

**RAPPORT DE CERTIFICATION DU
SSR FERNANDE-BERGER**

**15, boulevard de la Présentation
Quartier de la Rose
13013 MARSEILLE**

MARS 2007

S O M M A I R E

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	p.	5	Chapitre IV – Évaluations et dynamiques d'amélioration	p.	73
PARTIE 1			A Pratiques professionnelles	p.	74
DÉMARCHE QUALITÉ ET ACCRÉDITATION	p.	7	B Ressources humaines	p.	78
I Historique et organisation de la démarche qualité	p.	9	C Fonctions hôtelières et logistiques	p.	79
II Suivi des décisions de la première procédure d'accréditation	p.	10	D Système d'information	p.	80
III Association des usagers à la procédure d'accréditation	p.	12	E Qualité et gestion des risques	p.	81
IV Interface avec les tutelles en matière de sécurité	p.	12	F Orientations stratégiques	p.	84
PARTIE 2			PARTIE 3		
CONSTATATIONS PAR CHAPITRE	p.	13	COMMENTAIRES SYNTHÉTIQUES	p.	85
Chapitre I – Politique et qualité du management	p.	15	I Commentaires synthétiques par type de prise en charge	p.	87
Chapitre II – Ressources transversales	p.	25	II Appréciation globale sur la dynamique qualité	p.	90
A Ressources humaines	p.	26	III Liste des actions exemplaires	p.	91
B Fonctions hôtelières et logistiques	p.	28	PARTIE 4		
C Organisation de la qualité et de la gestion des risques	p.	31	DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	p.	93
D Qualité et sécurité de l'environnement	p.	36			
E Système d'information	p.	42	INDEX	p.	97
Chapitre III – Prise en charge du patient	p.	47			
A Orientations stratégiques et management des secteurs d'activité	p.	48			
B Parcours du patient	p.	49			

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Nom de l'établissement	Maison de soins de suite Fernande-Berger	
Situation géographique	Ville : Marseille Département : 13013	Région : PACA
Statut (<i>privé-public</i>)	Privé non lucratif	
Type de l'établissement (<i>CHU, CH, CHS, HL, PSPH, Ets privé à but lucratif</i>)	Non PSPH	
Nombre de lits et places (<i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i>)	56 lits installés, 80 lits autorisés	
Nombre de sites (<i>de l'ES et leur éloignement s'il y a lieu</i>)	1	
Activités principales (<i>par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i>)	SSR	
Activités spécifiques (<i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i>)		
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité	Société de traitement du linge : Initial BTB	

<p>Coopération avec d'autres établissements (GCS, SIH, conventions...)</p>	<p>L'établissement bénéficie de la mutualisation des moyens de l'hôpital Saint-Joseph, un cahier des charges a été établi pour formaliser cette coopération. Certains services tels que, le service qualité, la DRH, le service informatique, le DIM, les services économiques, le service sécurité interviennent en tant que prestataires de service, les instances sont communes aux deux établissements (CA, CME, CE, CHSCT, DP...).</p> <p>Des conventions ont été établies avec divers établissements :</p> <ul style="list-style-type: none"> - clinique Wulfran-Puget ; - hôpital du CAMAS qui vient d'être racheté par le groupe hôpital Saint-Joseph ; - CH de la Ciotat ; - clinique Chantecler ; - clinique Vert-Coteau ; - polyclinique La Phocéenne ; - CCV Valmante ; - hôpital Clairval ; - hôpital Ambroise-Paré ; - hôpital Paul-Desbief ; - CRF Valmante ; - AP-HM ; - CH d'Allauch.
<p>Origine géographique des patients (attractivité)</p>	<p>Marne 0,1 % Corse 3,1 % Région PACA 97,50 %, dont Bouches-du-Rhône 92,50 %, dont Marseille 91,82 % Var 3,5 % Vaucluse 0,3 % Savoie 0,1 % Algérie 0,2 %</p>
<p>Transformations récentes (réalisées ou projetées, ou projets de restructuration)</p>	<p>Remise en peinture des volets Asservissement des portes coupe-feu Projet d'extension et de restructuration en cours de validation à l'ARH</p>

PARTIE 1
LA DÉMARCHE QUALITÉ ET L'ACCRÉDITATION

I Historique et organisation de la démarche qualité

La structure de la maison de soins Fernande-Berger présente toutes les caractéristiques d'un service de l'hôpital Saint-Joseph, les organes de gestion sont communs ainsi que les différents supports : administratifs, logistiques, techniques...

À ce titre la politique qualité de Fernande-Berger est identique à celle mise en œuvre à l'hôpital Saint-Joseph.

La première procédure d'accréditation a eu lieu en 2002, et a fait l'objet de 4 recommandations émises par le collège.

Pour traiter celles-ci et les actions d'amélioration figurant dans le rapport des experts, l'établissement a mis en place un plan d'actions intitulé lien V1/V2, un responsable a été désigné pour la mise en œuvre et le suivi de chacune de ses parties.

Les actions sont suivies par la responsable qualité-gestion des risques de l'hôpital Saint-Joseph.

Un comité de pilotage accréditation-qualité-risques a été formé, il fonctionne régulièrement. C'est une structure permanente de l'hôpital Saint-Joseph.

Il est composé du directeur général, du directeur général adjoint, de la directrice des soins, du directeur médical, du président de la CME, d'un médecin impliqué dans l'évaluation des pratiques, d'un cadre de santé de terrain, de la responsable qualité.

Ses missions sont :

- suivi de la politique qualité par contrôle de la réalisation du programme de gestion de la qualité et de prévention des risques ;
- suivi du lien V1/V2 ;
- participation à l'information de l'ensemble des professionnels ;
- mise en œuvre de la procédure de certification V2 ;
- entretien de la dynamique qualité postaccréditation.

Pour les problématiques spécifiques à la maison de soins Fernande-Berger la composition du comité de pilotage est modifiée et sont alors intégrés :

- le directeur administratif de Saint-Joseph qui est aussi directeur de l'établissement ;
- le gestionnaire de Fernande-Berger ;
- le cadre de santé de Fernande-Berger.

De nombreux groupes de travail ont été mis en place à l'hôpital Saint-Joseph, le travail produit par ces groupes auxquels participent des professionnels de Fernande-Berger est applicable à Fernande-Berger.

La politique qualité et le programme de gestion de la qualité et de la prévention des risques comporte trois objectifs principaux :

- la prise en compte des besoins clients ;
- la maîtrise des processus, des métiers et des documents ;
- la gestion et la prévention des risques.

De nombreuses actions de ce programme sont réalisées ou en cours de réalisation, un bilan d'avancement périodique est réalisé par la responsable qualité qui le soumet au comité de pilotage accréditation-qualité-risques. Le programme est réajusté en fonction des résultats.

Depuis la dernière procédure 3 phases ont été mises en œuvre :

- phase 1 : évolution de la démarche qualité depuis la dernière procédure ;
- phase 2 : préparation de l'auto-évaluation ;
- phase 3 : préparation de la visite de certification V2.

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

Niveau de décision (Recommandation/ Réserve)	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des experts-visiteurs	
		Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires	Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires
Recommandation	Garantir la confidentialité des informations médicales	OUI	Création de la cellule confidentialité Dans la chambre la feuille de températures placée au pied du lit, qui contenait un certain nombre d'informations a été enlevée. Dans l'infirmierie le planning de soins infirmiers des patients des deux étages a été placé dans une armoire fermant à clé et dont seuls les soignants ont l'accès	OUI	La fiche des constantes n'est plus suspendue au pied du lit. Des paravents ont été placés entre les lits des chambres doubles. Le bilan d'entrée se fait dans un local spécifique à chaque étage Les tableaux de l'infirmierie sont à double volet fermant à clé afin d'occulter la partie nominative. Ces dispositions sont effectives.
Recommandation	Mettre en place des aménagements intérieurs facilitant la circulation des personnes à mobilité réduite	OUI	Asservissement au système de sécurité incendie des portes palières coupe feu des trois niveaux afin de les maintenir en position ouverte (dérogation à l'article U18 de l'arrêté du 23 mai 1989)	EN COURS	Les portes sont asservies, et restent en position ouverte. Les portes des chambres n'ont pu être agrandies pour des raisons structurelles, de même que l'exiguïté de certaines d'entre elles. Cette problématique est prise en compte dans le projet d'extension et de restructuration.
Recommandation	Mettre en œuvre l'évaluation périodique du personnel	OUI	La DRH a, au cours de l'année 2005, mis en place l'entretien de progrès.	EN COURS	Une réflexion a été menée par la DRH, qui a abouti à la mise en place de l'entretien de progrès. Qui actuellement en cours de déploiement

Niveau de décision (Recommandation/ Réserve)	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des experts-visiteurs	
		Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires	Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires
Recommandation	Entreposer dans un local sécurisé les déchets à risque	OUI	Le container spécifique dans lequel sont stockés les DASRI a été enfermé dans une enceinte grillagée munie d'une porte fermant à clé	EN COURS	Un local grillagé a été construit à proximité de la sortie du bâtiment servant à l'évacuation des DASRI. Un espace libre non grillagé subsiste au-dessus de la porte.

III. Association des usagers à la procédure d'accréditation

Un usager (famille d'un patient) a participé de façon active et assidue à la démarche qualité. Il a participé notamment aux réflexions sur les références 2, 26, 31, 51. Il était présent lors de notre visite.

IV. Interface avec les tutelles en matière de sécurité

La fiche navette n'a fait l'objet d'aucune observation de la part de la MRIICE.

PARTIE 2
LES CONSTATATIONS PAR CHAPITRE

CHAPITRE I
POLITIQUE ET QUALITÉ DU MANAGEMENT

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

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

Réf. 3	La politique des ressources humaines est en conformité avec les missions et les orientations stratégiques de l'établissement		Cotations
3 a	Les responsabilités dans la gestion des ressources humaines sont identifiées.	Les différents intervenants sur la gestion des ressources humaines sont identifiés tant au niveau de l'établissement que des secteurs d'activité ; leurs rôles respectifs et leurs interfaces sont définis et connus de l'ensemble du personnel de l'établissement.	A
3 b	Une gestion prévisionnelle permet l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement.	Il existe un début de 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 qui ne sont pas partagés par l'ensemble des professionnels.	B
3 c	L'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques professionnels font partie des objectifs de la politique des ressources humaines.	Les conditions de travail et les risques professionnels sont en cours de réévaluation (nouvelle version du document unique en cours de finalisation) et un plan d'amélioration des conditions de travail va être élaboré. Des actions de suivi et d'évaluation seront planifiées.	B
3 d	La motivation des personnels est recherchée en favorisant leur adhésion et leur implication.	Des actions sont définies et conduites au sein de l'établissement de santé pour favoriser l'adhésion, la participation et la motivation des personnels.	A

Réf. 4	La politique du système d'information et du dossier du patient est définie en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement		Cotations
4 a	Le schéma directeur du système d'information s'appuie sur les orientations stratégiques de l'établissement.	Le schéma directeur a été élaboré et approuvé en s'appuyant sur l'identification et la hiérarchisation des besoins stratégiques de l'établissement en information.	A
4 b	Les projets du système d'information sont définis et hiérarchisés en fonction des processus à optimiser, en recherchant l'adhésion des professionnels concernés et, en cas d'informatisation, de la maturité du marché.	Les projets du SI sont définis et hiérarchisés à partir d'une identification des domaines et processus à optimiser, en tenant compte de la maturité du marché. Les différents utilisateurs y sont associés.	A
4 c	Des méthodes de conduite de projet prenant en compte l'expression des besoins des utilisateurs permettent de réaliser les projets du système d'information.	Des méthodes de conduite de projet prenant en compte l'expression des besoins des utilisateurs sont utilisées. Leur efficacité n'est pas systématiquement 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.	La politique du dossier du patient fait partie des objectifs du projet d'établissement et plus particulièrement des projets de soins, de management et du système d'information définie dans le projet d'établissement global. Cette politique n'est pas à ce jour déclinée sur Fernande-Berger en ce qui concerne le dossier unifié. Aujourd'hui le dossier se compose de plusieurs éléments dispersés sous forme papier. Les professionnels ont été récemment consultés sur le projet d'informatisation du dossier, le choix du logiciel doit être fait en 2007, le calendrier de mise en œuvre	C

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	
		n'est pas défini. L'informatisation du dossier est en cours de réflexion et devrait être mise en œuvre à court terme. L'établissement devra unifier le dossier du patient.	

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. Les indicateurs d'impacts ne sont pas mis en place.	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.	A

Réf. 6	L'établissement définit une politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques intégrée aux orientations stratégiques		Cotations
6 a	La direction et les instances définissent les priorités et les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.	Les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de gestion des risques sont définis et hiérarchisés de manière concertée entre la direction et les instances. La communication aux professionnels n'est pas suffisamment développée.	B
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 en cours de mise en œuvre.	B
6 c	Les responsabilités concernant la gestion de la qualité et des risques sont identifiées.	Les responsabilités des professionnels concernant la qualité et la gestion des risques sont définies quel que soit leur niveau d'intervention (responsable hiérarchique, responsable de fonction transversale, professionnel).	A

Réf. 7	L'établissement met en œuvre une politique d'optimisation de ses ressources et de ses moyens en adéquation avec les orientations stratégiques		Cotations
7 a	Les coûts des activités sont connus et leur maîtrise est assurée.	Les coûts des activités sont connus et transmis aux responsables. À partir de l'exploitation et de l'analyse des résultats, des mesures d'ajustement sont mises en œuvre avec les responsables des services afin d'assurer la maîtrise des coûts.	A
7 b	La réalisation et le financement des investissements sont planifiés de façon pluriannuelle.	La prévision et l'organisation des investissements à réaliser et à financer permettent une planification pluriannuelle. Celle-ci est opérationnelle et son suivi assuré par des responsables identifiés de l'établissement.	A
7 c	Une politique d'optimisation des équipements est mise en œuvre.	Les représentants de la maison de convalescence Fernande-Berger ont estimé que cet établissement ne disposait pas d'équipement nécessitant une politique d'optimisation ; il existe une réflexion relative à l'optimisation des équipements et structure de l'hôpital Saint-Joseph concernant les besoins de l'établissement de soins de suite Fernande-Berger (imagerie, laboratoire).	B

CHAPITRE II
RESSOURCES TRANSVERSALES

A – RESSOURCES HUMAINES

Réf. 8	Le dialogue social est organisé au sein de l'établissement		Cotations
8 a	Les instances représentatives des personnels sont consultées à périodicité définie et traitent des questions relevant de leur compétence.	Les instances sont réunies périodiquement conformément à la réglementation. Un suivi est assuré sur les thèmes ayant fait l'objet de leurs avis et suggestions.	A
8 b	D'autres modalités sont également prévues pour faciliter le dialogue social et l'expression des personnels.	Au-delà des instances représentatives, d'autres modalités sont définies et mises en œuvre pour faciliter le dialogue social et l'expression des personnels. Le suivi de ces actions est en cours de mise en œuvre.	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. Il est prévu que son impact soit régulièrement évalué.	B
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, il est prévu prochainement d'optimiser le recueil des besoins. Sa mise en œuvre est maîtrisée (recueil de besoins, critères de priorisation, politique de choix et d'achat de formations, etc.) et évaluée.	B
9 d	L'évaluation des personnels est mise en œuvre.	L'évaluation des personnels est mise en place à l'aide de l'entretien de progrès qui est en cours de généralisation et ses résultats seront utilisés dans le cadre de la politique de gestion des ressources humaines.	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, d'intégrité, de confidentialité et de sécurité des dossiers du personnel, les dossiers des agents de Fernande-Berger ne sont pas disponibles sur place.	B

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.	La conception des locaux est ancienne, ils sont de ce fait trop exigus, non adaptés aux besoins des patients handicapés moteurs (un seul ascenseur qui ne permet pas le transport des lits, portes trop étroites...). L'organisation est partiellement adaptée et dépend principalement des moyens en ressources humaines. Le personnel est sensibilisé et informé. Un projet d'extension et de modernisation est en cours d'élaboration, l'étude de faisabilité a été transmise pour validation à l'ARH qui a déjà donné son accord de principe pour une extension de 24 lits. L'établissement devra restructurer ses locaux.	C
10 c	La prestation restauration répond aux besoins nutritionnels spécifiques, et prend en compte les préférences et les convictions du patient.	Les besoins nutritionnels spécifiques, les préférences et les convictions sont identifiés et pris en compte. Les professionnels des différents secteurs y contribuent de façon coordonnée.	A
10 d	Des solutions d'hébergement et de restauration sont proposées aux accompagnants.	Seules des possibilités de restauration sont offertes aux accompagnants. Celles-ci sont connues des professionnels, des patients et de leur entourage.	B

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'audits. La distribution est organisée et n'est pas totalement sécurisée (aliments non protégés) en ce qui concerne l'acheminement des repas en salle à manger. L'établissement assure l'adaptation des prestations aux attentes des patients	B
11 b	La qualité et l'hygiène en blanchisserie, et dans le circuit de traitement du linge, sont assurées.	Le programme qualité est assuré par l'application des protocoles établis à toutes les étapes de la fonction blanchisserie, il existe un point de non-respect dans la séparation des circuits propre-sale (il concerne la marche en avant dans le temps pour le nettoyage de l'accès commun linge propre, sortie linge sale ; la même problématique existe pour le nettoyage des circulations et de l'unique ascenseur). L'établissement assure la formation des personnels, la diffusion des protocoles et l'évaluation à périodicité définie.	B
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 confiée à des sociétés privées, mais n'est pas à ce jour formalisée. Une convention de coopération est en cours d'élaboration. Une vigilance est exercée périodiquement par l'établissement sur le respect de la confidentialité et de la dignité du patient.	B

Réf. 12	Les approvisionnements sont assurés		Cotations
12 a	Les besoins des secteurs d'activité sont évalués sur le plan quantitatif et sur le plan qualitatif.	Les besoins des secteurs d'activité sont régulièrement évalués et pris en compte. Les procédures tiennent compte des évolutions de l'activité et du contexte. Les professionnels ne sont pas toujours satisfaits de la réponse donnée à leurs besoins.	B
12 b	Les personnels utilisateurs sont associés aux procédures d'achat.	L'association des utilisateurs n'est pas systématique et n'est pas définie dans les procédures d'achats ; elle a été effective pour certains achats et pour la définition des besoins de l'extension du bâtiment.	B
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, leur formalisation n'est pas exhaustive.	B

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

Réf. 13	Un système de management de la qualité est en place		Cotations
13 a	L'écoute des patients est organisée.	L'établissement dispose d'une organisation permettant le recueil et l'analyse des besoins, des attentes, de la satisfaction et des plaintes des patients. Ce système permet la mise en place d'actions d'amélioration.	A
13 b	Le programme d'amélioration continue de la qualité comporte des objectifs précis, mesurables dans le temps.	L'établissement dispose d'un programme d'amélioration de la qualité comportant des objectifs précis. Les échéances et les modalités de suivi sont définies. La communication sur le programme reste à généraliser.	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 ; sa généralisation à l'ensemble des professionnels est envisagée.	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, mais son appropriation par l'ensemble des professionnels n'est	B

Réf. 13	Un système de management de la qualité est en place		Cotations
		pas effective.	
13 g	Le suivi du programme d'amélioration de la qualité est assuré.	L'établissement a mis en place des dispositions permettant d'assurer le suivi du programme d'amélioration de la qualité. Ces dispositions sont appliquées.	A

Réf. 14	La gestion des risques est organisée et coordonnée		Cotations
14 a	Les informations relatives aux risques sont rassemblées et organisées.	L'établissement dispose d'une visibilité sur la plupart 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. L'actualisation du document unique sur les risques professionnels est en cours de finalisation.	B
14 b	Des dispositions sont en place pour identifier et analyser <i>a priori</i> les risques.	L'établissement met en œuvre une démarche structurée d'identification et d'analyse des risques <i>a priori</i> pour laquelle des responsabilités sont définies par domaine de risques.	A
14 c	Des dispositions sont en place pour identifier et analyser <i>a posteriori</i> les risques.	L'établissement met en œuvre une démarche structurée d'identification et d'analyse des incidents et accidents survenus. Les responsabilités sont définies pour l'identification, le signalement et l'analyse.	A
14 d	Les résultats issus des analyses de risque permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter.	Des actions de réduction des risques sont hiérarchisées et mises en œuvre. Les instances et les professionnels sont impliqués.	A
14 e	La gestion d'une éventuelle crise est organisée.	L'organisation pour faire face à une situation de crise n'est pas formalisée sur l'établissement Fernande-Berger. La capacité à réunir une cellule de crise n'a pas été vérifiée. L'application des modalités de gestion d'une crise définie sur Saint-Joseph est programmée sur Fernande-Berger. L'établissement devra organiser la gestion d'une éventuelle crise sur Fernande-Berger.	C

Réf. 14	La gestion des risques est organisée et coordonnée		Cotations
14 f	L'organisation des plans d'urgence pour faire face aux risques exceptionnels est en place.	Le plan blanc n'est pas directement applicable à l'établissement, cependant celui-ci est organisé pour venir en appui du plan blanc de l'hôpital Saint-Joseph. Le personnel est informé des modalités d'assistance au plan blanc de l'hôpital Saint-Joseph. Il n'existe pas de plan spécifique formalisé pour les risques exceptionnels. Cette formalisation est programmée. L'établissement devra formaliser ses plans de crise de manière exhaustive.	C

Réf. 15	Un dispositif de veille sanitaire est opérationnel		Cotations
15 a	Les procédures à mettre en œuvre en cas d'événement indésirable sont en place et sont connues des professionnels.	L'établissement a défini les procédures à mettre en œuvre en cas d'événement indésirable. Les responsabilités sont identifiées. Les procédures sont connues des professionnels. L'évaluation de l'appropriation de la procédure par les professionnels est programmée.	B
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 est évaluée.	A
16 d	Le bon usage des antibiotiques, dont l'antibioprophylaxie, est organisé.	Des règles de bonnes pratiques sont en place et diffusées, concernant l'usage des antibiotiques et l'antibioprophylaxie. Elles font l'objet d'une actualisation régulière.	A
16 e	Un programme de prévention et de prise en charge des infections touchant les professionnels, y compris les professionnels temporaires et les étudiants, est établi en concertation avec la médecine du travail.	Le risque infectieux des professionnels (y compris étudiants, stagiaires et intérimaires) est évalué à périodicité définie, et un programme concerté de prévention et de prise en charge des infections est élaboré et mis en œuvre.	A
16 f	Le signalement des infections nosocomiales est organisé et opérationnel.	Le dispositif de signalement des infections nosocomiales est opérationnel. Les professionnels de l'établissement le connaissent. Il repose sur la formation et l'information de tous les professionnels de l'établissement.	A

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	Un dispositif permettant l'alerte, l'identification, la gestion d'un phénomène épidémique est en place.	Une information et une formation de l'ensemble des professionnels permettent de connaître le dispositif (alerte, identification et gestion) mis en place face à un phénomène épidémique. Des mesures préventives permettent d'éviter la survenue ou la récurrence d'un tel phénomène.	A

Réf. 17	La gestion des risques liés aux dispositifs est assurée		Cotations
17 a	Le prétraitement et la désinfection des équipements et dispositifs médicaux font l'objet de dispositions connues des professionnels concernés.	Les professionnels chargés du prétraitement et de la désinfection des dispositifs médicaux et des équipements sont formés 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. Les horaires de nettoyage ne permettent pas d'assurer la marche en avant dans le temps qui garantit la propreté des circulations au moment opportun.	B
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 d'actions d'amélioration.	A
18 e	Le CLIN et l'équipe opérationnelle d'hygiène sont associés à tout projet pouvant avoir des conséquences en termes de risque infectieux.	Tout nouveau projet d'aménagement des locaux, d'équipement 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 qui sont programmés et les dispositions vis-à-vis du tabagisme complètent le dispositif de prévention.	B
19 c	La maintenance préventive et curative est assurée.	L'organisation mise en place permet d'assurer la maintenance préventive et curative des infrastructures et des équipements. L'efficacité du dispositif n'est pas évaluée. Les tableaux de bord ne sont pas formalisés.	B
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 pas toujours en temps utile et dans les différents secteurs d'activité, et pas toujours sous une forme adaptée aux besoins.	B
21 c	Le système de communication interne permet la coordination des acteurs de la prise en charge en temps voulu.	L'identification, l'organisation et l'adaptation des moyens de communication interne favorisent la coordination en temps voulu des acteurs de la prise en charge du patient. La forme papier et l'éclatement du dossier du patient ne permettent pas une vision globale de sa prise en charge pendant son séjour.	B
21 d	Les données nécessaires au suivi des activités et au pilotage de l'établissement sont recueillies et transmises aux responsables.	L'établissement a identifié et recueilli les données nécessaires au suivi de son activité. Les responsables des secteurs d'activité en sont destinataires.	A
21 e	Le contrôle qualité des données est en place.	Un contrôle de la qualité des données est effectué régulièrement dans les différents champs du système d'information. L'analyse et l'exploitation de ces contrôles sont également effectuées.	A

Réf. 22	Une identification fiable et unique est assurée		Cotations
22 a	Une politique d'identification du patient est définie.	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, mais pas évaluées.	B
22 c	Lorsque l'établissement échange des données personnelles de santé avec une autre structure sanitaire, il veille à mettre en concordance les identités que les deux structures utilisent (rapprochement).	Il existe des modalités de mise en concordance des identités lors des échanges de données entre l'établissement et d'autres structures sanitaires. Leur mise en œuvre n'est pas évaluée.	B

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

Réf. 24	Le dossier du patient obéit à des règles de gestion définies pour l'ensemble des secteurs d'activité		Cotations
24 a	Les règles de tenue du dossier de patient sont connues des différents intervenants.	Des règles définissant le contenu et la tenue du dossier du patient sont élaborées. Elles sont connues des professionnels concernés et l'établissement s'assure de leur utilisation.	A
24 b	Les règles de communication du dossier du patient sont connues des professionnels concernés.	Des règles précisant les modalités de communication du dossier du patient sont élaborées. Elles ne sont pas toujours connues des professionnels concernés et l'établissement s'assure de leur utilisation.	B
24 c	Les règles de conservation du dossier du patient sont connues des professionnels concernés.	L'établissement a développé une communication et/ou une formation régulière des professionnels concernés sur les règles de conservation du dossier du patient. Leur application n'est pas systématiquement vérifiée.	B
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 ne sont pas connues de l'ensemble des professionnels.	B
24 e	L'accès aux dossiers est organisé pour le patient et/ou les personnes habilitées.	L'organisation mise en place par les responsables assure l'accès au dossier pour le patient et les personnes habilitées. Elle est connue des professionnels et des patients.	A

CHAPITRE III
PRISE EN CHARGE DU PATIENT

A – ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET MANAGEMENT DES SECTEURS D'ACTIVITÉ

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

B – PARCOURS DU PATIENT

Réf. 26	Les droits et la dignité du patient (résidant – USLD) sont respectés		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
26 a	La confidentialité des informations relatives au patient (résidant – USLD) est garantie.	Les pratiques professionnelles des différents intervenants concourent à respecter la confidentialité des informations relatives au patient. Cependant, la configuration des locaux, la présence de chambres à 2 lits ne permet pas toujours de respecter cette disposition.			B		
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 permettent d'assurer le respect de la dignité et de l'intimité du patient le plus souvent possible. Les professionnels soulignent la non-utilisation systématique des paravents en cas de nécessité.			B		
26 c	La prévention de la maltraitance du patient (résidant – USLD) au sein de l'établissement est organisée.	Les personnels sont sensibilisés à la prévention et aux signes de présence de maltraitance. Une formation peut être suivie. Il n'existe pas de modalité formalisée pour la conduite à tenir face au cas de maltraitance. Si besoin, la contention physique est prescrite.			B		
26 d	La volonté du patient (résidant – USLD) est respectée.	La volonté du patient est respectée pour ce qui concerne l'acceptation des soins, les pratiques religieuses et culturelles. Les décisions du patient ne sont pas systématiquement transcrites dans son dossier et le recueil des besoins (modèle V. Henderson) ne mentionne pas la nature de la religion.			B		
26 e	La formation des professionnels à l'écoute et au respect des droits du patient est organisée.	Des formations et des actions de sensibilisation ciblées sur le thème de l'écoute et du respect des droits du patient sont proposées. Le personnel fait part de sa difficulté parfois à les suivre en raison de la difficulté à pourvoir à son remplacement pendant le temps de formation.			B		

Réf. 27	L'accueil du patient (résident – USLD) et de son entourage est organisé		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
27 a	Les besoins et les attentes du patient (résident – USLD) sont identifiés, y compris les besoins sociaux.	L'admission du patient fait l'objet d'une planification réalisée en fonction de la disponibilité des lits et de la charge de travail en soins. La majorité des patients fait l'objet d'une fiche de liaison entre l'établissement adresseur et Fernande-Berger ce qui facilite la préparation de la prise en charge. Les besoins et les attentes du patient sont identifiés et tracés sur différents supports : il n'y a pas de dossier du patient unique, mais des sous-dossiers professionnels thématiques.			B		
27 b	Le patient (résident – USLD) reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de son séjour.	Les conditions de séjour (formalités administratives, organisation des soins, animation) sont expliquées à chaque patient par le personnel soignant et administratif chacun en ce qui le concerne. Le livret d'accueil est remis au patient dès l'entrée et il existe une possibilité de recourir à des interprètes pour les patients de langue étrangère.			B		
27 c	L'accueil et les locaux sont adaptés aux handicaps du patient (résident – USLD) et/ou de son entourage.	L'établissement s'est organisé afin que les patients à mobilité réduite aient accès à l'ensemble des secteurs d'activité. Cependant, la configuration de certaines chambres ne facilite pas la prise en charge de ces patients. L'unique ascenseur ne peut accepter de patient couché. Les patients ayant un handicap auditif peuvent avoir recours à un personnel maîtrisant le langage des signes. Un projet de restructuration et d'agrandissement est en cours.			B		
27 d	La permanence de l'accueil est organisée.	L'accueil administratif des patients est effectué en journée du lundi au vendredi. Il existe une permanence de l'équipe soignante et un accueil téléphonique 24 heures/24. L'entourage du patient peut être reçu par un médecin chaque mercredi après midi.			B		

			Cotations					
27 e	Une procédure spécifique d'accueil des détenus est organisée dans les établissements concernés.	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.	NA					
28 b	Selon le degré d'urgence, une prise en charge, une réorientation ou un transfert est organisé dans un délai compatible avec les impératifs de sécurité.	NA					
28 c	Le recours à un avis spécialisé est organisé selon les besoins.	NA					
28 d	La disponibilité des lits d'hospitalisation est régulièrement évaluée et analysée au sein de l'établissement.	NA					

Réf. 29	L'évaluation initiale de l'état de santé du patient (résident – USLD) donne lieu à un projet thérapeutique personnalisé, ajusté tout au long de sa prise en charge (son séjour – USLD)		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
29 a	Le patient (résident – USLD) et, s'il y a lieu, son entourage sont partie prenante dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique.	Une organisation formalisée impliquant le patient et, le cas échéant son entourage, dans l'élaboration et le suivi de son projet thérapeutique est mise en œuvre dans chaque secteur d'activité. Le point de vue du patient et de son entourage s'il y a lieu n'est pas systématiquement tracé dans le dossier du patient.			B		
29 b	Les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures sont accessibles 24 heures/24.	Une organisation assure un accès satisfaisant à l'ensemble des données antérieures. La secrétaire médicale et le personnel soignant sont habilités à sortir un dossier des archives selon une procédure spécifique. Une fiche de risque est systématiquement renseignée en présence de dossier incomplet suite au transfert du patient venant de Saint-Joseph.			B		
29 c	Le projet thérapeutique prend en compte l'ensemble des besoins du patient (résident – USLD) et organise la coordination entre les professionnels des différents secteurs d'activité.	Les besoins des patients sont identifiés sur différents supports. Ils sont pris en compte par les professionnels des différents secteurs d'activité.			B		
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. La traçabilité n'est pas systématique.			B		
29 e	Lorsqu'une restriction de liberté de circulation est envisagée dans l'intérêt du patient (résident – USLD), celle-ci fait l'objet d'une réflexion en équipe et d'une prescription écrite réévaluée à périodicité définie, et d'une information au patient (résident – USLD) et à son entourage.	Les situations de restriction de liberté de circulation sont identifiées et font l'objet d'une réflexion de l'équipe de soins, tracée dans le dossier du patient et d'une prescription écrite réévaluée à périodicité définie.			A		

		Cotations							
29 f	Le projet thérapeutique fait l'objet d'ajustements en fonction d'évaluations régulières de l'état de santé du patient (résidant – <i>USLD</i>).	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.	Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique et un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant. La traçabilité de la prise en charge par le diététicien ne figure pas dans le dossier de soins.			B		
	<i>USLD</i> – L'équilibre nutritionnel des résidents est assuré en fonction de leurs goûts et habitudes alimentaires.	Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique et un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.			NA		
30 b	Les conduites addictives sont identifiées et font l'objet d'une prise en charge adaptée.	Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique et un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.			A		
30 c	La maladie thromboembolique fait l'objet d'une prévention dans les situations à risque.	Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique et un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.			A		
30 d	Les chutes des patients font l'objet d'une prévention.	Les patients concernés sont identifiés et font l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique et un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant. Cette pratique n'est pas systématisée.			B		
30 e	Le risque suicidaire est pris en compte.	Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique et un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.			A		
30 f	Les escarres font l'objet d'une prévention.	Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique et un plan de prise en charge ou de			A		

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

Réf. 31	Le patient (résidant – USLD) est informé de son état de santé et est partie prenante de sa prise en charge		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
31 a	Le patient reçoit une information coordonnée par les professionnels sur les soins et son état de santé tout au long de sa prise en charge.	La coordination des professionnels permet au patient de recevoir une information cohérente sur ses soins et son état de santé, tout au long de sa prise en charge.			A		
	USLD – Le résidant et/ou les personnes habilitées reçoivent une information coordonnée par les professionnels sur les soins et son état de santé tout au long de son séjour.				NA		
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 en ce qui concerne la personne à prévenir. L'établissement a mis en place les modalités de recueil de l'identification de la personne de confiance début 2006. Le personnel concerné ne s'est pas approprié cette démarche.			B		
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. La recherche du consentement du patient ou de son représentant légal n'est pas recueillie, ni tracée dans le dossier systématiquement. L'établissement devra mettre en place l'organisation et le suivi de cette action.			C		
31 e	Un consentement éclairé (résidant – USLD) du patient est formalisé dans les situations particulières.				NA		

		Cotations							
31 f	Le patient (résidant – <i>USLD</i>) 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 périodique de sa satisfaction permet de faire évoluer la lutte contre la douleur.			A		
32 c	Les professionnels sont formés à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur.	Une formation à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur adaptée aux types de prise en charge existe. Son efficacité n'est pas régulièrement évaluée.			B		
32 d	La disponibilité des traitements prescrits est assurée en permanence.	La coordination entre la pharmacie et les secteurs d'activité et les règles internes aux secteurs d'activité permettent une dispensation et un approvisionnement en permanence des traitements antalgiques.			A		

Réf. 33	La continuité des soins est assurée		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
33 a	Des règles de responsabilité, de présence, et de concertation sont mises en œuvre pour assurer la continuité des soins.	La continuité des soins dans le secteur d'activité et entre secteurs d'activité est assurée grâce à une organisation concertée fixant les responsabilités et planifiant la présence de professionnels.			A		
33 b	La coordination entre les équipes médicales et paramédicales est organisée.	L'organisation des transmissions d'information entre les équipes médicales et paramédicales permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre elles.			A		
33 c	La prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement est assurée.	La prise en charge des urgences vitales est assurée dans chacun des secteurs d'activité de l'établissement. La formation des personnels aux gestes d'urgence est à actualiser. La maintenance du chariot d'urgence n'est pas planifiée. Le dispositif en place n'est pas évalué. L'établissement devra veiller à mettre en place l'évaluation de ce dispositif.			C		

Réf. 34	La traçabilité des actes et la transmission, en temps opportun, des informations reposent sur une organisation adaptée du dossier du patient (résident – USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
34 a	L'information contenue dans le dossier du patient (résident – USLD) est actualisée tout au long de sa prise en charge et également après sa sortie.	Tous les éléments diagnostiques et thérapeutiques sont tracés dans le dossier du patient et notamment toutes les informations retraçant son état de santé. Le dossier est complété après la sortie du patient, le cas échéant.			A		
34 b	L'information contenue dans le dossier du patient (résident – USLD) est accessible aux professionnels en charge du patient (résident – USLD), en temps utile.	Une organisation de la tenue et de l'accessibilité du dossier du patient permet la consultation des informations relatives à la prise en charge du patient lorsque le professionnel de santé en a besoin. Ces informations sont à rechercher dans différents sous-dossiers.			B		
34 c	Tout acte diagnostique et/ou thérapeutique fait l'objet d'une prescription écrite, datée et signée.	Les prescriptions sont écrites, datées et signées pour tous les actes le nécessitant.			A		
34 d	L'information sur son état de santé et son traitement donnée au patient (résident – USLD) et/ou à son entourage est enregistrée dans le dossier du patient (résident – USLD).	L'ensemble des informations donné au patient et/ou à son entourage n'est pas tracé dans le dossier du patient.			B		

Réf. 35	Le fonctionnement des secteurs médicotechniques à visée diagnostique fait l'objet d'une concertation avec les secteurs d'activité (avec les USLD – USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
35 a	La prescription d'examens complémentaires est justifiée par l'état du patient (résidant – USLD) et mentionne les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande.	Chaque examen complémentaire s'appuie sur une évaluation de l'état du patient, et les demandes d'examens précisent les objectifs et les renseignements cliniques pertinents.			A		
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 étape, interfaces incluses. Le circuit du médicament n'est pas sécurisé dans son intégralité. Il existe une feuille de traçabilité de l'administration infirmière qui ne permet pas de savoir ce qui a été administré au patient, mais qui témoigne seulement que l'administration a été réalisée. Par ailleurs, il existe des retranscriptions sur tableau blanc. Le personnel n'a pas pris la mesure de ces manquements.			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. Il existe des fiches d'événements indésirables.			B		
36 c	L'administration du médicament au patient (résidant – USLD) est conforme à la prescription et fait l'objet d'une traçabilité.	L'administration du médicament est assurée par les professionnels habilités. La traçabilité de l'administration de la prescription ne permet pas d'identifier le traitement. Il existe des transcriptions infirmières sur tableau effaçable. Un groupe de travail au niveau de la direction se met en place pour remédier à ce dysfonctionnement.			C		
36 d	Les informations sur les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont à la disposition des utilisateurs.	Les responsables de la pharmacie délivrent aux professionnels des informations validées et actualisées sur les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux. Ils mettent à la disposition des patients des informations adaptées à leur état de santé.			A		
36 e	Les demandes urgentes de médicaments peuvent être satisfaites à tout moment.	Il existe une organisation concertée et connue de tous les professionnels pour satisfaire à tout moment les demandes urgentes de médicaments.			A		

		Cotation				
	<i>USLD</i> – Les demandes urgentes de médicaments, formulées par les USLD, peuvent être satisfaites à tout moment.					

Réf. 37	Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle fait l'objet d'une organisation formalisée, élaborée par les professionnels concernés, validée par les instances de l'établissement et connue de tous	Cotation				
		MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
37 a	Les activités interventionnelles, traditionnelles et ambulatoires, sont planifiées et organisées en concertation avec les professionnels des secteurs d'activité clinique et en intégrant la prise en charge des éventuelles activités d'urgence.			NA		
37 b	Afin d'assurer la continuité de la prise en charge pré-, per- et postinterventionnelle du patient, les différents professionnels concernés assurent, à chaque étape, une transmission précise, orale et écrite, des informations.			NA		
37 c	Les événements indésirables graves spécifiques aux secteurs interventionnels font l'objet d'un suivi régulier, d'une analyse et d'actions correctives et préventives.			NA		
37 d	Les compétences professionnelles au sein des secteurs d'activité interventionnelle sont régulièrement évaluées.			NA		

Réf. 38	Le don d'organe ou de tissus à visée thérapeutique est organisé		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
38 a	La participation de l'établissement aux activités ou à un réseau de prélèvements d'organes et de tissus est définie.				NA		
38 b	Une information sur le don d'organes ou de tissus est disponible pour le public.	L'information du public sur les dons d'organes ou de tissus n'est pas organisée. Seule figure une information dans le livret d'accueil. L'établissement devra développer l'information disponible pour le public.			C		
38 c	Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes ou de tissus.	Les professionnels sont informés et formés aux enjeux concernant les dons d'organes ou de tissus. Cette formation n'a pas concerné l'ensemble des professionnels.			B		
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. Les observations relatives à ces activités sont écrites sur un document spécifique, non intégré au dossier du patient.			B		
	USLD – La prise en charge pluriprofessionnelle du résidant associe les professionnels des USLD et ceux de la rééducation et du soutien psychologique.				NA		
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 chaque intervenant à réajuster la prise en charge si besoin. L'établissement envisage de mettre en place des réunions interdisciplinaires avec traçabilité dans le dossier du patient.			B		

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

Réf. 41	La continuité des soins après la sortie est planifiée et coordonnée avec le patient (résidant – USLD) et son entourage ainsi qu'avec les professionnels intervenant en aval		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
41 a	Le patient, l'entourage et le médecin traitant sont associés à la planification de la sortie.	La sortie est planifiée le plus tôt possible avec le patient, son entourage et le médecin traitant en tenant compte de ses besoins.			A		
	USLD – Le résidant, l'entourage et le médecin traitant qu'il désigne, le cas échéant, sont associés à la planification de la sortie.						
41 b	Le patient est adressé aux professionnels et structures appropriés.	La connaissance des ressources disponibles dans le territoire de santé permet d'adresser le patient aux professionnels et structures appropriés.			A		
	USLD – Le résidant est adressé aux professionnels et structures appropriés en fonction de ses besoins de santé et de ses choix.						
41 c	Les professionnels assurant l'aval sont informés et associés à la planification de la sortie du patient (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.			A		
42 b	La prise en charge des besoins spécifiques du patient (résidant – USLD) en fin de vie et de son entourage est assurée.	Les besoins spécifiques des patients en fin de vie sont identifiés et pris en charge.			A		
42 c	La formation des professionnels est organisée.	La formation des professionnels prodiguant des soins palliatifs est organisée. Néanmoins il n'est pas toujours facile de pourvoir au remplacement des professionnels en formation ce qui limite de facto la participation à ces actions.			B		
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 pris en compte si nécessaire. Une réflexion est engagée dans le cadre du projet d'augmentation de prise en charge à venir.			B		

Réf. 43	Le décès du patient (résidant – USLD) fait l’objet d’un accompagnement		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
43 a	Les personnes à prévenir sont contactées en cas d’état critique du patient (résidant – USLD) et/ou en cas de décès.	Le recueil des coordonnées des personnes à prévenir est systématique et une organisation permet de prévenir ces personnes en cas d’état critique et/ou de décès du patient.			A		
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 par l’équipe soignante. Il est fait appel parfois à un psychologue de Saint-Joseph ce qui peut poser un problème de disponibilité.			B		
43 d	Les besoins d’accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.	Les besoins d’aide psychologique des professionnels confrontés au décès sont identifiés. Ces besoins s’expriment sous forme de demande de formation à la prise en charge du décès.			B		

CHAPITRE IV
ÉVALUATIONS ET DYNAMIQUES D'AMÉLIORATION

A – PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Réf. 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
44 a	La pertinence des hospitalisations est évaluée.	<p>L'établissement a fait de choix d'évaluer la pertinence des hospitalisations en soins de suite compte tenu des remarques des médecins contrôleurs de la sécurité sociale et du ressenti du personnel sur la charge en soins afin de rechercher la meilleure adéquation en termes de qualité des soins requis et offerts.</p> <p>Une grille d'évaluation a été construite sur la base de textes relatifs aux SSR. Le choix de la population étudiée a été fait en fonction de critères spécifiques à Fernande-Berger. Les résultats ont conduit à repenser la détermination du profil des patients à prendre en charge. Cette modalité du processus d'admission est effective dans l'établissement suite à cette évaluation. De plus, un travail se poursuit actuellement avec les établissements adresseurs sur la justification de la prescription du séjour. Par ailleurs, l'encadrement et le personnel soignant réalisent une étude de la charge de travail avec la méthode des SIIPS.</p> <p>La CME et le comité de pilotage ont soutenu le projet.</p> <p>Le groupe de travail est pluriprofessionnel. La méthode retenue est la revue de pertinence des soins.</p>	A
44 b	La pertinence des actes à risque est évaluée.	Au regard des informations fournies par l'établissement, il n'a pas été demandé à l'établissement de réaliser une action d'évaluation pour répondre à ce critère.	NA
44 c	La pertinence des prescriptions médicamenteuses est évaluée.	<p>L'établissement a fait le choix d'évaluer la pertinence de la prescription des antibiotiques dans l'unité de SSR basé sur des critères de coût et de résistance bactérienne dans l'objectif d'améliorer le service médical rendu. La méthode utilisée est celle de l'audit clinique réalisée sur des patients ayant une antibiothérapie curative. Le référentiel choisi est la seconde version de l'antibioguide de Saint-Joseph.</p> <p>Les résultats ont été jugés non significatifs en raison de la grande disparité des pathologies rencontrées. Une prochaine évaluation est envisagée prenant en compte un échantillon plus significatif. Néanmoins, un suivi constant des consommations des antibiotiques est réalisé ainsi qu'une surveillance des infections nosocomiales.</p>	B

Réf. 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
		<p>La CME et le comité de pilotage ont soutenu le projet. Le groupe de travail est pluriprofessionnel.</p>	
44 d	<p>La pertinence des examens de laboratoire et des examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle est évaluée.</p>	<p>Le thème de l'évaluation de la pertinence des examens de laboratoire est retenu en raison du fait que chaque entrée en SSR justifiait un bilan biologique systématique sans motif clinique pertinent, mais souvent lié à un retard dans la transmission des informations du service adresseur. L'objectif est économique. La méthode utilisée repose sur l'analyse de processus avec validation des constats. Les résultats de l'étude ayant validé l'hypothèse de départ, le service majoritairement adresseur a mis place la transmission informatique des éléments du dossier du patient. Une seconde évaluation a montré une diminution de moitié des demandes d'examens de laboratoire. Le projet sera poursuivi avec les autres établissements adresseurs selon les mêmes modalités (évaluation fin 2006). La CME et le comité de pilotage ont soutenu le projet. Le groupe de travail est pluriprofessionnel.</p>	A

Réf. 45	Les professionnels évaluent le risque lié aux soins		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
45 a	Les professionnels identifient les actes, les processus et les pratiques à risque et évaluent leurs conditions de sécurité.	La pratique à risque identifiée est la pose de voie veineuse périphérique. Cette évaluation est intégrée au programme d'activité de la commission des protocoles de Saint-Joseph. Ce protocole est jugé trop lourd et difficilement applicable par les soignants. La méthode utilisée est l'analyse de processus. Un nouveau protocole est élaboré, diffusé pour application. Le projet est conduit par la direction des soins en lien avec l'EOH.			B		
45 b	L'analyse des événements indésirables et la mise en œuvre des actions de prévention et d'amélioration correspondantes sont assurées.	L'établissement a travaillé sur la prévention des chutes. L'analyse des causes de l'événement est un travail de groupe. L'exploitation du résultat a permis de mettre en place des actions d'amélioration de la prise en charge des patients à mobilité réduite avec rédaction d'un protocole.			A		

Réf. 46	La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
46 a	Les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés.	<p>Les enjeux en termes de qualité de vie du patient âgé fragile sont identifiés. La dénutrition chez le sujet âgé étant fréquemment rencontrée, son impact sur son état clinique augure du pronostic.</p> <p>76 patients de plus de 70 ans non atteints de pathologies susceptibles d'accroître la dénutrition ont été inclus dans l'audit clinique.</p> <p>L'objectif poursuivi était d'évaluer la dénutrition protéinoénergétique sur la base de références documentaires reconnues à l'aide d'outils validés (ANAES 2003).</p> <p>Les résultats de l'étude ont permis de mettre en place des actions d'améliorations avec suivi d'indicateurs.</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.	Ce critère est intégré à l'évaluation de Saint-Joseph. Il n'y a pas de spécificité propre à Fernande-Berger. 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. La GPEC, la formation, la mobilité interne sont évaluées. Les entretiens de progrès se mettent en place.	B
47 b	La satisfaction des professionnels de l'établissement est évaluée et prise en compte.	Il existe à périodicité définie (tous les 3 ans) des enquêtes de satisfaction du personnel. Le taux de retour est jugé insuffisant. L'établissement a développé d'autres moyens pour apprécier la satisfaction des personnels tels que les visites du comité de direction, les réunions de service.	B

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.	Seule une évaluation des prestations logistiques est faite par le biais des questionnaires de sortie et d'une enquête de satisfaction réalisée auprès des patients après leur séjour. Des items relatifs à la logistique sont abordés. Il n'existe pas d'évaluation faite auprès des secteurs d'activité utilisateurs. L'établissement devra mettre en œuvre l'évaluation de la qualité des prestations logistiques dans ces secteurs.	C
48 b	L'analyse des prestations logistiques donne lieu à des actions d'amélioration.	L'analyse partielle des prestations logistiques permet de mettre en œuvre des actions d'amélioration sur les items ayant un score inférieur à 90 % de satisfaction.	B

D – SYSTÈME D'INFORMATION

Réf. 49	Une évaluation du système d'information est mise en œuvre		Cotation
49 a	Les dysfonctionnements du système d'information sont recensés, analysés et traités.	L'identification des dysfonctionnements du système d'information avec les acteurs concernés, permet de développer une analyse et un traitement pour y remédier.	A
49 b	La satisfaction des utilisateurs est évaluée et prise en compte.	Il existe un recueil régulier et adapté de la satisfaction des différents utilisateurs du système d'information. Cette évaluation est analysée, 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. L'établissement envisage de déterminer des indicateurs d'évaluation de la tenue du dossier médical.	B

E – QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

Réf. 50	La mise en œuvre du programme d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques est évaluée		Cotation
50 a	L'atteinte des objectifs du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est régulièrement évaluée.	Ce critère est intégré à la politique d'évaluation de Saint-Joseph. Il n'y a pas de spécificité pour Fernande-Berger. L'établissement a mis en place un système comprenant la définition et le suivi d'objectifs qualité. Il suit l'atteinte des objectifs et prend les mesures correctives appropriées en cas d'écart entre la prévision et la réalisation.	A
50 b	L'efficacité de la gestion des risques et des vigilances est évaluée.	L'établissement a défini les critères lui permettant d'évaluer l'efficacité de son dispositif de gestion des risques. La pharmacovigilance et la matériovigilance ne sont pas évaluées sur le site de Fernande-Berger. L'établissement devra mettre en œuvre l'évaluation de l'efficacité de la gestion des risques et des vigilances.	C
50 c	La maîtrise de la documentation est évaluée.	Une évaluation du système documentaire à Fernande-Berger est prévue pour novembre 2006. Une évaluation de la maîtrise documentaire devra être réalisée.	C

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 une analyse des délais d'attente, relevé lors de l'enquête de satisfaction de 2005 dont les résultats sont pris en compte dans un plan d'amélioration de la qualité.	B
51 c	Les réclamations et les plaintes des patients sont suivies d'actions d'amélioration.	Un dispositif opérationnel de gestion des plaintes et réclamations permet une analyse et une réponse individuelles et systématiques. Ce dispositif est exploité dans le cadre de l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité. Toutefois il repose essentiellement sur la pratique orale.	B
51 d	Les résultats de ces évaluations font l'objet d'échanges avec les représentants des usagers de l'établissement.	Il n'y a pas de représentant des usagers nommés par l'ARH à Fernande-Berger, mais il existe une concertation régulière entre Saint-Joseph et les représentants d'usagers autour des résultats des évaluations concernant la satisfaction des usagers pour définir des priorités d'amélioration.	B

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. L'établissement envisage d'évaluer ses relations avec les établissements adresseurs.	B
52 b	La satisfaction des correspondants est évaluée et prise en compte.	La mesure de la satisfaction des correspondants médicaux est effectuée. Les résultats sont exploités et utilisés pour la mise en place d'actions d'amélioration. La communication des résultats est envisagée <i>via</i> l'outil intranet.	B

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.	Des comparaisons avec des établissements similaires sont effectuées par le biais de la participation à la FEHAP et à certaines missions ainsi qu'à travers l'analyse des données SAE.	B
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. Une évaluation de l'impact de cette communication est envisagée.	B

PARTIE 3
COMMENTAIRES SYNTHÉTIQUES

I. Commentaires synthétiques par type de prise en charge

Soins de courte durée

Psychiatrie et santé mentale

Soins de suite et de réadaptation

L'établissement est accessible à tous. Cependant, des contraintes architecturales ne facilitent pas le parcours des handicapés moteurs et du travail des soignants. L'accueil est organisé et planifié ; la majorité des hospitalisations se faisant sur préadmission. Les droits et la dignité des patients sont respectés malgré la configuration des locaux. Le personnel est sensibilisé aux signes de maltraitance et respecte les volontés des patients tant pour l'acceptation des soins que pour les pratiques culturelles et religieuses. La présence médicale assure une prise en charge adaptée et réévaluée tout au long du séjour du patient avec une attention particulière sur les situations spécifiques. Le patient est régulièrement informé de l'évolution de son état de santé et des soins, mais la traçabilité du consentement éclairé et de la réflexion bénéfice-risque n'est pas systématique. La prise en compte de la douleur est réelle. La permanence des soins est assurée : la sortie est organisée et planifiée dès que possible. Le dossier du patient renseigné, mais morcelé en sous-dossiers détenus par les différents intervenants durant l'hospitalisation puis, réunis pour archivage. Il subsiste des retranscriptions infirmières et le circuit du médicament n'est pas sécurisé dans sa séquence administration au patient.

Soins de longue durée

--

Hospitalisation à domicile

--

II. Appréciation globale sur la dynamique qualité

Le SSR Fernande-Berger est considéré comme un service satellite de l'hôpital Saint-Joseph. À ce titre, il bénéficie de son organisation en ce qui concerne la gestion des risques et de la qualité.

Les experts-visiteurs ont pu constater qu'il y avait une réelle démultiplication de la qualité sur le terrain. Fernande-Berger possède une culture qualité très ancrée dans les pratiques. Sa petite taille permet d'une part l'implication de la quasi-totalité de son personnel et d'autre part, une réactivité forte.

La gestion documentaire est en place et actualisée soit sur support informatique, soit sur support papier. Son appropriation par le personnel et son utilisation restent à évaluer.

III. Liste des actions exemplaires

Aucune action exemplaire n'a été retenue par la Haute Autorité de Santé

PARTIE 4
DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Certification

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

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

- Sécuriser l'administration des traitements et supprimer les transcriptions des prescriptions médicales (36 a, c).

INDEX

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

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

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

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