

**RAPPORT DE CERTIFICATION
DE LA CLINIQUE D'AUFREY**

**Place du Maréchal Niel
31130 PINBALMA**

Février 2007

S O M M A I R E

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	p 4	Chapitre IV – Évaluations et dynamiques d'amélioration	p 65
PARTIE 1		A Pratiques professionnelles	p. 67
DÉMARCHE QUALITÉ ET ACCRÉDITATION	p 5	B Ressources humaines	p. 74
I Historique et organisation de la démarche qualité	p. 7	C Fonctions hôtelières et logistiques	p. 75
II Suivi des décisions de la première procédure d'accréditation	p. 8	D Système d'information	p. 76
III Association des usagers à la procédure d'accréditation	p. 9	E Qualité et gestion des risques	p. 77
IV Interface avec les tutelles en matière de sécurité	p. 9		
PARTIE 2		PARTIE 3	
CONSTATATIONS PAR CHAPITRE	p 11	COMMENTAIRES SYNTHÉTIQUES	p 81
Chapitre I – Politique et qualité du management	p 13	I Commentaires synthétiques par type de prise en charge	p. 83
Chapitre II – Ressources transversales	p 23	II Appréciation globale sur la dynamique qualité	p. 84
A Ressources humaines	p. 25	III Liste des actions exemplaires	p. 85
B Fonctions hôtelières et logistiques	p. 27		
C Organisation de la qualité et de la gestion des risques	p. 30	PARTIE 4	
D Qualité et sécurité de l'environnement	p. 33	DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	p 86
E Système d'information	p. 38		
Chapitre III – Prise en charge du patient	p 43	INDEX	p 89
A Orientations stratégiques et management des secteurs d'activité	p. 44		
B Parcours du patient	p. 45		

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Nom de l'établissement	Clinique d'Aufrery	
Situation géographique	Ville : Pin Balma Département : 31 (Haute Garonne)	Région : Midi Pyrénées
Statut <i>(privé-public)</i>	Privé	
Type de l'établissement <i>(CHU, CH, CHS, HL, PSPH, établissement privé à but lucratif)</i>	Privé à but lucratif	
Nombre de lits et de places <i>[préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)]</i>	120 lit 12 places	
Nombre de sites <i>(de l'ES et leur éloignement s'il y a lieu)</i>	1	
Activités principales <i>(par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante)</i>	Psychiatrie générale	
Activités spécifiques <i>(urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.)</i>	Electroconvulsivothérapie	
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité		
Coopération avec d'autres établissements <i>(GCS, SIH, conventions, etc.)</i>	Conventions avec : <ul style="list-style-type: none"> • La clinique de l'Union, • La clinique de Monberon, • Le laboratoire de Port saint-sauveur. Projet de convention avec la clinique de Beaupuy Participation au réseau « Résodep » concernant les patients atteints de troubles de l'humeur.	
Origine géographique des patients <i>(attractivité)</i>	Recrutement essentiellement régional avec une prédominance pour le département de la Haute-Garonne.	
Transformations récentes <i>(réalisées ou projetées, ou projets de restructuration)</i>	Mise en place d'une structure à temps partiel de 12 lits	

PARTIE 1

DÉMARCHE QUALITÉ ET ACCRÉDITATION

I Historique et organisation de la démarche qualité

La démarche a été initiée dès 1993, avec la mise en place d'un comité de direction, d'un comité de pilotage et d'une cellule qualité.

Dès 1996 le recours à des organismes consultants a permis la formation de 90 personnes dans le cadre d'une démarche participative.

Une gestionnaire a été formée en 1998 à l'assurance qualité : d'emblée elle s'est associée un cadre soignant avec la volonté de privilégier l'adhésion des acteurs et l'appropriation de la démarche. Les premières réflexions ont porté sur l'accueil, le dossier patient, puis dès 2000 sur le projet d'établissement. En 2001, la structure qualité est devenue une cellule qualité-gestion des risques regroupant des soignants, des administratifs et des membres de la direction ; le comité de pilotage s'est fondu avec celui du projet d'établissement.

La première procédure a été précédée d'une auto-évaluation à blanc dont les résultats ont été diffusés au sein de tout l'établissement .Elle a été conduite par la structure qualité de la clinique avec mise en place de 6 groupes pluridisciplinaires.

La visite d'accréditation a eu lieu en novembre 2002 : elle n'a donné lieu à aucune recommandation

La dynamique s'est poursuivie avec l'intégration de la gestion des risques au 2^{ème} projet d'établissement (2003-2008) et la recherche de voies d'amélioration dans le domaine des EPP.

En 2005, le comité de direction fonctionnant tous les lundis est devenu comité de gestion des risques avec pour vocation la hiérarchisation des risques.

La préparation de la V2 a été accompagnée par la désignation d'un ingénieur qualité.

Dés lors, la structure de pilotage comporte 20 personnes représentatives des instances de l'établissement : elle est pluriprofessionnelle. Elle initie et soutient la démarche qualité de l'établissement, intervient dans le choix et l'analyse des projets proposés et en ce qui concerne l'auto évaluation dans la validation des méthodes, la planification et la maîtrise des documents.

Quatre groupes d'auto évaluation pluridisciplinaires ont été constitués :

- Le groupe management (16 personnes) constitué de médecins, d'administratifs, des cadres représentants des instances,
- Le groupe ressources transversales (21 personnes) constitué de médecins, d'administratifs, de techniciens, d'infirmiers et d'aides-soignantes ;
- Le groupe soins (23 personnes) constitué de médecins, de soignants, de secrétaires médicales et d'administratifs.
- Le Groupe EPP (18 personnes) qui comporte des médecins, des administratifs et des soignants.

Ces groupes avaient pour mission de constituer un état des lieux, de prendre en compte les projets en cours au sein de l'établissement, de proposer des réponses et des cotations pour l'auto évaluation.

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

Niveau de décision (recommandation/ réserve)	Libellé de la décision	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires de l'ES	Appréciation des EV

III Association des usagers à la procédure d'accréditation

Les représentants des usagers sont issus de 2 associations. Bien que non encore désignés par l'ARH, ils ont été associés aux groupes d'auto évaluation des chapitres 1, 3 et 4 et ont participé au comité de pilotage validant l'auto évaluation et pour l'un d'eux à la lecture finale.

IV Interface avec les tutelles en matière de sécurité

La fiche navette a été fourni par l'établissement et soumise à la MRRICE qui a émise les observations suivantes :

- Plan prévention légionellose mis en place
- bilan production DASRI 1^{ER} Trimestre 2006
- Evaluation de l'hospitalisation de jour Octobre 2005

PARTIE 2

CONSTATATIONS PAR CHAPITRE

CHAPITRE I

POLITIQUE ET QUALITÉ DU MANAGEMENT

Réf. 1	L'établissement définit et met en œuvre des orientations stratégiques		Cotations
1 a	Les orientations stratégiques prennent en compte les besoins de la 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 la 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 oeuvre 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 (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'ES intègre le respect des droits et de l'information du patient dans la mise en œuvre de ses orientations stratégiques et dans son organisation. La sensibilisation des professionnels est assurée.	A
2 b	L'expression du patient et de son entourage est favorisée	Les entretiens et les échanges entre les professionnels, les patients et leur entourage sont réalisés dans des conditions propices à l'expression. Des locaux adaptés sont disponibles à cet effet. Le recueil des suggestions et des plaintes sont organisées.	A
2 c	Une réflexion éthique autour de la prise en charge du patient est conduite	L'établissement identifie et traite les sujets nécessitant une réflexion éthique. Celle-ci est ponctuelle et n'est pas formalisée sur le plan institutionnel.	B
2 d	La politique hôtelière prend en compte les attentes des patients	Les attentes des patients sur le plan hôtelier sont recueillies et prises en compte. Elles permettent de définir et de mettre en œuvre une politique hôtelière.	A
2 e	Les représentants des patients participent à l'évaluation et à l'amélioration des services rendus par l'établissement	Les représentants des patients sont désignés. Ils siègent aux instances et participent à la vie de l'établissement et aux démarches qualité et de certification . Leur avis est pris en compte pour améliorer le service rendu au patient.	A

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

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

Réf. 5	L'établissement définit et met en œuvre une politique de communication		Cotations
5 a	La direction et les responsables développent une politique de communication interne	La politique de communication n'est pas formalisée. Cependant, de nombreux vecteurs d'information sont utilisés pour favoriser la communication interne. Une informatisation prochaine devrait faciliter cette communication.	B
5 b	Les orientations stratégiques, leur mise en œuvre et leurs résultats sont connus de l'ensemble des professionnels de l'établissement	L'organisation de la communication est en place dans l'établissement. Elle permet de s'assurer que l'ensemble des professionnels connaît les orientations stratégiques, leur mise en œuvre et leurs résultats.	A
5 c	La direction et les responsables développent une politique de communication à destination du public et des correspondants externes	Le public et les correspondants externes ont accès aux orientations stratégiques et à la vie de l'établissement, malgré l'absence de dispositif formalisé.	B

Réf. 6	L'établissement définit une politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques intégrée aux orientations stratégiques		Cotations
6 a	La direction et les instances définissent les priorités et les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de gestion des risques	Les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de gestion des risques sont définis et hiérarchisés de manière concertée entre la direction et les instances. Ils sont communiqués aux professionnels.	A
6 b	La politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques intègre l'évaluation des pratiques professionnelles	L'EPP fait partie intégrante de la démarche d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement. Dans ce cadre, une stratégie de développement, notamment des actions de communication et de formation et le suivi d'actions d'évaluation des pratiques professionnelles sont mises en œuvre	A
6 c	Les responsabilités concernant la gestion de la qualité et des risques sont identifiées	Les responsabilités des professionnels concernant la qualité et la gestion des risques sont définies quel que soit leur niveau d'intervention (responsable hiérarchique, responsable de 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. A partir de l'exploitation et de l'analyse des résultats, des mesures d'ajustement sont mises en œuvre avec les responsables des services afin d'assurer la maîtrise des coûts.	A
7 b	La réalisation et le financement des investissements sont planifiés de façon pluriannuelle	La prévision et l'organisation des investissements à réaliser et à financer permettent une planification pluriannuelle. Celle-ci est opérationnelle et son suivi assuré par des responsables identifiés de l'établissement.	A
7 c	Une politique d'optimisation des équipements est mise en œuvre	Les modalités d'utilisation des équipements permettent leur optimisation. La mutualisation des équipements en interne et en externe est organisée.	A

CHAPITRE II

RESSOURCES TRANSVERSALES

A – RESSOURCES HUMAINES

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

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

B – FONCTIONS HÔTELIÈRES ET LOGISTIQUES

Réf. 10	Les fonctions hôtelières assurées par l'établissement ou externalisées sont adaptées aux besoins et aux attentes du patient et de son entourage		Cotations
10 a	Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité du patient	L'ensemble des professionnels sont formés ou sensibilisés au respect de l'intimité et de la dignité du patient tout au long de sa prise en charge. Toutefois, l'architecture des locaux dans certains secteurs d'hébergement rend difficile le respect de ces droits du patient.	B
10 b	Les conditions d'hébergement des personnes handicapées ou dépendantes sont adaptées	Les locaux et l'organisation des soins sont peu adaptés aux besoins des patients handicapés ou dépendants. Les professionnels sont formés et sensibilisés à la spécificité de cette prise en charge.	B
10 c	La prestation restauration répond aux besoins nutritionnels spécifiques, et prend en compte les préférences et les convictions du patient	Les 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	L'établissement n'offre pas de possibilité d'hébergement aux membres de la famille des patients ; les repas des accompagnants sont autorisés par l'équipe soignante en fonction du contexte. Les modalités de ces prestations d'accompagnement sont portées à la connaissance 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	Une évaluation externe permet de vérifier l'existence d'un système d'assurance qualité de la restauration. A défaut, le système d'assurance qualité comporte l'existence d'une démarche HACCP, de protocoles et d'audits. La distribution est organisée. L'établissement assure l'adaptation des prestations aux attentes des patients.	A
11 b	La qualité et l'hygiène en blanchisserie, et dans le circuit de traitement du linge, sont assurées	Le programme qualité est assuré par l'application des protocoles établis à toutes les étapes de la fonction blanchisserie. L'établissement assure la formation des personnels, la diffusion des protocoles et l'évaluation à périodicité définie.	A
11 c	Le transport du patient entre les secteurs d'activité internes et/ou externe de l'établissement permet la continuité des soins, le respect concernant la dignité, la confidentialité et la sécurité, notamment l'hygiène	La fonction transport (interne et externe) est organisée et le personnel est formé dans le but d'assurer l'hygiène, la continuité des soins et le respect des droits du patient.	A

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

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

Réf. 13	Un système de management de la qualité est en place		Cotations
13 a	L'écoute des patients est organisée	L'établissement dispose d'une organisation permettant le recueil et l'analyse des besoins, des attentes, de la satisfaction et des plaintes des patients. Ce système permet la mise en place d'actions d'amélioration.	A
13 b	Le programme d'amélioration continue de la qualité comporte des objectifs précis, mesurables dans le temps	L'établissement dispose d'un programme d'amélioration de la qualité comportant des objectifs précis. Les échéances et les modalités de suivi sont définies. La communication sur le programme est assurée.	A
13 c	Le programme d'amélioration continue de la qualité prend en compte les résultats issus de différentes formes d'évaluation internes et externes	L'établissement dispose d'une visibilité sur les différentes évaluations internes et externes réalisées et utilise leurs résultats pour élaborer le programme d'amélioration de la qualité Toutefois la prise en compte de la remarque concernant le tabagisme formulée au cours de la V1 ne s'est pas encore concrétisée par la mise en route d'un plan d'action adapté : le recours à un tabacologue est prévu.	B
13 d	La formation des professionnels à la qualité est assurée	L'établissement analyse les besoins de formation à la qualité et met en oeuvre une formation adaptée aux besoins du programme qualité.	A
13 e	Le déploiement de la démarche et des actions qualité dans les secteurs d'activité est organisé	L'établissement met en œuvre les actions permettant le déploiement de la démarche qualité dans les secteurs d'activité. Des actions sont conduites dans les différents secteurs mais les référents ne sont pas identifiés. Un ingénieur qualité a été recrutée ; des formations préalables à la désignation de référents sont prévues en particulier dans le domaine de l'hygiène.	B
13 f	La gestion documentaire est organisée	L'établissement a essentiellement organisé son système de gestion documentaire sur la base de fiches techniques souvent non protocolisées. L'ensemble des professionnels est formé à l'utilisation de ce système. La mise en place d'un logiciel de gestion documentaire est programmée à court terme.	B
13 g	Le suivi du programme d'amélioration de la qualité est assuré	L'établissement a mis en place des dispositions permettant d'assurer le suivi du programme d'amélioration de la qualité	A

Réf. 14	La gestion des risques est organisée et coordonnée		Cotations
14 a	Les informations relatives aux risques sont rassemblées et organisées	L'établissement dispose d'une visibilité sur l'ensemble de ses risques grâce à un regroupement des informations et une veille réglementaire en matière de sécurité. Il partage ces informations avec les différents professionnels. Le traitement actuel des informations ne permet pas une hiérarchisation optimale de ces risques.	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 à priori pour laquelle des responsabilités sont définies par domaine de risques.	A
14 c	Des dispositions sont en place pour identifier et analyser <i>a posteriori</i> les risques	L'établissement met en œuvre une démarche structurée d'identification et d'analyse des incidents et accidents survenus. Les responsabilités sont définies pour l'identification, le signalement et l'analyse. Toutefois la sensibilisation de l'ensemble des professionnels au remplissage de la fiche d'évènements indésirables reste à affirmer.	B
14 d	Les résultats issus des analyses de risque permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter	Des actions de réduction des risques sont hiérarchisées et mises en œuvre. Les instances et les professionnels sont impliqués.	A
14 e	La gestion d'une éventuelle crise est organisée	Une organisation est en place pour faire face à une situation de crise : cellule de crise, circuits d'alerte, formation des professionnels, scénarii de crise, exercices de crise, modalités de communication. Elle est connue des professionnels ;	A
14 f	L'organisation des plans d'urgence pour faire face aux risques exceptionnels est en place	L'établissement est organisé pour faire face aux risques exceptionnels. Les plans d'urgence sont formalisés et actualisés ; les professionnels connaissent les modalités de mise en œuvre et leur rôle sur le dispositif par la formation et la participation à des simulations. Des actions de communication complètent cette organisation.	A

Réf. 15	Un dispositif de veille sanitaire est opérationnel		Cotations
15 a	Les procédures à mettre en œuvre en cas d'événement indésirable sont en place et sont connues des professionnels	L'établissement a défini les procédures à mettre en œuvre en cas d'évènement indésirable. Les responsabilités sont identifiées. Les procédures sont connues des professionnels .L'utilisation des fiches de signalement reste à généraliser.	B
15 b	La traçabilité des produits de santé est assurée	La traçabilité des produits sanguins labiles est assurée. Toutefois les modalités de commande, de dispensation et de stockage des médicaments ne sont pas formalisés et ne permettent pas d'assurer leur traçabilité. Il en est de même pour les dispositifs médicaux. L'informatisation prochaine du circuit du médicament permettra d'assurer sa sécurité.	C
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	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. Le dépistage des BMR à l'entrée est en voie d'organisation.	B
16 b	Une formation de l'ensemble des professionnels à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux spécifique à la prise en charge est assurée	L'établissement a organisé pour l'ensemble du personnel une formation adaptée aux besoins spécifiques de la prise en charge, actualisée sous la direction du CLIN et régulièrement évaluée.	A
16 c	Des protocoles ou des procédures de maîtrise du risque infectieux, validés, sont utilisés	Il existe des protocoles et des procédures de maîtrise du risque infectieux, validés par le CLIN, adaptés aux activités de l'établissement. Leur utilisation a été évaluée en ce qui concerne le lavage des mains, mais n'a pas été étendue aux autres domaines.	B
16 d	Le bon usage des antibiotiques, dont l'antibioprophylaxie, est organisé	Des règles de bonnes pratiques sont en places 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 ; toutefois le recensement de la couverture vaccinale reste à généraliser.	B
16 f	Le signalement des infections nosocomiales est organisé et opérationnel	Le dispositif de signalement des infections nosocomiales est opérationnel et passe par la fiche de signalement des événements indésirables. Les professionnels de l'établissement le connaissent mais ne le mettent pas toujours en application.	B
16 g	Un dispositif permettant l'alerte, l'identification, la gestion d'un phénomène épidémique est en place	Une information et une formation de l'ensemble des professionnels 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 des 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	Les matériels médicaux sont essentiellement à usage unique et n'impliquent pas une stérilisation.	NA
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 oeuvre.	A
18 b	La maintenance et le contrôle de la qualité de l'eau sont adaptés à ses différentes utilisations	L'établissement a mis en place une démarche permettant d'assurer la qualité de l'eau dans ses différentes utilisations, basée sur l'application des normes de sécurité, la formation des personnels, la mise en oeuvre 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 oeuvre 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'amélioration 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 oeuvre les mesures prescrites. La formation actualisée, la connaissance des consignes de sécurité et des protocoles d'alerte, les exercices de simulation complètent le dispositif de prévention. Cependant, en matière de tabagisme, la réflexion engagée dans le cadre des pratiques professionnelles n'est pas encore intégrée par l'ensemble des professionnels.	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.	A
19 d	Les protocoles d'alerte et d'intervention concernant la sécurité des infrastructures sont disponibles et connus des professionnels	Il existe des protocoles d'alerte et d'intervention, diffusés à l'ensemble des professionnels. Leur appropriation par les professionnels est effective.	A

Réf. 20	La sécurité des biens et des personnes est assurée		Cotations
20 a	La conservation des biens des patients et des professionnels est organisée	Les 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	L'identification, l'organisation et l'adaptation des moyens de communication interne favorisent la coordination en temps voulu des acteurs de la prise en charge du patient.	A
21 b	Les données nécessaires à la prise en charge des patients sont communiquées en temps utile et de façon adaptée aux besoins	L'organisation permet la mise à disposition des professionnels concernés des données nécessaires aux différents stades de la prise en charge du patient en temps utile et dans les différents secteurs d'activité, sous une forme adaptée aux besoins.	A
21 c	Le système de communication interne permet la coordination des acteurs de la prise en charge en temps voulu	L'identification, l'organisation et l'adaptation des moyens de communication interne favorisent la coordination en temps voulu des acteurs de la prise en charge du patient.	A
21 d	Les données nécessaires au suivi des activités et au pilotage de l'établissement sont recueillies et transmises aux responsables	L'établissement a identifié et recueilli les données nécessaires au suivi de son activité ; les responsables des secteurs d'activité en sont destinataires.	A
21 e	Le contrôle qualité des données est en place	Un contrôle de la qualité des données est effectué régulièrement dans les différents champs du système d'information. L'analyse et l'exploitation de ces contrôles sont également effectuées	A

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

Réf. 23	La sécurité du système d'information est assurée		Cotations
23 a	Une politique de sécurité est mise en œuvre pour assurer l'intégrité, la disponibilité, la confidentialité des données et l'auditabilité du système d'information	L'établissement a défini une politique de sécurité, il met en œuvre les mesures nécessaires pour assurer l'intégrité, la disponibilité, la confidentialité des données et l'auditabilité du système d'information	A
23 b	La sécurité du système d'information est évaluée lors d'un diagnostic initial puis à périodicité définie	Des évaluations régulières concernant la sécurité du 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 des 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 sont connues des professionnels concernés et l'établissement s'assure de leur utilisation.	A
24 c	Les règles de conservation du dossier du patient sont connues des professionnels concernés	L'établissement a développé une communication et /ou une formation régulière des professionnels concernés sur les règles de conservation du dossier du patient. Il s'assure de leur application.	A
24 d	Les professionnels connaissent leurs responsabilités dans la préservation de la confidentialité des données personnelles	Les professionnels concernés par la confidentialité des données personnelles sont identifiés. Les règles garantissant sa préservation sont connues.	A
24 e	L'accès aux dossiers est organisé pour le patient et/ou les personnes habilitées	L'organisation mise en place par les responsables assure l'accès au dossier pour le patient et les personnes habilitées. Elle est connue des professionnels et des patients.	A

CHAPITRE III

PRISE EN CHARGE DU PATIENT

A – ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET MANAGEMENT DES SECTEURS D'ACTIVITÉ

Réf. 25	Les responsables des secteurs d'activité exercent pleinement leur rôle		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
25 a	Les responsables prévoient les évolutions de leur secteur d'activité en cohérence avec les choix stratégiques de l'établissement	Les responsables de chaque secteur d'activité élaborent un projet 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	Tous les responsables des secteurs d'activité définissent ou participent à la définition des champs de complémentarité et des partenariats potentiels . L' organisation mise en place est formalisée et les modes de fonctionnement permettent d'en assurer le suivi.		A			
25 d	Les responsables des secteurs d'activité décident, dans le cadre de leurs attributions, des actions à mettre en œuvre dans leur secteur	Bien qu'associés aux seuls choix stratégiques de l'établissement, les responsables des secteurs d'activité définissent leur processus décisionnel dans le cadre de leurs attributions		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 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	Malgré l'absence d'indicateurs de qualité et de risques et l'utilisation de seuls indicateurs financiers, 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 .		B			
25 g	Les responsables développent des démarches d'évaluation et d'amélioration	Les responsables sont institutionnellement impliqués dans l'évaluation et l'amélioration des performances de leur secteur d'activité. Ils disposent des outils et de la formation pour le faire		A			

B – PARCOURS DU PATIENT

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

Réf. 27	L'accueil du patient (résident – USLD) et de son entourage est organisé		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
27 a	Les besoins et les attentes du patient (résident – USLD) sont identifiés, y compris les besoins sociaux	Les informations concernant les besoins et les attentes du patient sont recherchées, rassemblées aux moments d'accueil et disponibles.		A			
27 b	Le patient (résident – USLD) reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de son séjour	Les conditions de l'accueil, la sensibilisation du personnel et les supports d'information font que les patients reçoivent une information claire et adaptée sur les conditions de séjour.		A			
27 c	L'accueil et les locaux sont adaptés aux handicaps du patient (résident – USLD) et/ou de son entourage	Malgré une sensibilisation du personnel qui s'attache à gérer au mieux l'hospitalisation des personnes handicapées, la configuration architecturale des locaux ne permet pas aux handicapés l'accès à toutes les parties de la structure. Un échéancier de travaux d'aménagement est prévu.		B			
27 d	La permanence de l'accueil est organisée	Les règles gérant l'accueil sont définies et assurent une réponse permanente et adaptée aux différents types de prise en charge		A			
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	L'accueil des patients se présentant en urgence est organisé par un personnel dédié, formé et identifié.		A			
28 b	Selon le degré d'urgence, une prise en charge, une réorientation ou un transfert sont organisés dans un délai compatible avec les impératifs de sécurité	L'organisation en place permet aux professionnels de santé la mise en œuvre de la décision de prise en charge, de réorientation ou de transfert des patients dans des délais compatibles avec leur état de santé.		A			
28 c	Le recours à un avis spécialisé est organisé selon les besoins	L'organisation du recours aux spécialistes assure leur intervention dans des délais compatibles avec la sécurité des patients		A			
28 d	La disponibilité des lits d'hospitalisation est régulièrement évaluée et analysée au sein de l'établissement	Une organisation adaptée de la gestion des lits d'hospitalisation permet d'évaluer et d'analyser régulièrement la disponibilité des lits afin de réduire les délais d'attente d'hospitalisation.		A			

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

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

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

Réf. 31	Le patient (résidant – USLD) est informé de son état de santé et est partie prenante de sa prise en charge		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
31 a	Le patient reçoit une information coordonnée par les professionnels sur les soins et son état de santé tout au long de sa prise en charge	La coordination des professionnels permet au patient de recevoir une information 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						
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 que le patient souhaite voir informées sont recueillies et tracées dans le dossier.		A			
31 d	Le consentement éclairé du patient (résidant – USLD) ou de son représentant légal est requis pour toute pratique le concernant	Avant toute demande de consentement, le patient ou son représentant légal est informé sur les actes de prévention, d'exploration et de soins qui le concernent en particulier sur leurs risques et leurs bénéfices. Le consentement du patient ou de son représentant légal est systématiquement recueilli et tracé dans le dossier.		A			
31 e	Un consentement éclairé (résidant – USLD) du patient est formalisé dans les situations particulières	Avant toute demande de consentement, le patient (le représentant légal, le cas échéant) est informé sur les actes de prévention, d'exploration et de soins qui le concernent, en particulier sur leurs bénéfices et risques. Le recueil écrit systématique du consentement éclairé est réalisé dans certaines situations connues des professionnels.		A			
31 f	Le patient (résidant – USLD) est informé de la survenue d'un événement indésirable lors de sa prise en charge	Les modalités d'information du patient durant son séjour ou après sa sortie concernant la survenue d'un événement indésirable sont formalisées. L'information donnée est tracée dans le dossier.		A			

Réf. 32	La douleur est évaluée et prise en charge		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
32 a	Une concertation est organisée entre les professionnels pour améliorer la prise en charge de la douleur selon les recommandations de bonne pratique	Une organisation de la prévention et de la prise en charge systématique de la douleur connue des professionnels est mise en œuvre et tient compte des recommandations de bonnes pratiques bien que le CLUD n'ait pas à ce jour établi de protocole de prise en charge.		B			
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 bien que ni lui ni les IDE n'utilisent pas d'outil de mesure. L'évaluation périodique de sa satisfaction permet de faire évoluer la lutte contre la douleur		B			
32 c	Les professionnels sont formés à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur	Une formation à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur adaptée aux types de prise en charge est mise en œuvre pour une partie (16 %) du personnel soignant à ce jour. Son efficacité est 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 un approvisionnement et une dispensation 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 des professionnels.		A			
33 b	La coordination entre les équipes médicales et paramédicales est organisée	L'organisation des transmissions d'information entre les équipes médicales et paramédicales permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre elles.		A			
33 c	La prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement est assurée	La prise en charge des urgences vitales est assurée dans chacun des secteurs d'activité de l'établissement grâce à un personnel formé et à une maintenance contrôlée du matériel d'urgence. Le dispositif en place est évalué.		A			

Réf. 34	La traçabilité des actes et la transmission, en temps opportun, des informations reposent sur une organisation adaptée du dossier du patient (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	La prise en charge des urgences vitales est assurée dans chacun des secteurs d'activité de l'établissement grâce à un personnel formé et à une maintenance contrôlée du matériel d'urgence. Le dispositif en place est évalué.		A			
34 b	L'information contenue dans le dossier du patient (résident – USLD) est accessible aux professionnels en charge du patient (résident – USLD), en temps utile	Une organisation de la tenue et de l'accessibilité du dossier du patient facilite la consultation des informations qu'il contient lorsque le professionnel de santé en a besoin.		A			
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)	Malgré la subsistance d'informations verbales au quotidien, toute information d'importance donnée au patient et/ou à son entourage est tracée 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 (résident – 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 bien que les demandes de laboratoire ne fassent pas toujours apparaître les renseignements cliniques		B			
35 b	Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies	Les règles de coordination entre secteurs d'activité clinique et médico-technique 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 médico-technique 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	<p>Le circuit du médicament n'a pas été formalisé. Les modalités de prescription sont respectées. La commande est effectuée par les infirmières sur une feuille de papier libre regroupant la somme des ordonnances, mais prenant également en compte le contenu de l'armoire à pharmacie. La dispensation est faite sur cette base trois fois par semaine dans des containers sécurisés : les plaquettes sont livrées entières. Ces modalités de commande et dispensation entraînent au niveau des armoires à pharmacie des excédents renforcés par la présence aléatoire des médicaments apportés par les patients. La gestion des approvisionnements en urgence passe par le recours à une armoire tampon important dont le contenu a été validé par la CME : l'établissement n'a pas réfléchi sur le stock minimal en urgence. Cette armoire est accessible au médecin résident et à une infirmière.</p> <p>Il en est de même pour les dispositifs médicaux.</p> <p>Une livraison spécifique et protocolisée est dédiée à l'électroconvulsivothérapie.</p> <p>L'informatisation du dossier patient devrait prochainement permettre de sécuriser ce circuit</p>		C			
36 b	L'utilisation des médicaments suit les recommandations de bonne pratique en termes de pertinence de l'indication, de respect des contre-indications, et de connaissance des interactions et effets secondaires	Les professionnels suivent les recommandations de bonne pratique de prescription des médicaments permettant d'assurer une bonne utilisation des médicaments. Les événements indésirables sont recueillis, analysés et exploités.		A			
36 c	L'administration du médicament au patient (résident – USLD) est conforme à la prescription et fait l'objet d'une traçabilité	La conformité de l'administration du médicament à la prescription est assurée par les professionnels habilités. Sa traçabilité est réalisée.		A			

			Cotation				
36 d	Les informations sur les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont à la disposition des utilisateurs	Les responsables de la pharmacie délivrent aux professionnels des informations validées et actualisées sur les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux et mettent à disposition des patients des informations adaptées à leur état de santé.		A			
36 e	Les demandes urgentes de médicaments peuvent être satisfaites à tout moment	Il existe une organisation concertée et connue de tous les professionnels pour satisfaire à tout moment les demandes urgentes de médicaments.		A			
	<i>USLD</i> – Les demandes urgentes de médicaments, formulées par les USLD, peuvent être satisfaites à tout moment						

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

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 le don d'organe n'est pas organisé dans un souci de ne pas perturber les patients		B			
38 c	Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes ou de tissus	Les professionnels ne sont pas informés et formés aux enjeux concernant les dons d'organe ou de tissu L'établissement devra assurer l'information et la formation de ses professionnels aux enjeux concernant les dons d'organe ou de tissu.		C			
38 d	Les prélèvements d'organes ou de tissus sont réalisés conformément aux règles de bonnes pratiques			NA			

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

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

Réf. 41	La continuité des soins après la sortie est planifiée et coordonnée avec le patient (résident – 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 avec le patient, son entourage et le médecin traitant en tenant compte de ses besoins. Une réflexion est menée pour anticiper la programmation de cette sortie.		B			
	USLD – Le résident, l'entourage et le médecin traitant qu'il désigne, le cas échéant, sont associés à la planification de la sortie						
41 b	Le patient est adressé aux professionnels et aux 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 résident est adressé aux professionnels et aux structures appropriés en fonction de ses besoins de santé et de ses choix						
41 c	Les professionnels assurant l'aval sont informés et associés à la planification de la sortie du patient (résident – USLD) dans des délais compatibles avec la continuité de la prise en charge	Les professionnels associent les professionnels d'aval afin de permettre la continuité de la prise en charge : cette information est donnée téléphoniquement en cas d'urgence. Le délai d'envoi de la lettre de sortie n'excède pas 8 jours.		B			
41 d	La continuité de la prise en charge est assurée lors du transfert entre établissements	Les conditions du transfert du patient entre établissements sont adaptées à sa situation. Les professionnels organisent les retours d'informations 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	L'établissement reçoit exceptionnellement des patients nécessitant des soins palliatifs. Il prend en compte la volonté du patient.		A			
42 b	La prise en charge des besoins spécifiques du patient (résidant – USLD) en fin de vie et de son entourage est assurée			NA			
42 c	La formation des professionnels est organisée			NA			
42 d	Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte			NA			

Réf. 43	Le décès du patient (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 un 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 es tracé dans le dossier. Celles-ci sont respectées en cas de décès.		A			
43 c	Un accompagnement psychologique de l'entourage est assuré	Lors du décès du patient, les besoins d'accompagnement psychologique de l'entourage sont identifiés et pris en compte.		A			
43 d	Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte	Les besoins d'aide psychologique des professionnels confrontés au décès sont identifiés. L'accompagnement psychologique de ces professionnels est réalisé .		A			

CHAPITRE IV

ÉVALUATIONS ET DYNAMIQUES D'AMÉLIORATION

A – PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Réf. 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
44 a	La pertinence des hospitalisations est évaluée	<p>L'établissement, sous l'égide de la CME, a choisi d'évaluer la pertinence de l'hospitalisation en urgence ressentie et ce que la demande soit issue d'un médecin, de la famille ou du patient lui-même.</p> <p>L'objectif était de définir des indicateurs permettant d'éviter les hospitalisations abusives et de préciser les critères d'orientation pour une organisation plus précoce et mieux adaptée de la prise en charge.</p> <p>La méthode utilisée a été celle du chemin clinique. Elle s'est appuyée sur la réglementation en vigueur et sur les expériences étrangères reconnues dans ce domaine. La confrontation de ces données avec l'état des lieux s'est faite au cours de nombreuses réunions de concertation qui ont permis un consensus sur le champ de l'étude. L'analyse du chemin clinique a porté sur 16 patients en première demande d'hospitalisation. Elle a contribué à la mise en place d'un support à savoir un guide utilisable dès la première orientation téléphonique.</p> <p>Des indicateurs ont été définis concernant le taux d'hospitalisations, les délais de prise en charge. A principalement mise en exergue la notion de critères de risques.</p> <p>Une action d'amélioration a consisté dans la mise en place d'une plage horaire de consultation psychiatrique concernant ces patients.</p> <p>Les résultats n'ont pas été diffusés à l'ensemble de l'établissement.</p>	B
44 b	La pertinence des actes à risque est évaluée	<p>La clinique a choisi d'évaluer en tant qu'acte à risque l'activité interventionnelle de l'établissement à savoir l'électroconvulsivothérapie : il s'agit d'une pratique en augmentation et concernant laquelle il existe des recommandations.</p> <p>L'objectif était de réduire les risques inhérents à cette pratique.</p> <p>La méthode utilisée a été celle de l'approche par indicateurs, complétée par l'analyse des indicateurs de risques issue d'une étude rétrospective des dossiers.</p> <p>Cette étude concernant 16 patients a été conduite par l'ensemble des professionnels concernés.</p>	A

Réf. 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
		<p>Elle a permis dans un premier temps de valider des données positives :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la traçabilité du consentement, • la justification de l'acte au regard des risques encourus, • l'implication des médecins dans l'évaluation. <p>Des action d'amélioration ont été initiées dès 2006, à savoir le recueil du refus de consentement et la création d'un fiche de recueil des évènements indésirables. Sont prévus pour 2007, le suivi des actions entamées, la gestion des risques et une comparaison à d'autres établissements.</p>	
44 c	La pertinence des prescriptions médicamenteuses est évaluée	<p>L'établissement, par le biais de la CME a choisi d'évaluer la pertinence de la prescription des médicaments antidépresseurs au sein de la clinique : ceci au regard du problème de santé publique que pose la dépression, du risque d'inversion de l'humeur propre à cette prescription et de la représentation de cette pathologie au sein de la clinique.</p> <p>L'objectif était d'améliorer la qualité des prescriptions.</p> <p>La méthode utilisée a été celle de la revue de pertinence à partir de l'étude des dossiers des patients en cours d'hospitalisation. 26 dossiers ont été analysés au cours de 5 réunions mensuelles. Une fiche de pertinence a été élaborée sur la base des données de la littérature.</p> <p>Des modifications sont amorcées dans les pratiques mais n'ont pas encore donné lieu à une politique structurée et consensuelle.</p>	B
44 d	La pertinence des examens de laboratoire et des examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle est évaluée	<p>L'établissement a choisi, sous le contrôle de la CME, d'analyser la pertinence de la prescription de bilans hépatiques au cours du suivi des patients sous normothymiques.</p> <p>L'objectif était d'assure un suivi optimal au travers d'un consensus sur les pratiques médicales.</p>	A

Réf. 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques	Cotation
	<p>La méthode utilisée a été une revue de pertinence à partir d'une analyse rétrospective de 36 dossiers. Celle-ci a permis de dégager des axes d'amélioration, en particulier quant à la périodicité de réalisation des examens.</p> <p>Une évaluation des actions mises en place a été réalisée au bout de 3 mois sur 38 dossiers. Elle a témoigné du caractère plus ciblé et chronologiquement plus adapté des demandes d'examens.</p>	

Réf. 45	Les professionnels évaluent le risque lié aux soins		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
45 a	Les professionnels identifient les actes, les processus et les pratiques à risque et évaluent leurs conditions de sécurité	<p>L'établissement, sous l'égide de la CME, a décidé d'analyser le risque lié à la pratique des ECT et d'identifier des modalités de réduction de ce risque.</p> <p>L'objectif était :</p> <ul style="list-style-type: none"> de hiérarchiser les risques, afin d'améliorer les modalités de réalisation de l'acte. <p>La méthode utilisée après une analyse des risques à priori, a été la méthode AMDEC étayée par la prise en compte des recommandations professionnelles sur l'ECT. L'étude de criticité a permis une hiérarchisation des risques et la validation d'un process de prise en charge.</p> <p>Des actions d'amélioration ont été mises en place à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> la création d'une commission de Sécurité anesthésique, l'organisation de la programmation des ECT, l'autorisation de sortie du patient. 		A			
45 b	L'analyse des événements indésirables et la mise en œuvre des actions de prévention et d'amélioration correspondantes sont assurées :	<p>L'établissement a, parmi les événements indésirables, sélectionné le tabagisme qui représente un enjeu en termes de santé publique, et en psychiatrie un challenge face à l'importance de cette addiction et aux risques qu'elle génère.</p> <p>L'objectif était de réduire cette addiction tant chez les professionnels que chez les patients.</p> <p>Deux méthodes complémentaires ont été choisies :</p> <ol style="list-style-type: none"> l'approche par indicateurs avec recours à 2 indicateurs <ul style="list-style-type: none"> un indicateur de risque à savoir le nombre d'événements indésirables émanant des patients fumeurs, et un indicateur de résultat à savoir le nombre de patients fumeurs répertoriés un jour donné. <p>complétée par une enquête de pratique.</p>		B			

		Cotation					
		<p>2. l'approche par la méthode de résolution des problèmes recours à 3 démarches :</p> <ul style="list-style-type: none"> • réactivation d'un groupe de travail ou Comité Local de Prévention du Tabagisme • mise en place d'un accompagnement au changement, • intervention d'un tabacologue. <p>Ces démarches sont en cours : elles n'ont pas encore permis de dégager de voies d'amélioration ni de procéder à des évaluations.</p>					

Réf. 46	La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
46 a	Les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés	<p>L'établissement a choisi d'évaluer la prise en charge des patients alcoolo dépendants. En effet la prise en charge de l'alcoolisme représente un enjeu en termes de santé publique et concerne un pourcentage important des patients accueillis au sein de la clinique. (23% en 2005) Fait important, l'abord de l'alcoolo dépendance a été envisagé dans le cadre élargi d'une prise en charge globale tenant compte des conduites addictives surajoutées et des pathologies associées. L'objectif était d'évaluer la démarche de prise en charge effectuée par un spécialiste en alcoologie en :</p> <ul style="list-style-type: none"> • positionnant la démarche par rapport à un référentiel, • déterminant les modalités de prescription des benzodiazépines, 		B			
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						

		Cotation				
46 f	<p>Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons</p>	<ul style="list-style-type: none"> • et en sélectionnant des indicateurs permettant un suivi continu et une comparaison entre établissements. <p>Une grille d'audit a été réalisée à partir du programme COMPAQH et des indicateurs spécifiques déclinés en interne. L'ensemble de ce travail préparatoire a pris en compte les données de la littérature et plus particulièrement les travaux issus de la conférence de consensus de l'ANAES et les recommandations internationales.</p> <p>L'étude a porté sur l'analyse rétrospective de 35 dossiers. Des actions d'amélioration ont été définies et mises en place à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une fiche de recherche de la prescription de benzodiazépines dès l'entrée, • une identification dès l'entrée des dépendances et comorbidités, • une révision du protocole de sevrage, • la mise en place d'un protocole de sevrage de benzodiazépines, • le recours si nécessaire à une consultation somatique. <p>Elles n'ont pas encore donné lieu à des évaluations. Cependant des comparaisons inter établissements ont débuté.</p>				

B – RESSOURCES HUMAINES

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

C – FONCTIONS HÔTELIÈRES ET LOGISTIQUES

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

D – SYSTÈME D'Information

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

E – QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

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

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

Réf. 52	Les relations avec les correspondants externes de l'établissement sont évaluées		Cotation
52 a	L'établissement évalue les actions mises en œuvre pour impliquer les correspondants	L'établissement a recensé les actions mises en œuvre pour impliquer les correspondants. Il les évalue même si cette démarche n'est pas formalisée et met en œuvre, le cas échéant, des actions d'amélioration.	B
52 b	La satisfaction des correspondants est évaluée et prise en compte	La satisfaction des correspondants est actuellement fondée sur la base d'échanges entre praticiens sans que cela entre dans un cadre d'une évaluation formelle. L'établissement teste actuellement un modèle de questionnaire. Une évaluation à l'attention des médecins adresseurs est programmée pour 2006 en ce qui concerne la prise en charge des patients présentant des troubles bipolaires en hospitalisation partielle. L'établissement devra formaliser sa politique d'évaluation de la satisfaction des correspondants	C

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 oeuvre des orientations stratégiques est organisé. Le recueil et l'exploitation des données permettent aux responsables de procéder aux réajustements des objectifs.	A
53 b	La direction et les instances disposent d'éléments permettant les comparaisons avec des établissements similaires	Un dispositif permettant les comparaisons avec des établissements similaires est en place et permet, le cas échéant, aux responsables de procéder aux réajustements des orientations stratégiques.	A
53 c	Les résultats font l'objet d'une communication interne	Une organisation de la communication est en place afin de transmettre régulièrement les résultats de la mise en oeuvre des orientations stratégiques aux responsables et aux professionnels concernés.	A

PARTIE 3

COMMENTAIRES SYNTHÉTIQUES

I Commentaires synthétiques par type de prise en charge

Psychiatrie et santé mentale

L'établissement dispose d'un projet d'établissement 2003-2007 mis en œuvre au travers d'un COM dans lequel le projet médical accorde une part importante à la qualité de l'accueil, à la personnalisation de la prise en charge et à la gestion des risques. Il comporte la mise en place d'une nouvelle structure d'hospitalisation à temps partiel à valeur éducative pour les patients atteints de troubles bipolaires. Une attention toute particulière est portée au sevrage alcoolique et au suivi des troubles du comportement alimentaire.

Le respect des droits et de la dignité du patient, la préservation de la confidentialité et la qualité des relations humaines participent des valeurs anciennes de la clinique.

Des projets d'humanisation sont programmés au niveau des locaux anciens et englobent le dispositif d'accueil pour les patients handicapés qui ne permet pas une libre circulation dans l'ensemble de la structure.

L'accueil du patient se fait à partir d'une évaluation tant de l'urgence ressentie que de sa situation médico-sociale. Mise en œuvre avant l'hospitalisation cette démarche permet d'harmoniser au mieux les délais et modalités d'accueil ou d'orientation et en particulier la gestion des urgences.

L'évaluation de l'état de santé du patient est réalisée dès son arrivée tant aux plans somatique et psychique que sur le plan des besoins fondamentaux. Tout au long du séjour, cet état est réévalué dans une approche pluridisciplinaire du soin, associant l'ensemble des intervenants. La traçabilité de la prise en charge est assurée au niveau d'un dossier patient organisé, renseigné par tous et accessible à tous moments. Une attention et une écoute permanentes favorisent la personnalisation des prises en charge y compris dans le domaine des prestations hôtelières. La dimension éducative du soin est développée au travers d'une information concernant la maladie et le traitement, de la mise à disposition de documents informatifs, de groupes de paroles et de la prise en compte des familles. Celle-ci est particulièrement développée en ce qui concerne les patients souffrant de troubles bipolaires, les patients souffrant de troubles du comportement alimentaire, les patients alcooliques. Les restrictions de liberté sont justifiées par l'état du patient et font l'objet d'une information dès l'accueil. Un contrat de soins spécifique signé par les deux parties implique le patient dans le sevrage alcoolique.

La pratique de l'électroconvulsivothérapie obéit à une méthodologie rigoureuse et associe pleinement le patient à la décision. Le risque suicidaire est analysé, sa prévention est organisée sur un mode personnalisé.

L'établissement a initié une réflexion sur la douleur avec la mise en place du CLUD toutefois la formalisation de la prise en charge et la réalisation de protocoles restent à mettre en œuvre. La prise en charge des urgences vitales est assurée. Le conventionnement avec un service d'imagerie médicale et un laboratoire répond aux demandes des prescripteurs. Le circuit du médicament n'est pas totalement maîtrisé, notamment en ce qui concerne la gestion des stocks dans les armoires à pharmacie de service et la sécurisation de l'accessibilité à la pharmacie d'urgence. La continuité des soins après la sortie est organisée au plan médico-social, coordonnée et accompagnée par des consultations si besoin et le recours au suivi psycho éducatif..

II Appréciation globale sur la dynamique qualité

Initiée précocement, la démarche qualité participe du respect des valeurs humaines inhérent au fonctionnement de la clinique. D'emblée, elle a été globale, participative et accompagnée par des formations ciblées. La première visite d'accréditation n'a donné lieu à aucune recommandation. Au décours de cette visite, la dynamique est restée soutenue, confortée par une volonté forte de l'équipe de direction : elle sous-tend le fonctionnement de l'établissement avec l'intégration de la qualité et de la gestion des risques au sein du projet d'établissement, la formalisation de la gestion documentaire et l'implication des médecins dans l'évaluation des pratiques.

III Liste des actions exemplaires

1. **La prise en compte de la notion d'urgence ressentie** au niveau de la pré admission : formalisée après une démarche d'évaluation basée sur la méthode du chemin clinique, elle a favorisé la mise en place de modalités d'accueil qui permettent d'organiser au mieux l'orientation et les modalités de prise en charge du patient. . Dès le premier appel téléphonique la notion d'urgence ressentie est analysée par le cadre infirmier avec l'aide éventuelle d'un médecin voir de l'assistante sociale. Une consultation en urgence peut être proposée. Les renseignements obtenus et les éventuelles données de la consultation permettent un accueil optimisé du patient au sein de la clinique ou une orientation vers une structure adaptée
2. **La prise en charge psycho éducative des patients atteints de troubles bipolaires** : qui permet sur un mode ambulatoire ou en hospitalisation à temps partiel d'éduquer les patients à leur maladie et à leur traitement en favorisant parallèlement leur insertion sociale par une intégration au sein d'ateliers d'ergothérapie spécifiques.

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 :

- Poursuivre l'optimisation de la gestion de stocks de médicaments (36 a).

INDEX

AES :	Accident d'exposition au sang	CCMU :	Classification clinique des malades aux urgences
AFS :	Agence française du sang	CCPPRB :	Comité consultatif pour la protection des personnes dans la recherche biomédicale
AFSSA :	Agence française de sécurité sanitaire des aliments	CDAM :	Catalogue des actes médicaux
AFSSAPS :	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé	CE :	Comité d'entreprise
ANDEM :	Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale	CEDPA :	Cellule d'évaluation de la dépendance chez la personne âgée
ANDRA :	Agence nationale pour la gestion des déchets radioactifs	CEME :	Commission d'évaluation médicale de l'établissement
AP :	Atelier protégé	CESF :	Conseillère en économie sociale et familiale
ARECLIN :	Association régionale des comités de lutte contre les infections nosocomiales	CGSH :	Comité de gestion du service informatique d'hospitalisation
ARH :	Agence régionale de l'hospitalisation	CH :	Centre hospitalier
ARTT :	Aménagement de la réduction du temps de travail	CHR :	Centre hospitalier régional
AS :	Aide-soignante	CHRS :	Centre d'hébergement et de réadaptation spécialisé
ASH :	Agent des services hospitaliers	CHS :	Centre hospitalier spécialisé
ASHQ :	Agent des services hospitaliers qualifié	CHSCT :	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
AVC :	Accident vasculaire cérébral	CHU :	Centre hospitalier universitaire
BDSF :	Banque de données statistiques et financières	CIM :	Classification internationale des maladies
BMR :	Bactéries multirésistantes	CLAN :	Comité de liaison alimentation et nutrition
BO :	Bulletin officiel	CLCC :	Centre de lutte contre le cancer
CA :	Conseil d'administration	CLIC :	Centre local d'information et de coordination
CAF :	Caisse d'allocations familiales	CLIN :	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CAMSP :	Centre d'action 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	RSIO :	Responsable du système d'information et de l'organisation
MKDE :	Masseur-kinésithérapeute diplômé d'État	RSS :	Résumé de sortie standardisé
MOF :	Manuel d'organisation et de fonctionnement	RSS* :	Réseau de santé social
MPR :	Médecine physique et réadaptation	RUM :	Résumé d'unité médicale
NGAP :	Nomenclature générale des actes professionnels	SAE :	Statistiques appliquées aux établissements
NIP :	Numéro d'identification permanent	SAMU :	Service d'aide médicale d'urgence
NPP :	Numéro patient permanent	SAU :	Service d'accueil des urgences
OMS :	Organisation mondiale de la santé	SEP :	Sclérose en plaques
OPRI :	Office de protection contre les radiations ionisantes	SFAR :	Société française d'anesthésie et de réanimation
OQN :	Objectifs quantifiés nationaux	SIDA :	Syndrome d'immunodéficience acquise
PAC :	Praticien associé contractuel	SIH :	Système d'information hospitalier
PAQ :	Programme d'amélioration de la qualité	SIIPS :	Soins infirmiers individualisés à la personne soignée
PASS :	Permanence d'accès aux soins de santé	SMUR :	Service mobile d'urgence et de réanimation
PCA :	<i>Patient controled analgesia</i> (pompes analgésiques contrôlées)	SROS :	Schéma régional d'organisation sanitaire
PCEA :	<i>Patient controled epidural analgesia</i>	SROSS :	Schéma régional d'organisation sanitaire et social
PCS :	Poste central de sécurité	SSIAD :	Service de soins infirmiers à domicile
PFC :	Produits frais congelés	SSPI :	Salle de surveillance postinterventionnelle
PFT :	Placement familial thérapeutique	SSR :	Soins de suite et réadaptation
PHISP :	Pharmacien inspecteur de santé publique	STB :	Service technique et biomédical
PME :	Projet médical d'établissement	TGBT :	Transformateur général de basse tension
PMI :	Protection materno-infantile	TIAC :	Toxi-infection alimentaire collective
PMO :	Prélèvement multiorgane	TIM :	Technicienne de l'information médicale
PMSI :	Programme de médicalisation du système d'information	UCDM :	Unité centrale d'archivage des dossiers médicaux
POSU :	Pôle spécialisé d'urgence	UCV :	Unité cardio-vasculaire
PRN :	Projet de recherche en nursing	UMSP :	Unité médicale de soins palliatifs
PSL :	Produit sanguin labile	UPATOU :	Unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences
PUI :	Pharmacie à usage intérieur	UPC :	Unité de production culinaire
RAI :	Réaction à usage immune	USP :	Unité de soins palliatifs
RAQ :	Responsable assurance qualité	USIC :	Unité de soins intensifs cardiologiques
RHS :	Résumé hebdomadaire standardisé	VIH :	Virus d'immunodéficience humaine
RRF :	Rééducation et réadaptation fonctionnelles (remplacé par MPR)	VSL :	Véhicule sanitaire léger
RSD :	Règlement sanitaire départemental		