sortie du patient, la nutrition parentérale, le chariot d'urgence...

II Suivi des décisions de la première procédure d'accréditation

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

III Association des usagers à la procédure d'accréditation

Les représentants des usagers ont participé aux groupes de travail sur les références 2 et 4 du chapitre 1, 26 et 31 du chapitre 3 et 51 du chapitre 4. Un des représentants des usagers a été également membre du comité de pilotage. Lors de la visite ils étaient présents dans les groupes d'auto-évaluation et une rencontre spécifique leur a été consacrée.

IV Interface avec les tutelles en matière de sécurité

La fiche navette a été établie avant la visite par l'établissement et communiquée à l'HAS.

La transmission à la MRIICE a été assurée par l'HAS. La MRIICE a informé l'HAS par courrier qu'elle « n'a pas souhaité formuler d'observations au regard des items de la fiche navette sécurité ».

Les experts-visiteurs ont eu à leur disposition les fiches sécurité de l'établissement avec les documents preuves.

PARTIE 2 – CONSTATATIONS PAR CHAPITRE

CHAPITRE I – POLITIQUE ET QUALITÉ DU MANAGEMENT

Réf 1	L'établissement définit et met en œuvre des orientations stratégiques		Cotations
1 a	Les orientations stratégiques prennent en compte les besoins de population, en termes de soins et de prévention.	Les orientations stratégiques ont été élaborées en prenant en compte le SROS et les données relatives à l'état de santé de la population.	A
1 b	Les orientations stratégiques organisent la complémentarité avec les autres établissements du territoire de santé et la participation aux réseaux de santé.	La complémentarité est organisée sous forme de partenariat formalisé avec d'autres établissements et de participation aux réseaux de santé.	A
1 c	La direction, les instances délibératives et consultatives, et les responsables s'impliquent dans la définition des orientations stratégiques.	Le processus d'élaboration du projet stratégique d'établissement et des projets annexes a favorisé la participation et l'implication de la direction, des responsables, de la plupart des instances, à l'exception des représentants du personnel. Leurs rôles respectifs sont définis et la communication organisée.	B
1 d	La direction et les responsables mettent en œuvre leur politique en conformité avec les orientations stratégiques.	Dans les différents domaines d'activité, la direction et les responsables précisent les choix stratégiques retenus et identifient les objectifs et les moyens nécessaires à leur réalisation. Ils en assurent la communication et le suivi.	A

Réf 2	L'établissement accorde une place primordiale au patient et à son entourage.		Cotations
2 a	Le respect des droits et l'information du patient sont inscrits dans les priorités de l'établissement.	L'établissement intègre le respect des droits et de l'information du patient dans la mise en œuvre de ses orientations stratégiques et dans son organisation. La sensibilisation des professionnels est assurée.	A
2 b	L'expression du patient et de son entourage est favorisée.	Les entretiens et les échanges entre les professionnels, les patients et leur entourage sont réalisés dans des conditions propices à l'expression. Des locaux adaptés sont disponibles à cet effet. Le recueil des suggestions et des plaintes est organisé. Il n'est pas fait mention dans le livret d'accueil des membres de la CRU, mise en place en novembre 2006.	B
2 c	Une réflexion éthique autour de la prise en charge du patient est conduite.	Des discussions non formalisées ont été menées sur l'éthique de manière ponctuelle, mais il n'y a pas eu d'identification de sujets nécessitant une réflexion éthique. Des débats ou réunions d'équipe <i>a posteriori</i> sont menés à l'initiative de certaines équipes mais ne donnent pas lieu à comptes rendus. L'avis d'espaces ou comités d'éthique n'a pas été sollicité.	B
2 d	La politique hôtelière prend en compte les attentes des patients	Les attentes des patients sur le plan hôtelier sont recueillies et prises en compte. Elles permettent de définir et de mettre en œuvre une politique hôtelière.	A
2 e	Les représentants des patients participent à l'évaluation et à l'amélioration des services rendus par l'établissement.	Les représentants des patients sont désignés. Ils siègent aux instances et participent à la vie de l'établissement et aux démarches qualité et de certification. Leur avis est pris en compte pour améliorer le service rendu au patient.	A

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

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

Réf 5	L'établissement définit et met en œuvre une politique de communication.		Cotations
5 a	La direction et les responsables développent une politique de communication interne.	La direction et les responsables identifient les objectifs devant faire l'objet d'une communication interne, définissent les moyens et les personnes chargées de mettre en œuvre la politique de communication.	A
5 b	Les orientations stratégiques, leur mise en œuvre et leurs résultats sont connus de l'ensemble des professionnels de l'établissement.	L'organisation de la communication est en place dans l'établissement. Elle permet de s'assurer que l'ensemble des professionnels connaît les orientations stratégiques, leur mise en œuvre et leurs résultats sans qu'un choix d'indicateur d'impact soit encore réalisé.	B
5 c	La direction et les responsables développent une politique de communication à destination du public et des correspondants externes.	Un dispositif est défini et mis en place afin que le public et les correspondants externes aient accès aux orientations stratégiques et à la vie de l'établissement. Le site Internet élaboré en 1998 est en cours de refonte.	B

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

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

CHAPITRE II – RESSOURCES TRANSVERSALES

A – RESSOURCES HUMAINES

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

Réf 9	Les processus de gestion des ressources humaines sont maîtrisés.		Cotations
9 a	Le recrutement de l'ensemble des personnels est organisé.	Une politique de recrutement est définie. Les différents acteurs sont identifiés. Les modalités de recrutement sont formalisées, intégrant l'adéquation des compétences aux conditions d'exercice.	A
9 b	L'accueil et l'intégration des personnels sont assurés.	Une politique d'accueil et d'intégration est organisée à l'échelle institutionnelle et son impact est régulièrement évalué et son programme réajusté.	A
9 c	La formation continue, y compris médicale, contribue à l'actualisation et à l'amélioration des compétences des personnels.	Il existe un plan de formation y compris médicale qui permet de répondre aux orientations stratégiques de l'établissement de santé et des secteurs d'activité, aux besoins individuels, notamment en termes de promotion, et qui associe dans son élaboration les différents acteurs institutionnels. Sa mise en œuvre est maîtrisée (recueil de besoins, critères de priorisation, politique de choix et d'achat de formations, etc.) mais n'a pas encore été évaluée.	B
9 d	L'évaluation des personnels est mise en œuvre.	Une politique d'évaluation est définie au sein de l'établissement de santé, en lien avec la politique globale de l'établissement de santé en matière de GRH. L'évaluation ne concerne cependant pas encore le personnel médical, sa mise en œuvre est prévue pour 2007.	B
9 e	La gestion administrative des personnels assure la qualité et la confidentialité des informations individuelles.	Des modalités de gestion sont définies, diffusées, appropriées et appliquées par l'ensemble des gestionnaires du personnel. Elles garantissent les principes de disponibilité, d'intégrité, de confidentialité et de sécurité des dossiers du personnel.	A

B – FONCTIONS HÔTELIÈRES ET LOGISTIQUES

Réf 10	Les fonctions hôtelières assurées par l'établissement ou externalisées sont adaptées aux besoins et aux attentes du patient et de son entourage.		Cotations
10 a	Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité du patient.	Les locaux et l'organisation des soins permettent le respect de l'intimité et de la dignité du patient tout au long de sa prise en charge et dans tous les secteurs de l'établissement. Les professionnels sont formés et sensibilisés sur ce thème.	A
10 b	Les conditions d'hébergement des personnes handicapées ou dépendantes sont adaptées.	Les locaux et l'organisation des soins sont adaptés dans la plupart des secteurs aux besoins des patients handicapés ou dépendants. Dans certaines chambres l'accès à la douche d'un patient à mobilité réduite est difficile. Les professionnels sont formés et sensibilisés à la spécificité de cette prise en charge.	B
10 c	La prestation restauration répond aux besoins nutritionnels spécifiques, et prend en compte les préférences et les convictions du patient.	Les goûts, les préférences, les régimes et les convictions sont identifiés et pris en compte par les diététiciennes. L'évaluation des besoins nutritionnels spécifiques est irrégulièrement réalisée.	B
10 d	Des solutions d'hébergement et de restauration sont proposées aux accompagnants.	Des possibilités d'hébergement et de restauration sont offertes aux accompagnants. Celles-ci sont connues des professionnels, des patients et de leur entourage.	A

Réf 11	Les fonctions logistiques, assurées par l'établissement ou externalisées, sont organisées pour assurer la maîtrise de la qualité et de la sécurité des prestations.		Cotations
11 a	La qualité et l'hygiène de la restauration sont assurées.	Le système d'assurance qualité comporte l'existence d'une démarche HACCP, de protocoles et d'audit. L'établissement assure l'adaptation des prestations aux attentes des patients. La production s'effectue en liaison chaude. Les plateaux sont acheminés dans des chariots isothermes. Lors de la distribution il n'est cependant pas procédé à un relevé des températures pour s'assurer que les plateaux sont servis à une température correcte.	B
11 b	La qualité et l'hygiène en blanchisserie, et dans le circuit traitement du linge, sont assurées.	Le programme qualité est assuré par l'application des protocoles établis à toutes les étapes de la fonction blanchisserie. L'établissement assure la formation des personnels, la diffusion des protocoles et l'évaluation à périodicité définie.	A
11 c	Le transport du patient entre les secteurs d'activité internes et/ou externe de l'établissement permet la continuité des soins, le respect concernant la dignité, la confidentialité et la sécurité, notamment l'hygiène.	La fonction transport (interne et externe) est organisée et le personnel est formé dans le but d'assurer l'hygiène, la continuité des soins et le respect des droits du patient.	A

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

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

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

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

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

D – QUALITÉ ET SÉCURITÉ DE L'ENVIRONNEMENT

Réf. 16	Un programme de surveillance et de prévention du risque infectieux, adapté au patient et aux activités à risque, est en place		Cotations
16 a	Les patients et les activités à risque infectieux sont identifiés et un programme de surveillance adapté est en place.	Une identification des patients et des activités à risque, dans ce type d'établissement, a été réalisée et un programme de surveillance est mis en œuvre. Son suivi est assuré.	A
16 b	Une formation de l'ensemble des professionnels à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux spécifique à la prise en charge est assurée.	L'établissement a organisé pour l'ensemble du personnel une formation régulière adaptée aux besoins spécifiques de la prise en charge, actualisée sous la direction du CLIN et régulièrement évaluée.	A
16 c	Des protocoles ou procédures de maîtrise du risque infectieux, validés, sont utilisés.	Il existe des protocoles et procédures de maîtrise du risque infectieux, validés par le CLIN, adaptés aux activités de l'établissement. Leur utilisation n'est pas systématiquement évaluée. Le port du vêtement de travail par le personnel est une pratique courante lors de la prise de repas au self de l'établissement. Une réflexion est menée par la direction afin d'améliorer cette situation mais n'a pas abouti à ce jour.	C
16 d	Le bon usage des antibiotiques, dont l'antibioprophylaxie, est organisé.	Des règles de bonnes pratiques sont en place et diffusées, concernant l'usage des antibiotiques et l'antibioprophylaxie. Elles font l'objet d'une actualisation régulière.	A
16 e	Un programme de prévention et de prise en charge des infections touchant les professionnels, y compris les professionnels temporaires et les étudiants, est établi en concertation avec la médecine du travail.	Le risque infectieux des professionnels (y compris étudiants, stagiaires et intérimaires) est évalué à périodicité définie, et un programme concerté de prévention et de prise en charge des infections est élaboré et mis en œuvre.	A
16 f	Le signalement des infections nosocomiales est organisé et opérationnel.	Le dispositif de signalement des infections nosocomiales est opérationnel. Les professionnels de l'établissement le connaissent. Il repose sur la formation et l'information de tous les professionnels de l'établissement.	A

Réf. 16	Un programme de surveillance et de prévention du risque infectieux, adapté au patient et aux activités à risque, est en place	Cotations		
16 g	<table border="1"><tr><td data-bbox="259 376 797 510">Un dispositif permettant l'alerte, l'identification, la gestion d'un phénomène épidémique est en place.</td><td data-bbox="797 376 1930 510">Une information et une formation de l'ensemble des professionnels permettent de connaître le dispositif (alerte, identification et gestion) mis en place face à un phénomène épidémique. Des mesures préventives permettent d'éviter la survenue ou la récurrence d'un tel phénomène.</td></tr></table>	Un dispositif permettant l'alerte, l'identification, la gestion d'un phénomène épidémique est en place.	Une information et une formation de l'ensemble des professionnels permettent de connaître le dispositif (alerte, identification et gestion) mis en place face à un phénomène épidémique. Des mesures préventives permettent d'éviter la survenue ou la récurrence d'un tel phénomène.	A
Un dispositif permettant l'alerte, l'identification, la gestion d'un phénomène épidémique est en place.	Une information et une formation de l'ensemble des professionnels permettent de connaître le dispositif (alerte, identification et gestion) mis en place face à un phénomène épidémique. Des mesures préventives permettent d'éviter la survenue ou la récurrence d'un tel phénomène.			

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

Réf. 18	La gestion des risques liés à l'environnement, hors infrastructures et équipements, est assurée		Cotations
18 a	L'hygiène des locaux est assurée.	L'établissement a mis en place une démarche permettant d'assurer l'hygiène des locaux, basée sur l'adaptation des pratiques de nettoyage des locaux en fonction du risque. Les personnels concernés sont formés. Des contrôles et des évaluations sont effectués et des actions d'amélioration mises en œuvre.	A
18 b	La maintenance et le contrôle de la qualité de l'eau sont adaptés à ses différentes utilisations.	L'établissement a mis en place une démarche permettant d'assurer la qualité de l'eau dans ses différentes utilisations, basée sur l'application des normes de sécurité, la formation des personnels, la mise en œuvre de contrôles périodiques et des actions d'amélioration.	A
18 c	La maintenance et le contrôle de la qualité de l'air sont adaptés aux secteurs d'activité et aux pratiques réalisées.	L'établissement a mis en place une démarche permettant d'assurer la qualité de l'air, adaptée aux secteurs d'activité et aux pratiques réalisées. Elle est basée sur l'application des normes de sécurité, la formation des personnels, la mise en œuvre de contrôles périodiques et des actions d'amélioration.	A
18 d	L'élimination des déchets, notamment d'activité de soins, est organisée.	Une organisation d'élimination des déchets est en place. Les professionnels sont formés, des mesures de protection sont en place. Les dysfonctionnements sont régulièrement analysés et suivis pour la plupart d'actions d'amélioration. Cependant le système d'élimination des DASRI au bloc opératoire s'effectue au moyen d'une gaine d'évacuation ne garantissant pas les conditions d'hygiène et de sécurité optimale. L'établissement envisage, dans le cadre de son projet de restructuration, de supprimer ce système.	C
18 e	Le CLIN et l'équipe opérationnelle d'hygiène sont associés à tout projet pouvant avoir des conséquences en termes de risque infectieux.	Tout nouveau projet d'aménagement des locaux, d'équipement matériel ou de réorganisation est soumis à la consultation du CLIN pour en apprécier les risques infectieux. Une coordination des acteurs, intégrant l'EOHH est mise en place.	A

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

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

E – SYSTÈME D'INFORMATION

Réf. 21	Le recueil et la mise à disposition de l'information sont organisés dans l'établissement		Cotations
21 a	Les bases de connaissances utiles à la réalisation des différentes activités sont à la disposition des professionnels.	Le recueil des connaissances utiles aux utilisateurs est organisé. Les supports et le mode de communication en permettent l'accès aux professionnels.	A
21 b	Les données nécessaires à la prise en charge des patients sont communiquées en temps utile et de façon adaptée aux besoins.	L'organisation permet la mise à disposition des professionnels concernés des données nécessaires aux différents stades de la prise en charge du patient en temps utile et dans les différents secteurs d'activité, sous une forme adaptée aux besoins.	A
21 c	Le système de communication interne permet la coordination des acteurs de la prise en charge en temps voulu.	L'identification, l'organisation et l'adaptation des moyens de communication interne favorisent la coordination en temps voulu des acteurs de la prise en charge du patient.	A
21 d	Les données nécessaires au suivi des activités et au pilotage de l'établissement sont recueillies et transmises aux responsables.	L'établissement a identifié et recueilli les données nécessaires au suivi de son activité. Les responsables des secteurs d'activité n'en sont pas systématiquement destinataires.	B
21 e	Le contrôle qualité des données est en place.	Un contrôle de la qualité des données est effectué régulièrement dans les différents champs du système d'information. L'analyse et l'exploitation de ces contrôles sont également effectuées.	A

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

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

Réf. 24	Le dossier du patient obéit à des règles de gestion définies pour l'ensemble des secteurs d'activité		Cotations
24 a	Les règles de tenue du dossier de patient sont connues des différents intervenants.	Des règles définissant le contenu du dossier du patient sont élaborées mais elles ne précisent pas les conditions de tenue. Elles sont connues et mises en œuvre par les professionnels concernés. La finalisation de l'informatisation du dossier du patient (dossier de soins infirmiers, prescriptions pharmaceutiques et examens) en cours de réalisation va s'accompagner de l'élaboration du guide de tenue. Des évaluations ont été réalisées dans le cadre du projet COMPAQH.	B
24 b	Les règles de communication du dossier du patient sont connues des professionnels concernés.	Des règles précisant les modalités de communication du dossier du patient sont élaborées. Elles sont connues des professionnels concernés et l'établissement s'assure de leur utilisation.	A
24 c	Les règles de conservation du dossier du patient sont connues des professionnels concernés.	L'établissement a développé une communication et/ou une formation régulière des professionnels concernés sur les règles de conservation du dossier du patient. Il s'assure de leur application.	A
24 d	Les professionnels connaissent leurs responsabilités dans la préservation de la confidentialité des données personnelles.	Les professionnels concernés par la confidentialité des données personnelles sont identifiés. Les règles garantissant sa préservation sont connues.	A
24 e	L'accès aux dossiers est organisé pour le patient et/ou les personnes habilitées.	L'organisation mise en place par les responsables assure l'accès au dossier pour le patient et les personnes habilitées. Elle est connue des professionnels et des patients.	A

CHAPITRE III – PRISE EN CHARGE DU PATIENT

A – ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET MANAGEMENT DES SECTEURS D'ACTIVITÉ

Réf 25	Les responsables des secteurs d'activité exercent pleinement leur rôle.		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
25 a	Les responsables prévoient les évolutions de leur secteur d'activité en cohérence avec les choix stratégiques de l'établissement.	Les responsables de chaque secteur d'activité élaborent un projet. Ces projets s'inscrivent dans les orientations stratégiques de l'établissement.	A				
25 b	Les responsables organisent les activités de leur secteur et identifient les moyens nécessaires à leur réalisation.	L'implication des responsables permet d'assurer une organisation compétente et efficiente de leur secteur d'activité.	A				
25 c	Les responsables organisent la complémentarité avec les autres structures et la participation à des réseaux de santé dans leur domaine.	Tous les responsables des secteurs d'activité définissent les champs de complémentarité et les partenariats potentiels. L'organisation mise en place est formalisée et les modes de fonctionnement permettent d'en assurer le suivi.	A				
25 d	Les responsables des secteurs d'activité décident, dans le cadre de leurs attributions, des actions à mettre en œuvre dans leur secteur.	Chaque secteur d'activité a défini son processus décisionnel dans un cadre institutionnel.	A				
25 e	Les responsables motivent les personnels de leur secteur d'activité en favorisant leur adhésion et leur implication.	Les responsables s'impliquent dans le développement de la motivation de leur équipe. Des moyens et mécanismes d'intéressement sont mis en œuvre pour favoriser la motivation tant individuelle que collective.	A				
25 f	Les responsables veillent à la bonne utilisation des moyens alloués.	Chaque responsable s'implique dans l'efficience de son secteur d'activité et dispose d'outils et de moyens permettant de s'assurer de la bonne utilisation des ressources allouées.	A				
25 g	Les responsables développent des démarches d'évaluation et d'amélioration	Les responsables sont institutionnellement impliqués dans l'évaluation et l'amélioration des performances de leur secteur d'activité. Ils disposent des outils et de la formation pour le faire.	A				

B – PARCOURS DU PATIENT

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

Réf 27	L'accueil du patient (résidant – USLD) et de son entourage est organisé.		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
27 a	Les besoins et les attentes du patient (résidant – USLD) sont identifiés, y compris les besoins sociaux.	Les informations concernant les besoins et les attentes du patient sont recherchées, rassemblées aux moments de l'accueil et sont disponibles.	A				
27 b	Le patient (résidant – USLD) reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de son séjour.	Les conditions de l'accueil, la sensibilisation du personnel et les supports d'information font que les patients reçoivent une information claire et adaptée sur les conditions de son séjour.	A				
27 c	L'accueil et les locaux sont adaptés aux handicaps du patient (résidant – USLD) et/ou de son entourage.	L'établissement s'organise pour rendre l'ensemble des secteurs d'activité concernant le patient accessible aux handicapés.	A				
27 d	La permanence de l'accueil est organisée.	Les règles gérant l'accueil sont définies et assurent une réponse permanente et adaptée aux différents types de prise en charge. La permanence de l'accueil téléphonique est assurée la nuit par le personnel soignant mais pas de manière optimum.	B				
27 e	Une procédure spécifique d'accueil des détenus est organisée dans les établissements concernés.	Par convention avec le CHU, l'établissement n'accueille pas de détenus.	NA				

Réf 28	La prise en charge du patient se présentant pour une urgence est organisée.		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
28 a	L'accueil de toute personne se présentant pour une urgence est organisé par des professionnels formés à cet effet.	L'accueil des patients en urgence est organisé par un personnel dédié, formé et identifié.	A				
28 b	Selon le degré d'urgence, une prise en charge, une réorientation ou un transfert est organisé dans un délai compatible avec les impératifs de sécurité.	L'organisation en place permet aux professionnels de santé la mise en œuvre de la décision de prise en charge, de réorientation ou de transfert des patients dans des délais compatibles avec leur état de santé.	A				
28 c	Le recours à un avis spécialisé est organisé selon les besoins.	L'organisation du recours aux spécialistes assure leur intervention dans des délais compatibles avec la sécurité des patients.	A				
28 d	La disponibilité des lits d'hospitalisation est régulièrement évaluée et analysée au sein de l'établissement.	Une organisation adaptée de la gestion des lits d'hospitalisation permet d'évaluer et d'analyser régulièrement la disponibilité des lits afin de réduire les délais d'attente d'hospitalisation.	A				

Réf 29	L'évaluation initiale de l'état de santé du patient (résident – USLD) donne lieu à un projet thérapeutique personnalisé, ajusté tout au long de sa prise en charge (son séjour – USLD).		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
29 a	Le patient (résident – USLD) et, s'il y a lieu, son entourage sont partie prenante dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique.	Une organisation formalisée impliquant le patient et, le cas échéant son entourage, dans l'élaboration et le suivi de son projet thérapeutique est mise en œuvre dans chaque secteur d'activité. Le point de vue du patient et de son entourage s'il y a lieu est systématiquement tracé dans le dossier du patient.	A				
29 b	Les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures sont accessibles 24 heures/24.	Une organisation assure l'accès 24 heures/24 à l'ensemble des données antérieures.	A				
29 c	Le projet thérapeutique prend en compte l'ensemble des besoins du patient (résident – USLD) et organise la coordination entre les professionnels des différents secteurs d'activité.	Les besoins des patients sont identifiés. Ils sont pris en compte de façon coordonnée par les professionnels des différents secteurs d'activité.	A				
29 d	La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient (résident – USLD).	Les professionnels s'organisent pour assurer la trace de la réflexion bénéfice-risque pour chaque patient au sein du dossier.	A				
29 e	Lorsqu'une restriction de liberté de circulation est envisagée dans l'intérêt du patient (résident – USLD), celle-ci fait l'objet d'une réflexion en équipe et d'une prescription écrite réévaluée à périodicité définie, et d'une information au patient (résident – USLD) et à son entourage.	Les situations de restriction de liberté de circulation sont identifiées et font l'objet d'une réflexion de l'équipe de soins, cette restriction est communiquée au patient par oral.	A				
29 f	Le projet thérapeutique fait l'objet d'ajustements en fonction d'évaluations régulières de l'état de santé du patient (résident – USLD)	L'ensemble des professionnels tracent leurs observations dans le dossier du patient et se coordonnent pour ajuster de façon régulière le projet thérapeutique.	A				

Réf 30	Des situations nécessitant une prise en charge adaptée sont identifiées.		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
30 a	L'état nutritionnel du patient est évalué et ses besoins spécifiques sont pris en compte.	L'évaluation de l'état nutritionnel est basée sur le poids. Une diététicienne est à la disposition des patients pour établir les menus selon les leurs goûts mais n'intervient pas sur l'approche thérapeutique. Des consultations médicales de nutrition existent dans certains secteurs leur extension est envisagée. Il n'existe pas d'anticipation sur les conséquences délétères des traitements sur l'état nutritionnel. L'établissement suite à une évaluation menée dans le cadre des EPP sur ce thème, envisage de revoir cette organisation.	C				
	USLD – L'équilibre nutritionnel des résidents est assuré en fonction de leurs goûts et habitudes alimentaires.						
30 b	Les conduites addictives sont identifiées et font l'objet d'une prise en charge adaptée.	Les conduites addictives sont identifiées, traitées dans des structures adaptées.	A				
30 c	La maladie thromboembolique fait l'objet d'une prévention dans les situations à risque.	La maladie thromboembolique est prise en charge pour toutes situations à risque en accord avec les recommandations des sociétés savantes.	A				
30 d	Les chutes des patients font l'objet d'une prévention.	Une réflexion sur le risque de chutes a été menée. Des équipements adaptés afin de diminuer ce risque ont été acquis. L'aménagement des pièces est en cours.	B				
30 e	Le risque suicidaire est pris en compte.	Le risque suicidaire est identifié et pris en compte dès le signalement.	A				
30 f	Les escarres font l'objet d'une prévention.	Les escarres font l'objet d'une prévention avec matériel adapté et formation des agents, cette prise en charge est tracée dans le diagramme de soins.	A				

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

Réf 31	Le patient (résidant – USLD) est informé de son état de santé et est partie prenante de sa prise en charge.		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
31 a	Le patient reçoit une information coordonnée par les professionnels sur les soins et son état de santé tout au long de sa prise en charge.	La coordination des professionnels permet au patient de recevoir une information hétérogène sur ses soins et son état de santé, la distribution des documents d'information n'est pas formalisée. La mise en place d'un « espace rencontre information » récente permet une diffusion en direct des informations médicales, sociales et administratives aux patients et à leur entourage.	B				
31 b	Les professionnels délivrent une information adaptée à la compréhension du patient (résidant – USLD).	Les informations données au patient sont adaptées à sa compréhension et aux particularités de son état de santé, de sa situation ou de sa prise en charge.	A				
31 c	Le patient (résidant – USLD) désigne les personnes qu'il souhaite voir informer.	Les coordonnées des personnes que le patient souhaite voir informer sont recueillies et tracées dans le dossier.	A				
31 d	Le consentement éclairé du patient (résidant – USLD) ou de son représentant légal est requis pour toute pratique le concernant.	Avant toute demande de consentement, le patient ou son représentant légal est informé sur les actes de prévention, d'exploration et de soins qui le concernent en particulier sur leurs risques et leurs bénéfices. Le consentement du patient ou de son représentant légal est recueilli mais tracé dans le dossier de manière inhomogène.	B				
31 e	Un consentement éclairé (résidant – USLD) du patient est formalisé dans les situations particulières.	Avant toute demande de consentement, le patient (le représentant légal, le cas échéant) est informé sur les actes de prévention, d'exploration et de soins qui le concernent en particulier sur leur bénéfice-risque. Le recueil écrit systématique du consentement éclairé est réalisé dans certaines situations connues des professionnels.	A				
31 f	Le patient (résidant – USLD) est informé de la survenue d'un événement indésirable lors de sa prise en charge.	Les modalités d'information du patient durant son séjour ou après sa sortie concernant la survenue d'un événement indésirable sont formalisées. L'information donnée est tracée dans le dossier.	A				

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

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

Réf 34	La traçabilité des actes et la transmission, en temps opportun, des informations reposent sur une organisation adaptée du dossier du patient (résidant – USLD).		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
34 a	L'information contenue dans le dossier du patient (résidant – USLD) est actualisée tout au long de sa prise en charge et également après sa sortie.	Tous les éléments diagnostiques et thérapeutiques sont tracés dans le dossier du patient et notamment toutes les informations retraçant son état de santé, le compte rendu en chirurgie n'est pas toujours fait en temps réel. Le dossier est complété après la sortie du patient, le cas échéant.	B				
34 b	L'information contenue dans le dossier du patient (résidant – USLD) est accessible aux professionnels en charge du patient (résidant – USLD), en temps utile.	Une organisation de la tenue et de l'accessibilité du dossier du patient facilite la consultation des informations qu'il contient lorsque le professionnel de santé en a besoin.	A				
34 c	Tout acte diagnostique et/ou thérapeutique fait l'objet d'une prescription écrite, datée et signée.	Les prescriptions sont écrites, datées et signées pour tous les actes le nécessitant.	A				
34 d	L'information sur son état de santé et son traitement donnée au patient (résidant – USLD) et/ou à son entourage est enregistrée dans le dossier du patient (résidant – USLD).	Toutes les informations données aux patients ne sont pas toujours tracées dans le dossier du patient, notamment celles concernant les actes invasifs.	B				

Réf. 35	Le fonctionnement des secteurs médicotechniques à visée diagnostique fait l'objet d'une concertation avec les secteurs d'activité (avec les USLD – USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
35 a	La prescription d'examens complémentaires est justifiée par l'état du patient (résidant – USLD) et mentionne les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande.	Chaque examen complémentaire s'appuie sur une évaluation de l'état du patient. La plupart des demandes d'examens précisent les objectifs et les renseignements cliniques pertinents.	B				
35 b	Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies.	Les règles de coordination entre secteurs d'activité clinique et médicotechnique relatives à la réalisation des examens sont systématiquement définies et mises en œuvre.	A				
35 c	Les règles relatives à la communication des résultats sont établies et répondent aux besoins des secteurs d'activité clinique en termes de qualité et de délais de transmission.	Les règles de coordination entre secteurs d'activité clinique et médicotechnique relatives à la communication des examens sont systématiquement définies et mises en œuvre.	A				

Réf. 36	Les circuits du médicament et des dispositifs médicaux stériles sont organisés en concertation entre les professionnels de la pharmacie et ceux des autres secteurs (des USLD – USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
36 a	Les conditions de prescription, de validation, de dispensation et d'administration des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont maîtrisées afin de réduire le risque iatrogène évitable.	Le circuit du médicament/des dispositifs médicaux stériles est organisé par étapes, interfaces incluses, sous le contrôle du COMEDIMS. Le circuit des médicaments comprend une dispensation individuelle. Il est informatisé et sécurisé pour les chimiothérapies ; pour les autres médicaments, il existe une retranscription contrôlée par la pharmacie permettant une dispensation après expertise pharmaceutique. Les événements indésirables sont recueillis et exploités pour prévenir leur reconduction. L'évaluation des circuits n'est pas systématisée. La mise en œuvre des actions d'amélioration est en cours, en particulier la généralisation des prescriptions informatisées.	C				
36 b	L'utilisation des médicaments suit les recommandations de bonne pratique en termes de pertinence de l'indication, de respect des contre-indications, et de connaissance des interactions et effets secondaires.	Les professionnels suivent les recommandations de bonne pratique de prescription des médicaments permettant d'assurer une bonne utilisation des médicaments. Les événements indésirables sont recueillis, analysés et exploités.	A				
36 c	L'administration du médicament au patient (résidant – USLD) est conforme à la prescription et fait l'objet d'une traçabilité.	La conformité de l'administration du médicament à la prescription est assurée par les professionnels habilités, mais l'ensemble des traitements médicamenteux ne sont pas encore tracés sur un support unique. Les événements indésirables sont recueillis et exploités pour prévenir leur reconduction.	B				
36 d	Les informations sur les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont à la disposition des utilisateurs.	Les responsables de la pharmacie délivrent aux professionnels des informations validées et actualisées sur les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux et mettent à disposition des patients des informations adaptées à leur état de santé.	A				

		Cotation					
36 e	Les demandes urgentes de médicaments peuvent être satisfaites à tout moment.	Il existe une organisation concertée et connue de tous les professionnels pour satisfaire les demandes urgentes de médicaments. L'astreinte pharmaceutique est en cours d'organisation.	B				
	<i>USLD</i> – Les demandes urgentes de médicaments, formulées par les USLD, peuvent être satisfaites à tout moment.						

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

Réf. 38	Le don d'organe ou de tissus à visée thérapeutique est organisé		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
38 a	La participation de l'établissement aux activités ou à un réseau de prélèvements d'organes et de tissus est définie.	L'établissement n'a pas envisagé sa participation au réseau de prélèvement de cornées auquel il pourrait contribuer.	C				
38 b	Une information sur le don d'organes ou de tissus est disponible pour le public.		NA				
38 c	Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes ou de tissus.	L'établissement ne sensibilise pas les professionnels au don d'organes ou de tissus.	C				
38 d	Les prélèvements d'organes ou de tissus sont réalisés conformément aux règles de bonnes pratiques.		NA				

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

Réf. 40	L'éducation du patient (résidant – <i>USLD</i>) sur son état de santé, son traitement et les questions de santé publique susceptibles de le concerner est assurée		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
40 a	Un programme d'éducation thérapeutique adapté à son état est mis en place en veillant à la compréhension du patient (résidant – <i>USLD</i>).	Une organisation permet de faire bénéficier le patient d'une éducation adaptée à son état de santé. Cette éducation vise l'appropriation des pratiques et l'acquisition des compétences utiles pour améliorer son autonomie dans la gestion de sa maladie et de son traitement.	A				
40 b	L'entourage du patient est associé aux actions d'éducation, le cas échéant.	Une organisation permet d'associer, occasionnellement, l'entourage aux actions d'éducation thérapeutique du patient.	B				
40 c	Une éducation aux questions de santé publique est délivrée au patient (résidant – <i>USLD</i>) selon le cas.	L'établissement a organisé des activités d'éducation pour la prévention des cancers destinées au grand public ; les patients et leurs accompagnants peuvent en bénéficier.	A				

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

Réf. 42	Les soins palliatifs font l'objet d'une réflexion pluriprofessionnelle en relation avec le médecin traitant et l'entourage – (USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
42 a	La volonté du patient (résidant – USLD) est prise en compte.	La volonté du patient est recueillie et prise en compte mais n'est pas toujours formalisée dans le dossier.	B				
42 b	La prise en charge des besoins spécifiques du patient (résidant – USLD) en fin de vie et de son entourage est assurée.	Les besoins spécifiques des patients en fin de vie sont identifiés ; leur formalisation dans le dossier ne permet pas toujours une vision synthétique de la situation. Ces besoins sont pris en charge par les équipes de l'établissement avec l'appui d'un médecin dédié aux soins palliatifs et en relation avec les structures d'accueil spécialisées.	B				
42 c	La formation des professionnels est organisée.	La formation des professionnels prodiguant des soins palliatifs est assurée.	A				
42 d	Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.	Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels prodiguant des soins palliatifs sont identifiés et pris en compte ; les modalités institutionnelles d'accompagnement ne sont pas formalisées.	B				

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

CHAPITRE IV

ÉVALUATION ET DYNAMIQUES D'AMÉLIORATION

A – PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Réf. 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
44 a	La pertinence des hospitalisations est évaluée.	<p>Les professionnels de l'établissement ont choisi d'étudier le taux de journées non pertinentes d'hospitalisation en chirurgie oncologique et de mettre en place des actions d'amélioration pour diminuer ce taux. Cette action s'inscrit dans une réflexion institutionnelle sur la création d'un service de chirurgie ambulatoire et a bénéficié du soutien des instances. Le groupe de travail multiprofessionnel a effectué une revue de pertinence des hospitalisations, basée sur des référentiels reconnus et analysant la totalité des hospitalisations chirurgicales sur deux périodes de 3 jours. Un plan d'actions a été identifié mais non encore mis en œuvre.</p> <p>Les résultats conduisent à engager une amélioration du recueil des besoins spécifiques dès l'annonce du diagnostic et à évaluer les procédures de sortie et de prise en charge par le service social. Une adaptation au contexte des grilles de pertinence et une reconduction de l'analyse en 2007 ont été décidées.</p>	B
44 b	La pertinence des actes à risque est évaluée.	<p>Les professionnels ont entrepris d'analyser la pertinence des indications des interventions chirurgicales pour récidives de cancers génitaux et du rectum. Ce choix est justifié par la gravité de ces actes, typiques d'une chirurgie de recours relevant des centres spécialisés, et leur fort impact sur la qualité de vie des patients.</p> <p>Le groupe de travail, associant des membres de toutes les professions concernées, a bénéficié du soutien des instances. La méthode de l'audit clinique ciblé a été appliquée ; le groupe a établi sa propre grille d'analyse intégrant des paramètres pronostiques médicaux, des paramètres de suivi de l'évolution et d'adaptation du patient aux conséquences de la chirurgie.</p> <p>Toutes les interventions de ce type sur une durée de 2 ans ont été analysées.</p> <p>L'analyse des résultats a conduit à modifier la stratégie d'évaluation locorégionale et métastatique en préopératoire de façon à affiner les indications opératoires et à systématiser la préparation du patient aux contraintes postopératoires. Ce travail a été diffusé auprès des personnels concernés ; les améliorations ont été mises en œuvre et une seconde évaluation est programmée.</p>	A

Réf. 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
44 c	La pertinence des prescriptions médicamenteuses est évaluée.	<p>Les professionnels ont décidé d'analyser la pertinence de la prescription de la nutrition parentérale dans les services de soins. Ce choix est justifié par le risque potentiel de cette pratique et par son coût qui incitent à une évaluation fine des bénéfices et des risques de cette technique par rapport à la nutrition par voie digestive. Le groupe de travail multiprofessionnel a repéré et étudié les référentiels appropriés et reconnus et a mis en œuvre une méthode d'audit clinique ciblé. Il a élaboré une grille recueillant des paramètres relatifs à l'état nutritionnel et son appréciation, aux possibilités d'apport digestif et à leur utilisation effective, à l'existence d'une supplémentation en vitamines et oligoéléments. Le recueil a concerné tous les patients recevant une alimentation parentérale pendant une semaine dans 2 services chirurgicaux et 4 services médicaux.</p> <p>L'analyse des résultats a permis d'identifier plusieurs axes d'amélioration : formation systématique des internes et formations continues dans les services, dépistage systématique et formalisé des états de dénutrition en partie conditionnée par la disponibilité de diététiciennes ayant une fonction clinique, élaboration d'un thesaurus de nutrition, ouverture de consultations spécifiques au sein même des services.</p> <p>Ce travail a été partagé avec tous les professionnels concernés. Les actions d'amélioration sont en cours de mise en œuvre, en collaboration avec le CLAN. Une nouvelle évaluation un an plus tard est programmée.</p>	A
44 d	La pertinence des examens de laboratoire et des examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle est évaluée.	<p>Les professionnels se sont attachés à analyser la pertinence des demandes de TEP SCAN à l'occasion de l'ouverture en 2005 d'une vacation sur le site du CHU et du projet d'acquisition d'un appareil propre qui a été inscrit dans le projet d'établissement. Ce travail, appuyé par les instances, a été conduit par un groupe de médecins spécialistes prescrivant ou réalisant ces examens d'imagerie. Ce groupe a mis en œuvre un audit clinique ciblé, après avoir repéré les référentiels appropriés et élaboré une grille de recueil. Ce recueil a concerné tous les examens demandés sur une période de 6 mois.</p> <p>L'analyse des résultats a permis d'identifier plusieurs axes d'amélioration : aide à la prescription par le rappel des critères de pertinence sur la fiche de demande d'examen, mise en place d'une veille et d'une diffusion active aux prescripteurs des modifications fréquentes des critères, du fait de l'évolution rapide des connaissances sur ce sujet, intégration systématique de la TEP SCAN dans les thesaurus internes</p>	A

Réf. 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques	Cotation	
		et du réseau de cancérologie. Les professionnels concernés sont informés de ces améliorations ; certaines sont opérationnelles, d'autres sont programmées. Un suivi systématique en routine de cette pertinence des demandes est en place.	

Réf. 45	Les professionnels évaluent le risque lié aux soins		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
45 a	Les professionnels identifient les actes, les processus et les pratiques à risque et évaluent leurs conditions de sécurité.	<p>Les professionnels ont entrepris d'évaluer les conditions de sécurité dans lesquelles sont réalisés les divers actes relatifs aux chambres implantables (pose, utilisation, suivi). Ce choix est justifié par la fréquence de recours à ces dispositifs dans l'établissement et par leurs risques potentiels pour les patients.</p> <p>Un groupe de travail multiprofessionnel a été constitué ; il a choisi la méthode de l'audit clinique et a conduit trois enquêtes successives.</p> <p>Les référentiels appropriés ont été identifiés.</p> <p>L'analyse des résultats a permis d'identifier plusieurs axes d'amélioration des pratiques ; leur définition n'est pas finalisée.</p>	B				
45 b	L'analyse des événements indésirables et la mise en œuvre des actions de prévention et d'amélioration correspondantes sont assurées.	<p>L'établissement a entrepris d'analyser les pratiques relatives à l'utilisation des chimiothérapies à la suite de la survenue d'un événement indésirable grave. La direction et les acteurs concernés se sont mobilisés pour améliorer la sécurité du processus de prescription, de préparation et d'administration de ces médicaments à hauts risques et d'utilisation très fréquente dans l'établissement. Les référentiels appropriés ont été identifiés ; la méthode retenue a été celle de l'analyse de cas et de résolution de problèmes. Au terme de plus de deux ans de travail soutenu, plusieurs actions d'amélioration ont été définies, après information et concertation avec tous les acteurs concernés : révision des procédures de prescription, de préparation et d'administration avec une formalisation de toutes les étapes du processus. Après une phase de validation, ces procédures ont été diffusées au personnel de façon contrôlée, et mises en œuvre. Une procédure de conduite à tenir en cas d'incident a été élaborée.</p>	A				

		Cotation					
		Un dispositif d'évaluation et de suivi est opérationnel.					

Réf. 46	La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
46 a	Les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés.	<p>L'établissement s'est attaché à évaluer le processus d'établissement du plan personnalisé de soins dans l'une des pathologies les plus fréquentes qu'il prend en charge, les cancers du sein, en termes de délai et de qualité.</p> <p>Un groupe de travail représentatif des principaux acteurs médicaux, paramédicaux, médicotechniques et administratifs a mis en œuvre la méthode du chemin clinique après avoir identifié les référentiels de bonnes pratiques appropriés.</p> <p>Une série d'indicateurs a été définie, portant essentiellement sur les délais et les flux.</p> <p>Une série d'actions d'amélioration ont été identifiées. Plusieurs actions ont été définies (vérification des dossiers, organisation des rendez-vous pour certaines investigations, processus de transmission des résultats anatomopathologiques, modalités de réalisation du repérage radiologique). La plupart de ces actions ont été mises en œuvre, les autres sont engagées.</p> <p>Le groupe de travail a mis en place des indicateurs et programmé un suivi.</p>	A				
46 b	Les processus et les pratiques liés à la prise en charge sont analysés.						
46 c	Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte.						
46 d	Les objectifs d'amélioration sont définis et les actions mises en œuvre.						
46 e	Les données et les indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration.						
46 f	Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons.						

Réf. 46	La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
46 a	Les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés.	<p>L'établissement a décidé d'évaluer les plans personnalisés de soins (PPS) dans la forme la plus fréquente des cancers le plus souvent pris en charge dans l'établissement, les cancers du sein avec ganglions négatifs. L'objectif était double : évaluer la conformité du PPS au référentiel du réseau Onco-LR et la mise en œuvre de ce PPS.</p> <p>Le groupe de travail composé de médecins oncologues, radiothérapeute, biologiste et DIM, a utilisé la méthode du chemin clinique sur un échantillon exhaustif de dossiers observés sur une période de deux mois. Le référentiel du réseau de cancérologie Onco-LR a servi à évaluer la conformité des décisions prises en réunion de concertation pluridisciplinaire et constituant le PPS, les recommandations des SOR et les données de la littérature ont servi de référence pour apprécier les délais de mise en œuvre des prescriptions du PPS.</p> <p>Plusieurs actions d'amélioration ont été identifiées, relatives aux conditions d'examen des dossiers en RCP, à la coordination entre les équipes chirurgicales, médicales et de radiothérapie pour améliorer le respect des délais entre les différents temps du traitement, et à la nécessité d'élaborer un référentiel de traitement adapté aux patients âgés de plus de 70 ans.</p> <p>La mise en œuvre a débuté et son déploiement est programmé. Les indicateurs de suivi ont été définis.</p>	A				
46 b	Les processus et les pratiques liés à la prise en charge sont analysés.						
46 c	Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte.						
46 d	Les objectifs d'amélioration sont définis et les actions mises en œuvre.						
46 e	Les données et les indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration.						
46 f	Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons.						

B – RESSOURCES HUMAINES

Réf 47	Une évaluation de la politique des ressources humaines est mise en œuvre.		Cotation
47 a	La réalisation des actions définies dans les orientations stratégiques est mesurée périodiquement dans chacun des domaines de la gestion des ressources humaines.	L'établissement de santé a défini des indicateurs pertinents et réalise une évaluation lui permettant : un contrôle de la mise en œuvre effective des projets RH, une évaluation des résultats de la politique mise en œuvre, une régulation des dysfonctionnements.	A
47 b	La satisfaction des professionnels de l'établissement est évaluée et prise en compte.	L'établissement n'a pas mis en œuvre, à périodicité définie des enquêtes de satisfaction du personnel permettant d'évaluer de manière globale la satisfaction des professionnels. Une enquête générale de satisfaction est programmée en 2007.	C

C – FONCTIONS HÔTELIÈRES ET LOGISTIQUES

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

D – SYSTÈME D'INFORMATION

Réf. 49	Une évaluation du système d'information est mise en œuvre		Cotation
49 a	Les dysfonctionnements du système d'information sont recensés, analysés et traités.	L'identification des dysfonctionnements du système d'information avec les acteurs concernés, permet de développer une analyse et un traitement pour y remédier.	A
49 b	La satisfaction des utilisateurs est évaluée et prise en compte.	Il existe un recueil régulier et adapté de la satisfaction des différents utilisateurs du système d'information. Cette évaluation est analysée, communiquée et permet de réajuster le système d'information.	A
49 c	La gestion du dossier du patient est évaluée.	Une évaluation de la gestion du dossier est réalisée régulièrement dans tous les secteurs d'activité en relation avec les instances. L'analyse et l'exploitation de ces résultats permettent de faire progresser la gestion du dossier au niveau de l'institution.	A

E – QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

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

Réf. 51	La satisfaction du patient et de son entourage est évaluée		Cotation
51 a	Le recueil de la satisfaction des patients est suivi d'actions d'amélioration.	Il existe un dispositif de recueil et d'analyse de la satisfaction des patients et de leur entourage dont les résultats sont pris en compte dans un plan d'amélioration de la qualité.	A
51 b	Les délais d'attente sont analysés et des actions d'amélioration sont entreprises.	Il existe un dispositif de recueil régulier et d'analyse des délais d'attente dont les résultats sont pris en compte dans un plan d'amélioration de la qualité.	A
51 c	Les réclamations et les plaintes des patients sont suivies d'actions d'amélioration.	Un dispositif opérationnel de gestion des plaintes et réclamations permet une analyse et une réponse individuelles et systématiques. Ce dispositif est exploité dans le cadre de l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité.	A
51 d	Les résultats de ces évaluations font l'objet d'échanges avec les représentants des usagers de l'établissement.	Il existe une concertation régulière entre l'établissement et les représentants d'usagers autour des résultats des évaluations concernant la satisfaction des usagers pour définir des priorités d'amélioration.	A

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

F – ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

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

LISTE DES ACTIONS EXEMPLAIRES

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

Aucune action exemplaire n'a été retenue.

PARTIE 3 – DÉCISION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Certification

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

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

- Supprimer la gaine d'évacuation des DASRI au bloc opératoire (18 d) ;
- Généraliser l'évaluation de l'état nutritionnel du patient (30 a).

INDEX

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

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

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

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

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

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