



MANUEL D'ACCREDITATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

**DEUXIÈME PROCÉDURE D'ACCREDITATION
SEPTEMBRE 2004**

**DIRECTION DE L'ACCREDITATION
ET DE L'ÉVALUATION DES PRATIQUES**

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'Anaes est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été réalisé en septembre 2004.

Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé)
Service communication

2, avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX – Tél. : 01 55 93 70 00 – Fax : 01 55 93 74 00
© 2004. Anaes

REMERCIEMENTS

Les objectifs et le contenu de ce manuel n'auraient pu être réalisés sans l'implication de nombreux professionnels de santé et d'usagers qui ont apporté leur contribution. Nous soulignons les apports fondamentaux de ces personnes avec le soutien d'organisations et/ou d'institutions pour lesquelles elles travaillent.

Notre gratitude va à tous ceux :

- qui nous ont aidés à préciser les objectifs et les orientations de ce nouveau manuel ;
- qui ont analysé la documentation existante et les résultats d'autres expériences d'évaluation externe en France et à l'étranger ;
- qui ont participé à des groupes de travail et/ou de relecture ;
- qui ont favorisé la réflexion et l'action au sein de groupes professionnels, sociétés professionnelles et savantes, fédérations d'établissements de santé privés et publics.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	3
SOMMAIRE	4
INTRODUCTION	6
PARTIE I – PRINCIPES ET ENJEUX DE L'ACCRÉDITATION	7
LES PRINCIPES DE L'ACCRÉDITATION	8
I. Définition et objectifs	8
II. Fondements et principes	8
III. Positionnement de l'accréditation	9
IV. Les enseignements de la première procédure d'accréditation et les attentes de l'environnement	10
V. Les options de la seconde procédure d'accréditation	11
LE MANUEL D'ACCRÉDITATION	16
I. La refonte des références	16
II. Les modalités d'élaboration des références	17
LA PROCÉDURE D'ACCRÉDITATION	19
I. Principes généraux	19
II. Étapes de la procédure	21
III. Conclusion de la procédure d'accréditation et rapport d'accréditation	22
PARTIE II - LES RÉFÉRENCES D'ACCRÉDITATION	24
CHAPITRE I - POLITIQUE ET QUALITÉ DU MANAGEMENT	25
CHAPITRE II - RESSOURCES TRANSVERSALES	30
Ressources humaines	30
Fonctions hôtelières et logistiques	32
Organisation de la qualité et de la gestion des risques	34
Qualité et sécurité de l'environnement	37
Système d'information	39
CHAPITRE III - PRISE EN CHARGE DU PATIENT	43
SOINS DE COURTE DURÉE (MÉDECINE/CHIRURGIE/OBSTÉTRIQUE)	44
A. Orientations stratégiques et management des secteurs d'activité	44
B. Parcours du patient	45
PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE	54
A. Orientations stratégiques et management des secteurs d'activité	54
B. Parcours du patient	55

SOINS DE SUITE OU DE RÉADAPTATION	65
A. Orientations stratégiques et management des secteurs d'activité	65
B. Parcours du patient	66
SOINS DE LONGUE DURÉE	76
A. Orientations stratégiques et management des secteurs d'activité	76
B. Parcours du résident	77
HOSPITALISATION À DOMICILE	86
A. Orientations stratégiques et management des secteurs d'activité	86
B. Parcours du patient	87
CHAPITRE 4 - ÉVALUATIONS ET DYNAMIQUES D'AMÉLIORATION	97
A. Pratiques professionnelles	98
B. Ressources humaines	100
C. Fonctions hôtelières et logistiques	100
D. Système d'information	100
E. Qualité et gestion des risques	101
F. Orientations stratégiques	102
GLOSSAIRE	103
TABLE DES SIGLES	108
LISTE DES RÉFÉRENCES	109
ONT PARTICIPÉ	111
BIBLIOGRAPHIE (LISTE NON EXHAUSTIVE)	122

INTRODUCTION

Introduite au sein du système de santé français par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière et précisée par le décret n° 97-311 de 7 avril 1997, la procédure d'accréditation des établissements de santé a pour objectif de porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels* portant sur les procédures*, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement.

La première itération de l'accréditation des établissements de santé sera achevée à la fin du premier semestre 2006. Une nouvelle itération débutera sur la base du présent manuel à partir du dernier trimestre 2004 pour ce qui concerne la phase d'auto-évaluation.

Pour mener à bien ce deuxième cycle de la démarche, l'Anaes s'appuie sur une nouvelle version du manuel réalisée après recensement des commentaires et attentes des professionnels et des tutelles, avec l'aide de groupes de travail et de relecture composés de professionnels et d'usagers. Ce manuel et la procédure ont également fait l'objet d'une expérimentation menée au cours du premier semestre 2004 dans 35 établissements expérimentateurs qui ont permis d'en arrêter le contenu définitif.

Par rapport à la première itération, le contenu du manuel et la procédure introduisent des évolutions importantes qui traduisent les orientations stratégiques arrêtées en décembre 2002 par le conseil d'administration de l'Anaes en vue d'une plus grande simplicité du manuel et de la procédure, d'une plus grande médicalisation de la démarche et d'une plus grande lisibilité des résultats.

Ces évolutions visent à répondre aux attentes des établissements et, bien évidemment, aux attentes des usagers et des pouvoirs publics qui souhaitent disposer d'une information plus discriminante de la qualité des prestations des soins délivrés par les établissements de santé.

À ce titre, cette nouvelle version s'inscrit dans la dynamique voulue par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie qui fait de la qualité un des outils majeurs de la régulation du système de santé. Elle doit notamment donner les moyens aux pouvoirs publics d'une évaluation de la qualité des prestations servies par les établissements et de la dynamique de leurs démarches qualité qui puisse servir de support à une partie de l'allocation de ressources.

Alain COULOMB
Directeur général

PARTIE I – PRINCIPES ET ENJEUX DE L'ACCREDITATION

LES PRINCIPES DE L'ACCREDITATION

I. DÉFINITION ET OBJECTIFS

L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels, indépendante de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à s'assurer de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients dans les établissements de santé (L.6113-3 du CSP). Elle s'inscrit dans un double courant international prônant, d'une part, une démarche professionnelle de promotion de l'amélioration continue de la qualité fondée sur un référentiel de métier et sur une évaluation externe par les pairs et, d'autre part, l'appréciation du niveau de qualité atteint dans un contexte de renforcement de l'obligation de rendre compte au public de la qualité des services rendus.

Cette procédure permet :

- de s'assurer de la qualité et de la sécurité des soins donnés au patient ;
- d'apprécier la dynamique des démarches d'évaluation et d'amélioration mises en œuvre ;
- d'impliquer les professionnels dans ces démarches ;
- de valoriser les actions d'évaluation et d'amélioration ;
- de renforcer la confiance du public par la communication des résultats ;
- de formuler des recommandations explicites aux établissements.

L'Anaes, chargée de la mise en œuvre de l'accréditation, établit avec les acteurs du système de santé des références, conçues pour apprécier l'organisation, les procédures et les résultats attendus en termes de gain de santé et de satisfaction du patient.

L'accréditation concerne tous les établissements de santé, publics et privés. Elle concerne également les groupements de coopération sanitaire entre établissements de santé, les syndicats interhospitaliers détenteurs d'une autorisation* d'activité, ainsi que les réseaux de santé et les installations de chirurgie esthétique.

L'accréditation s'applique à l'établissement de santé au sens juridique du terme. Elle s'applique aux activités de l'établissement de santé qui participent directement ou indirectement à la prise en charge du patient et concerne donc, simultanément, l'ensemble des structures (services, départements, etc.) et des activités. L'accréditation ne s'applique pas aux activités médico-sociales, même lorsque celles-ci s'exercent au sein d'un établissement de santé.

II. FONDEMENTS ET PRINCIPES

- **La place centrale du patient** : Il s'agit d'apprécier la capacité de l'établissement à s'organiser en fonction des besoins et des attentes du patient. Cette appréciation doit prendre en compte les observations et les niveaux de satisfaction du patient et de ses représentants. L'ensemble des références et des étapes de la procédure est centré sur l'appréciation de la prise en charge du patient tout au long de son

parcours dans l'établissement et en lien avec les prestations complémentaires offertes dans son territoire de santé.

Les résultats des procédures d'accréditation sont rendus publics sur le site Internet de l'Anaes, l'accréditation se donnant pour objectif d'informer les patients et le public sur la qualité et la sécurité des établissements de santé comme sur les dynamiques d'amélioration mises en œuvre par les professionnels de santé.

- **L'implication des professionnels** : l'amélioration de la qualité est le résultat de démarches internes, conduites par les professionnels de santé. La participation de l'ensemble des professionnels est indispensable à la conduite du changement. Le succès de la démarche dépend aussi du rôle de manager et de leader joué par les professionnels à tous les niveaux de responsabilité. Cet engagement des professionnels va de pair avec la reconnaissance d'une responsabilité accrue dans le domaine de l'évaluation et de l'obligation de rendre compte au public et aux tutelles de la qualité des soins* donnés.
- **L'amélioration du service médical rendu au patient : l'amélioration continue de la qualité des soins** repose sur l'existence d'un système reconnu de gestion de la qualité. Elle est obtenue grâce à l'amélioration systématique des processus*, la réduction des dysfonctionnements et l'engagement des personnes. Elle concerne toutes les dimensions de la qualité, et notamment l'efficacité (pratiques fondées sur la preuve) et l'efficience*. Elle porte une attention particulière aux résultats obtenus et intègre l'évaluation des pratiques professionnelles. Il s'agit d'une démarche pragmatique qui procède par améliorations successives objectivées par des mesures.

La sécurité est une dimension majeure de la qualité des soins et correspond à l'une des attentes principales des patients vis-à-vis du système de santé. En effet, les soins hospitaliers, dont l'efficacité et la complexité ont crû lors des dernières décennies, s'accompagnent, en contrepartie, de risques* pour les personnes. Pour y répondre, la mise en place de systèmes de gestion des risques repose sur plusieurs éléments, dont le respect de la réglementation en matière de sécurité, mais aussi sur le respect des bonnes pratiques et la mise en place d'un système d'évaluation et d'amélioration, fondé sur l'identification des risques et la mise en œuvre d'actions de prévention.

- **Une démarche pérenne** : l'obtention de résultats durables en matière de démarche qualité* suppose un engagement de l'établissement de santé sur le long terme. L'accréditation incite, par son caractère itératif, à la mise en place de démarches pérennes d'amélioration de la qualité. Pour favoriser cet engagement dans le temps, l'Anaes formule des recommandations et en assure le suivi.
- **Une démarche évolutive** : l'accréditation prend en considération les attentes de l'environnement et renforce l'exigence dans les domaines dans lesquels des sujets d'amélioration ont été identifiés. L'Anaes adapte et améliore sa démarche selon les résultats d'expérimentation et d'évaluation, les retours des professionnels des établissements de santé visités et les diverses informations* recueillies.

III. POSITIONNEMENT DE L'ACCREDITATION

L'accréditation, processus d'évaluation externe effectuée par des pairs, se différencie d'autres démarches qui concernent les établissements de santé et qui ont leurs propres procédures. Si l'accréditation est différente, ses résultats fournissent des éléments d'appréciation qui sont pris en compte dans les processus de décision en lien avec ceux de ces autres démarches qu'il s'agisse de :

- **démarches de planification** permettant de déterminer les activités requises en fonction des besoins de santé de la population, dans un espace géographique donné et pour une période de temps définie. Les schémas régionaux d'organisation

- sanitaire (SROS) traduisent les choix opérés. Cette démarche relève de la compétence de l'État et des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ;
- **procédures d'autorisation** permettant à une structure désignée d'exercer une activité donnée. Elle est délivrée par l'État à l'échelon national ou régional. Les ouvertures de lits, les transplantations, l'assistance médicale à la procréation, la chirurgie cardiaque, le diagnostic prénatal sont quelques exemples du champ de l'autorisation ;
 - **allocations de ressources**, qui relèvent de la compétence des ARH, déterminent les moyens de financement des établissements de santé. Elles s'appuient sur de nombreux outils variant selon le statut des établissements de santé : tarification à l'activité, activités d'intérêt général, objectif quantifié national, priorités nationales, enquêtes diverses, etc. ;
 - **mécanismes d'inspection réglementaires**. L'accréditation se distingue d'un examen de conformité à des dispositions législatives et réglementaires, destinées à assurer la sécurité dans les établissements de santé ; ce contrôle de conformité ne relève pas du champ de compétence de l'Anaes.

S'il convient de dissocier le mode et le champ d'intervention de l'Anaes, au titre de l'accréditation, du mode et du champ d'intervention de services concernés de l'État, leur complémentarité d'action auprès des établissements de santé doit être précisée.

Les établissements de santé sont dans l'obligation de satisfaire aux normes* de sécurité réglementaires. Les experts-visiteurs, qui ne sont pas chargés du contrôle de conformité en matière de sécurité, s'assurent que chaque établissement de santé est organisé pour prendre en compte les recommandations issues des contrôles à caractère réglementaire et initie les contrôles dont il a la responsabilité ;

- **certification ISO 9001 et certification de service**. L'accréditation des établissements de santé se distingue des mécanismes de certification. Il s'agit d'un système d'évaluation externe spécifique des établissements de santé mis en œuvre au plan international, utilisant un référentiel *ad hoc* et effectué par des pairs. Elle évalue non seulement le système de management* de la qualité mais également des aspects spécifiés de l'organisation des soins et l'évaluation des pratiques professionnelles. La certification ISO 9001 est non spécifique des établissements de santé. L'évaluation se focalise sur la mise en place d'un système de management de la qualité*. La certification de service s'effectue à partir d'un référentiel spécifique du service évalué. Son étendue est variable en fonction du champ du service étudié et de l'ambition du référentiel développé. Ces deux types de certification sont mis en œuvre par des auditeurs, spécialistes de la certification. Ces certifications présentent donc des caractéristiques différentes de la certification des établissements de santé quant à leur mode de mise en œuvre et à leur champ d'intervention. Une complémentarité entre les différentes accréditations et plus généralement entre les différentes modalités d'évaluation externe s'appliquant aux établissements de santé est recherchée (cf. page 16 simplification).

IV. LES ENSEIGNEMENTS DE LA PREMIÈRE PROCÉDURE D'ACCREDITATION ET LES ATTENTES DE L'ENVIRONNEMENT

Lancée en juin 1999, la première procédure d'accréditation visait, tant par ses objectifs que par l'architecture du manuel et sa mise en œuvre, à promouvoir une démarche continue d'amélioration de la qualité.

Les études d'impact, menées par l'agence en 2001 et 2002, les rapports annuels d'activité du Collège de l'accréditation et les propositions des acteurs ayant contribué à la procédure, permettent de tirer un certain nombre d'enseignements relatifs aux apports de l'accréditation :

- une démarche transversale favorisant les interfaces entre secteurs d'activité et catégories professionnelles ;
- une démarche structurante, par la mise en place d'une organisation et de méthodes permettant d'institutionnaliser des démarches qualité au sein des établissements ;
- une acquisition progressive par les professionnels d'expérience et de méthodologies dans le domaine de la qualité.

Ces enseignements positifs sont nuancés par :

- une demande de simplification des outils et de la procédure, d'autant que la pérennisation des démarches qualité requiert d'augmenter la fréquence des procédures d'accréditation ;
- une nécessité de renforcer l'appréciation de la qualité du service médical rendu au patient, permettant une meilleure implication des équipes cliniques, et tout particulièrement des médecins, dans les démarches ;
- un impact insuffisant sur l'organisation des établissements et des besoins d'approfondissements sur des thèmes tels que la gestion des risques, le management ;
- une difficulté à pérenniser les démarches générées.

Ces enseignements, issus de l'expérience des professionnels, rejoignent les demandes :

- des usagers, pour une meilleure lisibilité des résultats de l'accréditation quant à l'appréciation de la qualité du service médical rendu ;
- des pouvoirs publics, souhaitant faire de la qualité des soins un élément de régulation du système de santé.

Les établissements de santé ont réalisé un travail considérable lors de la première démarche en utilisant une méthode d'approche pluridisciplinaire transversale, valorisant les responsabilités des professionnels. Cette approche constitue un des bénéfices majeurs du processus : la seconde procédure doit conserver ces acquis.

V. LES OPTIONS DE LA SECONDE PROCÉDURE D'ACCREDITATION

La réponse à ces attentes et aux nécessités d'évolution se décline dans les options de la seconde procédure d'accréditation.

1. La mesure de la dynamique et du niveau de qualité atteint

La procédure d'accréditation mesure simultanément la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et le niveau de qualité sur des éléments thématiques. L'homogénéité des mesures est un défi pour l'ensemble des systèmes d'accréditation et plus généralement d'évaluation externe. L'Anaes a pour objectif d'affiner son dispositif de mesure. Cet affinement repose, entre autres, sur l'évolution des références, une meilleure définition du système de cotation, l'évolution du processus de décision.

2. L'appréciation de la qualité du service médical rendu au patient

Quatre axes de développement permettent à la procédure d'accréditation de renforcer cette appréciation.

- La prise en compte de l'évaluation de la qualité des soins par les dirigeants des établissements dans leurs processus de décision.

Appelé souvent *clinical governance* dans la littérature anglo-saxonne, ce terme souligne le rôle primordial des dirigeants, notamment médicaux, dans la mise en place des démarches d'évaluation et d'amélioration de la qualité. Cette orientation conduit à introduire l'utilisation des résultats des évaluations dans les références portant sur la politique, tant au niveau de l'établissement que pour chacun des types de prise en charge.

- L'introduction de références d'accréditation sur des domaines clés de la prise en charge médicale.

Plusieurs domaines font l'objet d'une attention particulière de par leur incidence sur la qualité des soins. La sélection de ces domaines prend en considération les données disponibles sur les risques et l'analyse des décisions d'accréditation.

Les domaines suivants font l'objet de critères complémentaires :

- les secteurs interventionnels ;
- les urgences ;
- le médicament.

- Une évaluation par type de prise en charge.

Les types de prise en charge sont au nombre de cinq : les soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique), la psychiatrie et la santé mentale, les soins de suite ou de réadaptation, les soins de longue durée, l'hospitalisation à domicile. Ainsi, même si le libellé des références est identique, leur déclinaison vise directement chacun des types de prise en charge des patients considérés.

- Le renforcement de l'évaluation des activités cliniques.

Plusieurs références des chapitres 2 et 3 du manuel concernent les pratiques professionnelles. Des références du chapitre 4 visent directement l'évaluation des pratiques professionnelles et demandent :

- une évaluation centrée sur un nombre défini de pathologies principales par type de prise en charge : le choix des pathologies principales évaluées est effectué par l'établissement en fonction de leur importance dans son activité et des enjeux dont elles sont porteuses notamment en termes d'amélioration potentielle du service rendu au patient.

Pour chacune de ces pathologies, l'accréditation apprécie les évaluations des pratiques professionnelles cliniques réalisées. Un guide, destiné aux établissements de santé, est adjoint au présent manuel.

Le développement progressif d'outils et de méthodes (recommandations de pratiques, référentiels, indicateurs cliniques) adaptés à la mise en place de l'évaluation des activités cliniques rendra évolutive la seconde procédure d'accréditation au cours de son itération ;

- des activités d'évaluation portant sur la pertinence des hospitalisations et des actes (actes invasifs, prescriptions, examens diagnostiques) ;
- l'analyse régulière de la mortalité et de la morbidité et l'analyse des événements sentinelles*.

- **La participation à la procédure d'accréditation des professionnels de santé, qui assurent, hors établissement, la prise en charge des patients**

L'appréciation de la prise en charge du patient tient compte du lien avec les prestations offertes dans son territoire de santé et avec les professionnels qui assurent sa prise en charge après sa sortie de l'établissement. Ces professionnels sont, parmi d'autres, les médecins libéraux, les responsables de réseaux de santé ou d'autres structures de soins (soins de suite, hospitalisation à domicile, etc.), les professionnels paramédicaux.

- **Une participation accrue des usagers**

L'appréciation du service médical rendu doit laisser une plus grande place à l'expression du patient. Cette exigence se reflète dans l'évolution des références et dans la recherche d'une plus grande participation de l'utilisateur aux étapes d'auto-évaluation et de visite.

3. Les approfondissements thématiques

La seconde procédure d'accréditation constitue l'opportunité pour approfondir certains thèmes identifiés se traduisant en de nouvelles références :

- la prise en compte du management d'une part au niveau de l'établissement dans son ensemble et d'autre part au niveau déconcentré au plus près du patient (département, pôle, secteur d'activités), l'appréciation du management étant conçue autour de fonctions clés plutôt qu'autour des procédures de gestion de procédures administratives ; un guide Anaes d'aide à l'autodiagnostic sur la qualité du management complète ces références ;
- la mise en place d'une gestion des risques globalisée appréhendant en priorité la prévention des risques liés aux soins. Les guides publiés par l'Anaes et par la DHOS sur la gestion des risques doivent permettre d'aider les établissements dans leur démarche.

4. La simplification de la procédure d'accréditation s'ordonne autour de six axes.

- **La complémentarité avec d'autres systèmes de reconnaissance externe :** plusieurs systèmes de reconnaissance externe de la qualité sont utilisés dans les établissements de santé. Cette utilisation résulte des réponses de l'établissement à des besoins spécifiques ou à une stratégie de développement de la qualité choisie par l'établissement. Selon les cas, peuvent par exemple être mises en œuvre une certification ISO 9001 d'un secteur ou de l'établissement, une certification de service sur un domaine, une accréditation d'une activité comme par exemple l'accréditation d'un laboratoire ou l'accréditation JACIE sur une activité de greffe de moelle osseuse. L'Anaes met en œuvre une politique visant à reconnaître ces différents systèmes afin de bénéficier de synergies entre les démarches, d'établir les complémentarités et d'éviter les redondances entre les procédures. Il s'agit de respecter la stratégie de l'établissement et d'identifier les champs sur lesquels une évaluation équivalente à celle de l'accréditation des établissements de santé est apportée par une autre procédure permettant d'alléger les différentes étapes de cette dernière (auto-évaluation, visite) et/ou de valoriser la démarche entreprise dans le rapport d'accréditation (point fort, action exemplaire ou innovante).
- **La simplification de la préparation à l'accréditation :** la première procédure prévoyait la création d'un groupe d'auto-évaluation pluriprofessionnel par thème du manuel. La deuxième procédure maintient l'exigence d'une auto-évaluation pluriprofessionnelle mais offre la possibilité aux établissements d'utiliser des groupes ou des structures existantes pour mettre en œuvre cette évaluation. Par exemple, le CLIN ou la structure d'hygiène hospitalière pourront réaliser l'auto-évaluation sur le thème de la prévention de l'infection, de même qu'un comité des vigilances ou qu'un comité qualité sur ces thèmes. Ces modalités visent à la fois la simplification de la procédure et la pérennisation de la démarche incitant les établissements à intégrer les exigences de l'accréditation dans leur organisation pérenne.
- **L'interface entre les résultats des procédures d'inspection** issues d'autres instances de l'État et la procédure d'accréditation permet de clarifier les rôles respectifs des tutelles et des experts-visiteurs en matière de sécurité.
- **La révision des modalités d'appréciation de la non-satisfaction à la procédure d'accréditation.** Cette appréciation sur la qualité méthodologique d'une démarche, qui relevait du champ de compétence du Collège de l'accréditation lors de la première procédure d'accréditation, relève désormais de la compétence du directeur

général de l'Anaes. La décision de non-satisfaction pourra être prononcée plus précocement, en amont de la visite dans la plupart des cas plutôt qu'au terme de l'ensemble de la procédure. La non-satisfaction à la procédure induira la reprise de l'ensemble de la procédure d'accréditation.

- **Le raccourcissement des délais de transmission** des rapports d'accréditation, du fait notamment du regroupement de la phase d'observations au rapport des experts avec celle des contestations au rapport d'accréditation.
- **La poursuite de l'évolution du rôle des experts-visiteurs.** L'expérience acquise par les experts-visiteurs, actuellement en charge de propositions de décision au Collège de l'accréditation, amènera à poursuivre le repositionnement du Collège de l'accréditation sur son rôle propre de garant du respect des règles de décisions et d'appréciation de l'évolution de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé.

5. L'amélioration de la pertinence et de la lisibilité des résultats des procédures d'accréditation

Quatre évolutions permettent d'améliorer la lisibilité des résultats des procédures d'accréditation dans la deuxième procédure d'accréditation.

- **La réduction à 4 ans au plus de l'intervalle entre deux procédures d'accréditation.** Cette évolution est autant requise par la nécessité de rendre pérennes les démarches qualité que par la volonté de disposer, par l'accréditation, d'un élément de régulation du système de santé par la qualité.
- **Une appréciation du niveau de qualité constaté et de la dynamique.** L'appréciation du niveau de qualité se fait au niveau du critère qui devient exigible et qui est plus précis et mesurable. Il fait l'objet d'un constat et d'une cotation. L'appréciation de la dynamique, au regard de tout dysfonctionnement, est analysée en fonction de la gravité, fréquence et dynamique ou réactivité de l'établissement menant à des propositions de décision de niveaux différents.
- **La modification des niveaux de décision en matière d'accréditation.** Le barème des niveaux de décision de la première procédure d'accréditation, sur la base duquel le Collège de l'accréditation formule ses appréciations, a montré ses limites : insuffisamment discriminant dans certains cas, peu motivant dans d'autres, peu lisible, dans tous les cas, pour l'extérieur.

En conséquence, un nouveau barème d'accréditation composé de 4 niveaux a été adopté.

NIVEAU 1/ ACCRÉDITATION

Dans ce cas, la durée de principe est fixée à 4 ans avant une nouvelle visite d'accréditation. Des recommandations peuvent toutefois être formulées auprès de l'établissement.

NIVEAU 2/ ACCRÉDITATION AVEC SUIVI

Ce suivi, portant sur des points identifiés par le Collège, conduit, à un terme fixé par ce dernier, à la production d'un rapport de suivi établi par l'établissement, voire à une visite ciblée. La non-production du rapport de suivi ou la reconnaissance par le Collège de son caractère incomplet ou insatisfaisant conduit, après une mise en demeure de l'établissement d'apporter les corrections attendues, à un constat de carence qui est communiqué à l'établissement et à l'ARH.

NIVEAU 3/ ACCRÉDITATION CONDITIONNELLE

Dans ce cas, l'établissement est accrédité pour une durée inférieure à 4 ans avec prescription d'une modalité de suivi (en général une visite ciblée) sur des points particuliers. En cas de constat de l'absence de mesures effectives de corrections prises par l'établissement, le collège prononce une décision de non-accréditation.

NIVEAU 4/ NON-ACCRÉDITATION

Ce dernier niveau s'applique pour des dysfonctionnements concernant l'ensemble de l'établissement. L'application de ce niveau de décision conduit à mettre en place un accompagnement de l'établissement lui permettant de reprogrammer une nouvelle procédure d'accréditation.

- **La mise en ligne de l'intégralité des rapports d'accréditation.** L'information des usagers constitue un puissant levier de changement. Dans le cadre de la deuxième version de la procédure, le rapport complet d'accréditation sera disponible sur le site Internet de l'Anaes. Une version abrégée du rapport sera également disponible.

LE MANUEL D'ACCREDITATION

Les références et critères du manuel sont regroupés en quatre chapitres : politique et qualité du management, ressources transversales, prise en charge du patient et évaluations et dynamiques d'amélioration.

Le troisième chapitre est décliné en fonction de chacun des cinq types de prise en charge. Les références sont les mêmes et indépendantes du type de prise en charge ; certains critères diffèrent ; le caractère non applicable des exigences pour certains types de prise en charge est indiqué ; plusieurs des cartouches explicatifs sont spécifiques aux divers types de prise en charge.

Les références de la seconde version du manuel d'accréditation constituent des exigences formulées en objectifs à atteindre.

Le critère est un élément plus fin, et plus ciblé, permettant de satisfaire la référence. Il est exigible, mesurable et objectif.

Le cartouche apporte, en tant que de besoin, une définition, une explication pour réaliser l'objectif recherché, ou encore des exemples de réponse. Il ne contient pas de dispositions exigibles.

I. LA REFONTE DES RÉFÉRENCES

Cette refonte s'effectue autour de quatre axes.

a) Le renforcement de la dimension politique et du rôle des dirigeants

L'importance d'une politique claire et partagée, promouvant et prenant en compte les résultats des évaluations des activités, notamment des activités cliniques, le rôle essentiel du management et des leaders d'opinion, à tous les niveaux de responsabilité de l'établissement, ont conduit à distinguer un premier chapitre, intitulé « Politique et qualité du management ». Ce chapitre concerne l'ensemble des politiques de l'établissement et, en particulier, les orientations stratégiques, la place du patient au cœur du dispositif, la politique de la qualité et de la gestion des risques. Il souligne l'importance d'impliquer fortement les responsables, notamment médicaux, dans le développement et le suivi des démarches d'évaluation et d'amélioration de la qualité.

Ces références permettent d'apprécier au niveau de l'établissement la qualité du management. La qualité du management au niveau des différents types de prise en charge est appréciée à la référence 25 du chapitre 3.

b) Une approche ciblée sur les fonctions transversales majeures

Le deuxième chapitre concerne les ressources transversales, supports fonctionnels de l'établissement.

Cette approche, de type systémique, met l'accent sur la qualité et la gestion des risques liés aux soins. Les ressources transversales interagissent, quant à elles, dans une approche globale intégrant donc tout autant les ressources humaines, les fonctions hôtelières, l'approvisionnement, l'environnement et le système d'information*.

c) Des exigences sur la prise en charge du patient : un seul chapitre

Les références applicables à la prise en charge directe du patient sont regroupées dans le chapitre 3 intitulé « Prise en charge du patient ». Cette option était fortement

préconisée par les professionnels des établissements lors d'une enquête portant sur l'évolution des références. Elle vise à une plus grande cohérence et à éliminer certaines redondances de la première version du manuel d'accréditation.

d) Un accent sur les démarches d'évaluation et les dynamiques qualité

Le quatrième chapitre, intitulé «Évaluations et dynamiques d'amélioration », par le regroupement des références portant sur les actions dévaluation et d'amélioration, permet de donner à l'établissement concerné et aux destinataires des résultats de la procédure d'accréditation une vision globale du suivi des différentes politiques mises en œuvre.

Ce chapitre, soulignant un des axes prioritaires de la seconde procédure d'accréditation, regroupe aussi plusieurs des références portant sur l'évaluation des pratiques professionnelles cliniques.

Les dimensions concernées, dans ce référentiel, visent : l'évaluation des pratiques professionnelles, les ressources humaines, le système d'information*, la qualité et la prévention des risques, la satisfaction des usagers et des professionnels, les orientations stratégiques de l'établissement.

II. LES MODALITÉS D'ÉLABORATION DES RÉFÉRENCES

Le processus d'élaboration de la deuxième version du manuel a comporté plusieurs étapes.

1. LE RECUEIL ET L'ANALYSE DES COMMENTAIRES DES UTILISATEURS

Une première étape d'analyse des références de la première version du manuel d'accréditation a permis de recueillir les remarques et attentes des principaux utilisateurs :

- les membres du Collège de l'accréditation ;
- les experts-visiteurs (EV) par un travail mené avec les 9 EV référents régionaux et par une demande de commentaires adressée à 600 EV en fonction par le biais du site Internet de l'Agence ;
- les établissements de santé par une enquête dans un échantillon de 38 structures ;
- les membres de l'Anaes impliqués dans la conduite des procédures d'accréditation.

2. UN TRAVAIL D'ANALYSE PRÉALABLE

- Analyse des modalités de prise en compte de certaines thématiques précises dans les manuels d'accréditation étrangers : États-Unis, Canada, Australie, Écosse.
- Analyse comparative de référentiels de type ISO ou EFQM.
- Travail préliminaire d'analyse et d'identification de domaines clés de prise en charge par une étude de différentes sources d'information sur le risque conduite par analyse de la littérature et entretiens auprès d'assureurs, de responsables de structures régionales qualité et de membres de la DHOS, DGS, InVS, et AFSSAPS, etc.
- Analyse des décisions du Collège de l'accréditation.

3. UN TRAVAIL D'ÉLABORATION DES RÉFÉRENCES ET DE RELECTURE

Neuf groupes de travail pluriprofessionnels ont été constitués afin de bâtir un premier manuel expérimental, trois d'entre eux sur les fonctions transversales de management, de gestion des ressources humaines et de qualité et gestion des risques, et un groupe pour chacun des six types de prise en charge envisagées. Des usagers étaient présents dans chacun de ces groupes. Ce projet de manuel a été mis en relecture globale auprès de plus de 300 relecteurs (dont 260 externes à

l'Anaes).

Le manuel expérimental, après l'aval du Conseil scientifique et du Conseil d'administration, a été utilisé par les établissements et les experts-visiteurs au cours de l'expérimentation qui a été menée dans 34 établissements de janvier à juin 2004.

Une nouvelle version a été soumise à une large relecture externe.

La composition de ces groupes de travail et la liste des relecteurs se trouvent en annexe à la fin du manuel.

4. UNE ACCRÉDITATION PAR L' *INTERNATIONAL SOCIETY FOR QUALITY IN HEALTHCARE* (ISQUA)

Les références de la deuxième version du manuel ont été accréditées sur la base des Principes pour l'évaluation des Standards par l'ISQua en juillet 2004.

LA PROCÉDURE D'ACCRÉDITATION

Les différentes études et analyses de l'environnement ont permis de jeter les bases de la seconde procédure d'accréditation.

I. PRINCIPES GÉNÉRAUX

1. Obligations réciproques entre les acteurs

- **Transparence, fidélité des informations communiquées et accessibilité aux informations et données.**

La mise en œuvre d'une procédure d'accréditation repose sur la transparence et sur la communication fidèle et exhaustive par l'établissement de santé des informations en sa possession, requises pour l'appréciation de la qualité et de la sécurité des soins.

L'établissement de santé facilite l'accès des personnes mandatées par l'Anaes aux informations requises et aux personnes qu'elles souhaitent consulter.

L'établissement de santé et l'Anaes s'engagent à s'informer réciproquement, et à tout moment, des évolutions ou des faits susceptibles de modifier le déroulement de la procédure d'accréditation. Ainsi, l'établissement de santé communique à l'Anaes tout changement de sa situation (statut, investigation, sanction, etc.) pouvant constituer un élément modificatif dans la conduite de celle-ci.

En cas de non-respect de ces règles de transparence, l'Anaes, en relation avec l'établissement de santé, pourrait suspendre la procédure engagée.

- **Confidentialité***

Il appartient à l'établissement de santé et à l'Anaes de veiller, chacun pour ce qui le concerne, tant que ne sont pas rendues les conclusions de la procédure d'accréditation, au strict respect de la confidentialité sur le déroulement ou les résultats intermédiaires de la démarche.

En cas de non-respect de ces règles de confidentialité, l'Anaes, en relation avec l'établissement de santé, pourrait suspendre la procédure engagée.

2. Obligation de signalement

Il se peut qu'à l'occasion de visites, les experts-visiteurs constatent des faits ou des manquements susceptibles de mettre en jeu la sécurité des patients. Les experts-visiteurs ont obligation de les signaler immédiatement au directeur général de l'Anaes, lequel les analyse et selon la gravité des faits en informe les autorités compétentes (agence régionale de l'hospitalisation compétente, préfet, DDASS, etc.) et le directeur de l'établissement. L'Anaes détermine alors en relation avec l'établissement de santé ce que ce constat implique pour la poursuite de la démarche.

3. La décision de non-satisfaction à la procédure

Cette appréciation sur la qualité méthodologique d'une démarche relève désormais de la compétence du directeur général de l'Anaes. La non-satisfaction à la procédure induira la reprise de l'ensemble de la procédure d'accréditation.

L'analyse de la méthodologie adoptée aux différentes étapes de la procédure permet de formuler cette appréciation.

- **Concernant la conduite de l'auto-évaluation, sont considérées :**

- l'exhaustivité de l'auto-évaluation sur l'ensemble des secteurs d'activité de l'établissement ou des établissements contractants ;
- l'exhaustivité de l'auto-évaluation sur l'ensemble des références d'accréditation ;
- la multiprofessionnalité effective de l'auto-évaluation ;
- la participation des usagers ;
- la fourniture par l'établissement des décisions de la première procédure.

- **Concernant le déroulement de la visite, sont appréciés :**

- la mise à disposition des fiches de synthèse sécurité sur chacun des domaines de sécurité ayant fait l'objet d'un contrôle externe ;
- le respect du planning de visite ;
- la transparence des informations requises par la visite ;
- la participation active des professionnels au déroulement de la visite ;
- le respect de l'engagement de l'établissement quant à l'absence de communication anticipée à des tiers des résultats de la visite.

4. Contribution financière des établissements de santé à l'accréditation

L'article L. 161-45 7° du Code de la sécurité sociale prévoit que les ressources de l'Agence sont notamment constituées par des subventions de l'État, des organismes de sécurité sociale ainsi que des redevances pour services rendus.

La contribution financière demandée aux établissements a été définie afin de couvrir les charges directes variables engagées par l'Anaes lors de la mise en œuvre du processus d'accréditation. C'est ainsi que la contribution financière couvre les frais de la visite d'accréditation et d'instruction du Collège de l'accréditation. La loi du 13 août 2004 a défini son assiette et ses modalités de recouvrement.

Le barème de la contribution financière, défini par décret, est déterminé par le nombre de lits et places sanitaires autorisés par l'agence régionale d'hospitalisation au 31 décembre de l'année précédant la visite.

La contribution financière, exigible dès la notification de la date de visite, est mise en recouvrement dans les 2 mois suivant la visite d'accréditation. Son paiement par l'établissement s'effectue dans les 3 mois suivant la réception de l'ordre de recette auprès de l'agent comptable de l'Anaes.

II. ÉTAPES DE LA PROCÉDURE

1. Entrée dans la procédure d'accréditation

Les modalités d'engagement dans la procédure d'accréditation sont actuellement définies par l'arrêté du 3 janvier 2001 (JO du 6 janvier 2001).

La composition du dossier adressé par l'établissement ainsi que les modalités de traitement de ce dossier sont précisées dans le guide «Préparer et conduire votre démarche d'accréditation » annexé au manuel. Ce guide traite aussi des situations particulières d'engagement et du cas particulier des demandes de report.

Un contrat est proposé par l'Anaes au représentant légal de l'établissement de santé. Il comporte les engagements réciproques des deux parties aux différents moments de la procédure. Le contrat d'accréditation engage chacune des parties sur le dimensionnement et l'exécution de la visite d'accréditation à une période définie. Un non-respect de ces dates est de nature à créer une rupture du contrat, nécessitant une nouvelle programmation de la part de l'Anaes. Ce contrat est soumis à la signature respective du représentant légal de l'établissement de santé et du directeur général de l'Anaes. Dès conclusion de ce contrat, l'ARH est informée de l'engagement de l'établissement de santé dans la procédure d'accréditation, ainsi que du calendrier de la procédure.

L'Anaes organise des réunions portant sur les principes et la méthodologie de la démarche d'accréditation en corrélation avec le guide «Préparer et conduire votre démarche d'accréditation ». Une première, régionale, est proposée 18 mois avant la visite à l'ensemble des établissements engagés sur la même période et dans la même région. Une seconde est organisée 9 mois avant la visite au siège de l'Anaes.

2. L'auto-évaluation

L'auto-évaluation est une étape essentielle de la procédure d'accréditation. À cette occasion, l'ensemble des professionnels de l'établissement de santé effectue sa propre évaluation de la qualité, en regard des références.

Ce diagnostic doit être conduit de manière objective. Il porte sur l'ensemble des activités de l'établissement de santé. Les experts-visiteurs s'appuient sur les résultats de l'auto-évaluation pour apprécier le niveau de la qualité et sa dynamique d'amélioration continue.

Afin de faciliter la planification et la conduite de l'auto-évaluation au sein des établissements de santé, le guide «Préparer et conduire votre démarche d'accréditation » rappelle les principes et propose des exemples, à adapter par l'établissement, en fonction de sa taille et du nombre des types de prise en charge.

3. La visite d'accréditation

Les experts-visiteurs

Les visites sont conduites par les experts-visiteurs. Il s'agit de professionnels issus des différents métiers de la santé, expérimentés, formés à leur nouvelle mission par l'Anaes et s'engageant à effectuer au minimum 12 visites sur 3 ans. Ils signent un contrat avec l'Anaes et leur mission est régie par des règles déontologique rappelées dans une charte d'exercice.

La composition de l'équipe missionnée est arrêtée par l'Anaes et proposée au représentant légal de l'établissement qui peut exercer un droit de récusation au motif d'un exercice professionnel dans la région de visite ou de conflit d'intérêts.

La préparation de la visite

L'établissement de santé propose un calendrier de visite tenant compte de la durée de la visite et de la composition de l'équipe d'experts-visiteurs retenue. Ce calendrier de visite est ajusté si besoin en relation avec le coordonnateur de la visite. Des précisions sur cette activité de planification sont données dans le guide « Préparer et conduire votre démarche d'accréditation » avec des exemples de calendrier en fonction de la taille et des activités de l'établissement.

La préparation de la visite par l'établissement de santé sera essentiellement axée d'une part sur la préparation des documents consultables sur place par l'équipe d'experts-visiteurs et des présentations synthétiques des travaux d'auto-évaluation, et d'autre part sur une information des personnels quant au contenu et aux étapes de la visite.

Le déroulement de la visite d'accréditation

La visite d'accréditation constitue le second temps de la procédure. Cette visite porte sur l'ensemble des activités de l'établissement de santé et est conduite sur la base des mêmes référentiels que ceux ayant servi à l'auto-évaluation.

La conduite de la visite d'accréditation a pour finalité de valider l'auto-évaluation et d'objectiver le niveau de qualité atteint ainsi que l'existence d'une dynamique d'amélioration.

Le guide pédagogique « Préparer et conduire votre démarche d'accréditation » explicite le déroulement de chacune des étapes de la visite.

III. CONCLUSION DE LA PROCÉDURE D'ACCREDITATION ET RAPPORT D'ACCREDITATION

1. Le rapport des experts

Un rapport est établi par les experts-visiteurs à l'issue de la visite à partir des résultats de l'auto-évaluation et des informations collectées lors de la visite.

Il comporte les éléments suivants :

- une présentation de l'établissement et de sa démarche qualité en précisant les actions réalisées depuis la procédure d'accréditation précédente, en particulier le suivi des décisions ;
- des constatations par critères et par type de prise en charge ;
- des résultats de la visite avec d'éventuels points forts, actions innovantes et propositions d'amélioration ;
- une cotation par critère ;
- une synthèse générale et par type de prise en charge ;
- une proposition de niveau de décision.

Ce rapport est transmis au Collège de l'accréditation dans un délai de 2 mois suivant la visite.

2. Le Collège de l'accréditation

Le Collège, de composition multiprofessionnelle, exerce plusieurs missions :

- l'élaboration de règles de décision ;
- la validation du rapport d'accréditation de chaque établissement en s'assurant que les règles de décision soient appliquées de façon homogène ;
- le traitement des contestations relatives au rapport d'accréditation ;
- la réalisation d'une synthèse annuelle des résultats des procédures d'accréditation et de l'état de la qualité et de la sécurité dans les établissements de santé.

Le Collège est soumis à des dispositions réglementaires et à des règles de déontologie qui garantissent l'indépendance de ses décisions et la régularité de ses délibérations. Un secret professionnel strict s'impose à tous ses membres.

3. Les contestations relatives au rapport d'accréditation

L'article R. 710-6-7 du Code de la santé publique stipule : « En cas de contestation des conclusions du Collège de l'accréditation, une deuxième délibération du Collège peut être demandée par les parties intéressées dans un délai de 1 mois après réception du rapport d'accréditation. »

Toute contestation fait l'objet d'une délibération du Collège de l'accréditation.

Les contestations formulées par les établissements portant sur le fond et/ou la forme du rapport d'accréditation sont jugées recevables si elles portent sur des éléments substantiels et/ou reposent sur des éléments nouveaux de nature à modifier les propositions des experts et les conclusions du Collège.

4. La communication des résultats de la procédure

À l'issue de la procédure d'accréditation, le rapport d'accréditation est transmis par le directeur général de l'Anaes à l'établissement de santé et au directeur de l'agence régionale d'hospitalisation compétente et mis en ligne sur le site Internet de l'Anaes.

Parmi les documents issus de la procédure d'accréditation, seul le rapport d'accréditation a le caractère de document administratif. Il est donc communicable aux tiers en vertu des dispositions réglementaires quant à l'accès aux documents administratifs (article 7 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations). Tous les autres documents, et notamment les documents utilisés à la phase d'auto-évaluation, constituent des documents de travail non accessibles à la demande d'un tiers.

Une version courte du rapport est remise à l'établissement pour communication au public et aux professionnels. Elle comprend notamment une présentation de l'établissement de santé, une synthèse générale et une synthèse par type de prise en charge et reprend intégralement les décisions du Collège de l'accréditation.

Conformément aux principes définis dans le contrat d'accréditation établi entre l'Anaes et l'établissement de santé, tout établissement qui souhaiterait communiquer les résultats de sa procédure d'accréditation s'engage à en fournir les résultats sans chercher à en modifier ni la portée ni le sens.

PARTIE II - LES RÉFÉRENCES D'ACCRÉDITATION

Chapitre 1

CHAPITRE I - POLITIQUE ET QUALITÉ DU MANAGEMENT

La définition d'orientations stratégiques et d'une politique d'établissement claires et partagées, tenant compte notamment de l'environnement de l'établissement, constitue un préalable à la mise en œuvre d'une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Cette politique accorde une place primordiale au patient. Elle se décline selon les différents domaines du management (ressources humaines, système d'information, communication, qualité et gestion des risques, financement). La conception et la mise en œuvre de la politique s'organisent aux différents niveaux de l'établissement. Les responsables de l'établissement, qu'ils soient gestionnaires, médecins, soignants, ou techniciens, exercent des fonctions managériales selon des proportions variables dans les différents domaines définis. Les modalités de cette délégation varient également en fonction du type d'établissement.

Référence 1

L'établissement définit et met en œuvre des orientations stratégiques.

Les orientations stratégiques (projet d'établissement) rassemblent les professionnels autour d'une vision partagée du développement de l'établissement. Elles se déclinent à long, moyen et court terme. Elles sont explicites, quantifiables et hiérarchisés. L'établissement développe et hiérarchise l'ensemble de ses projets en fonction de ses orientations stratégiques définies, en référence au SROS.

Le projet d'établissement se décline dans ses différents volets que sont les soins, la recherche, le système d'information, le projet social, etc. et prend en compte leurs traductions financières.

- 1.a. Les orientations stratégiques prennent en compte les besoins de la population, en termes de soins et de prévention.
- 1.b. Les orientations stratégiques organisent la complémentarité avec les autres établissements du territoire de santé et la participation aux réseaux de santé.
- 1.c. La direction, les instances délibératives et consultatives, et les responsables s'impliquent dans la définition des orientations stratégiques.
- 1.d. La direction et les responsables mettent en œuvre leur politique en conformité avec les orientations stratégiques.

Référence 2

L'établissement accorde une place primordiale au patient et à son entourage.

- 2.a. Le respect des droits et l'information du patient sont inscrits dans les priorités de l'établissement.

Les droits du patient sont définis dans la charte du patient hospitalisé et dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

- 2.b. L'expression du patient et de son entourage est favorisée.

Parmi les conditions favorables à l'expression du patient et de son entourage, on peut citer l'aménagement de lieux d'écoute, la participation des usagers et des associations de malades et de familles dans l'organisation de l'établissement, l'organisation du recueil et de la gestion des suggestions et des plaintes, l'identification des soignants, la mention dans le livret d'accueil des associations de patients et de la commission des relations avec les usagers et de ses missions,

- 2.c. Une réflexion éthique autour de la prise en charge du patient est conduite.

De nombreux sujets peuvent nécessiter une réflexion éthique, par exemple : attitude à adopter face aux refus de consentement, modalités d'interruption des thérapeutiques en réanimation, problèmes éthiques liés au choix d'affectation des ressources et aux projets de recherche.

Les questions éthiques peuvent faire l'objet de réflexion collégiale, de sollicitation d'avis de comité d'éthique, de réunion de sensibilisation des professionnels.

- 2.d. La politique hôtelière prend en compte les attentes des patients.
- 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 des partenaires dans l'évaluation et l'amélioration des services rendus par l'établissement. Ils participent activement à divers comités ou groupes

de travail, notamment le conseil d'administration dans les établissements publics, le CLIN, les comités de patients et de représentants d'usagers (commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge), etc. Cette participation peut être accompagnée d'actions de formation.

Référence 3

La politique des ressources humaines est en conformité avec les missions et les orientations stratégiques de l'établissement.

Il est rappelé que le Code de la santé publique impose aux établissements publics d'élaborer un projet social ; cette mesure est recommandée pour les établissements privés.

3.a. Les responsabilités dans la gestion des ressources humaines sont identifiées.

Au-delà de l'organisation du service du personnel ou de la direction des ressources humaines, il est important d'identifier les différents intervenants dans la gestion des ressources humaines (le directeur, le directeur des ressources humaines ou responsable du service du personnel, le directeur de soins, les cadres, les médecins, etc.) et de définir leurs rôles respectifs ainsi que leurs interfaces.

3.b. Une gestion prévisionnelle permet l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement.

Cette gestion prévisionnelle permet à l'établissement de s'assurer qu'il dispose, à l'endroit requis, ainsi qu'en temps et en heure, des compétences nécessaires en qualité et en nombre. Elle consiste en une anticipation des évolutions pour faire face aux besoins, et intègre donc une dimension qualitative (adéquation des compétences aux postes et aux orientations de l'établissement) et une dimension quantitative (tableau des emplois, pyramides des âges, suivi des entrées/sorties, congés, etc.). Cette gestion est directement liée aux politiques de recrutement, de mobilité interne et de formation, ainsi qu'à l'analyse des organisations de travail et à la prise en compte des conditions de vie au travail. La mise en œuvre de cette gestion pourra être variable en fonction de la taille et de l'activité de l'établissement.

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 doivent être évaluées à périodicité définie, notamment dans le cadre de la prévention des risques professionnels. Une politique de suivi et de gestion, adaptée aux personnels ayant des problèmes de santé, ou présentant un handicap, est mise en place.

3.d. La motivation des personnels est recherchée en favorisant leur adhésion et leur implication.

Exemples d'actions conduites : encouragement de la prise de responsabilité, promotion par la formation, politique d'intéressement, accès aux diplômes par la validation des acquis de l'expérience.

Référence 4

La politique du système d'information et du dossier du patient est définie en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.

4.a. Le schéma directeur du système d'information s'appuie sur les orientations stratégiques de l'établissement.

On parle de système d'information dès que l'information fait l'objet d'une organisation spécifique : saisie, traitement, diffusion, stockage. Le système d'information intègre des solutions informatiques et des moyens manuels.

Le système d'information constitue un outil important pour mettre en œuvre les orientations

stratégiques de l'établissement notamment dans le domaine de la communication, de la relation avec son environnement ou de sécurité et de qualité des soins. Il est donc essentiel que la politique du système d'information soit parfaitement intégrée à la démarche stratégique et politique d'ensemble.

- 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.

S'assurer de la maturité du marché suppose :

- d'apprécier tout d'abord si les fonctionnalités souhaitées sont réellement couvertes par l'offre du marché ;
- de vérifier que les solutions installées dans d'autres établissements sont suffisamment rodées et éprouvées. Si l'établissement choisit de se positionner sur une offre peu mature, ou comme site pilote sur un produit, il doit s'agir d'une décision prise en connaissance de cause car elle induit des coûts financiers et humains, et implique une bonne maîtrise de la gestion de projet et de fortes compétences techniques ;
- d'apprécier le rapport coût/bénéfice de la solution étudiée.

Par ailleurs, afin d'améliorer l'interopérabilité des différentes solutions mises en œuvre dans le système d'information (exemple : compatibilité des logiciels), il est recommandé de choisir des solutions en adéquation avec les normes* et les standards.

- 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.

Pour répondre aux objectifs impartis, les projets du système d'information s'attachent à optimiser des processus qui sont parfois nombreux et complexes. Par exemple, un établissement qui envisage de développer son activité ambulatoire souhaitera renforcer ses processus de planification, de gestion des rendez-vous, d'accueil des patients, de relations avec les correspondants externes. Il convient alors de mettre en place une méthode de conduite de projet rigoureuse, afin de former une équipe projet pertinente, de recueillir l'information sur les processus, de dresser un échéancier, de prendre en compte les contraintes de pilotage, de tableau de bord de suivi.

Les méthodes d'accompagnement du changement (communication autour du projet, organisation des réunions, etc.) permettent d'associer efficacement les professionnels concernés au choix et à la mise en œuvre des solutions.

- 4.d. Les professionnels concernés reçoivent un accompagnement et une formation pour traiter et utiliser les données.
- 4.e. Une politique du dossier du patient est définie afin d'assurer la qualité et la continuité des soins.

Le dossier du patient est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli, à quelque titre que ce soit, dans un établissement de santé. La politique du dossier du patient doit envisager la constitution et le contenu du dossier, sa communication et sa conservation. Elle prend en compte la réglementation sur ces sujets.

Référence 5

L'établissement définit et met en œuvre une politique de communication.

- 5.a. La direction et les responsables développent une politique de communication interne.
- 5.b. Les orientations stratégiques, leur mise en œuvre et leurs résultats sont connus de l'ensemble des professionnels de l'établissement.
- 5.c. La direction et les responsables développent une politique de communication à destination du public et des correspondants externes.

Référence 6

L'établissement définit une politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques intégrée aux orientations stratégiques.

Cette politique intègre les différents domaines de risque, cliniques et non cliniques.

Cette politique vise l'amélioration du service médical rendu au patient, de la sécurité des personnes, de la satisfaction du patient et des autres parties prenantes, de la satisfaction des professionnels de l'établissement, de l'efficacité de l'établissement.

- 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.
- 6.b. La politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques intègre l'évaluation des pratiques professionnelles.
- 6.c. Les responsabilités concernant la gestion de la qualité et des risques sont identifiées.

Les responsabilités des différentes instances et des professionnels de l'établissement vis-à-vis de la gestion de la qualité et des risques doivent être établies : responsabilités des instances et du management pour la mise en place et le suivi de la démarche, responsabilités opérationnelles des professionnels de la qualité dans la mise en œuvre de la démarche, responsabilité de l'encadrement dans le déploiement de la démarche, responsabilité de l'ensemble des professionnels dans la participation aux différentes activités.

Référence 7

L'établissement met en œuvre une politique d'optimisation de ses ressources et de ses moyens en adéquation avec les orientations stratégiques.

- 7.a. Les coûts des activités sont connus et leur maîtrise est assurée.

Exemples d'actions conduites : mise en place de la comptabilité analytique des fonctions et des activités, coût par groupes homogènes de séjours (GHS), participation à des actions de benchmarking*.

- 7.b. La réalisation et le financement des investissements sont planifiés de façon pluriannuelle.
- 7.c. Une politique d'optimisation des équipements est mise en œuvre.

Exemples d'actions conduites : conventions pour la mutualisation de l'utilisation, mesure du taux d'utilisation des équipements.

Chapitre 2

CHAPITRE II - RESSOURCES TRANSVERSALES

Le chapitre 2 s'intéresse à l'ensemble des processus-supports qui participent à la qualité de la prise en charge des patients. Ces processus sont classés en 5 rubriques :

- les ressources humaines ;
- les fonctions hôtelières et logistiques ;
- l'organisation de la qualité et de la gestion des risques ;
- la qualité et la sécurité de l'environnement ;
- le système d'information.

A . RESSOURCES HUMAINES

La qualification, la compétence et la motivation des acteurs contribuent, pour une grande part, à la qualité de la prise en charge des patients. L'objectif des références « ressources humaines » du chapitre 2 consiste, pour l'établissement, à s'assurer : de l'adéquation de ses personnels avec ses besoins, et du maintien du niveau des compétences et de leur évolution, par le biais de la formation et l'attention portée à leurs conditions de travail.

Au-delà de ce que l'établissement prévoit en termes de politique abordée dans le chapitre 1, il s'agit ici d'investiguer :

- comment l'établissement associe les acteurs à la définition et à la mise en place des actions relatives au projet social de l'établissement ;
- comment l'établissement motive ses personnels en favorisant la synergie et la valorisation du travail, collectif et individuel ;
- comment l'établissement maîtrise les processus principaux de gestion de ressources humaines ;
- enfin, comment l'établissement se préoccupe de mesurer la compétence de son personnel ainsi que ses pratiques de gestion.

Le terme « personnel », appréhendé au sens large, regroupe l'ensemble des professions qui œuvrent dans les établissements de santé (médicales, paramédicales, médico-techniques, gestionnaires, logistiques, etc.) quel que soit leur statut (salariés, contractuels libéraux, etc.).

Associer plus étroitement la communauté médicale à la gestion des ressources humaines constitue un enjeu pour les établissements de santé.

Référence 8

Le dialogue social est organisé au sein de l'établissement.

- 8.a. Les instances représentatives des personnels sont consultées à périodicité définie et traitent des questions relevant de leur compétence.
- 8.b. D'autres modalités sont également prévues pour faciliter le dialogue social et l'expression des personnels.

Exemples : rencontres avec les partenaires sociaux, boîte à suggestions, tableaux d'affichage libre, enquêtes de satisfaction du personnel, journée d'établissement, commission de formation, bilan de fonctionnement des instances, conseils de service, réunions de service, « comité consultatif des cadres », ou autre appellation, groupes d'expression, etc.

Référence 9

Les processus de gestion des ressources humaines sont maîtrisés.

- 9.a. Le recrutement de l'ensemble des personnels est organisé.

Le recrutement s'appuie sur des procédures diffusées et connues, par exemple : les circuits de décisions, l'annonce des critères de sélection, l'adéquation des compétences aux évolutions de l'établissement, la vérification des conditions d'exercice des professionnels, bourse d'échanges de postes, etc. Il s'appuie également sur des documents tels que les fiches de poste ou de métier.

- 9.b. L'accueil et l'intégration des personnels sont assurés.
- 9.c. La formation continue, y compris médicale, contribue à l'actualisation et à l'amélioration des compétences des personnels.

La formation continue du personnel tient compte non seulement de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, en adéquation avec les orientations stratégiques et les priorités définies par les instances, mais aussi de la réalisation des projets professionnels individuels, notamment lors de l'élaboration du plan de formation.

La formation médicale continue s'inscrit dans cet objectif même si elle relève d'organisations différentes selon le caractère salarié ou libéral de l'exercice médical.

- 9.d. L'évaluation des personnels est mise en œuvre.

Chaque membre du personnel doit pouvoir bénéficier d'une évaluation à travers des procédures et des outils (adaptés aux différents secteurs d'activité) : formation des évaluateurs, guide d'entretien, calendrier, objectifs fixés et évalués, besoins de formation identifiés, etc.

- 9.e. La gestion administrative des personnels assure la qualité et la confidentialité des informations individuelles.

La qualité recouvre les notions de fiabilité, d'exhaustivité et d'actualisation régulière des informations.

B . FONCTIONS HÔTELIÈRES ET LOGISTIQUES

Éléments essentiels de l'organisation et de la gestion, les fonctions hôtelières et logistiques participent à la qualité des prestations délivrées aux usagers, notamment par leur adéquation aux besoins et aux attentes des patients et de leur entourage. Les fonctions logistiques concernent les prestations hôtelières (restauration, blanchisserie) et l'organisation des circuits incluant le transport des personnes.

Elles intègrent également la mise à disposition d'équipements adaptés : approvisionnements, choix et entretien des matériels.

Elles doivent rechercher l'adéquation des moyens aux besoins des patients, et la satisfaction des professionnels utilisateurs.

La qualité des fonctions logistiques s'apprécie notamment à travers le choix des équipements, des méthodes d'approvisionnement, des processus de gestion incluant la réflexion bénéfice-risque et l'analyse des coûts.

Référence 10

Les fonctions hôtelières assurées par l'établissement ou externalisées sont adaptées aux besoins et aux attentes du patient et de son entourage.

10.a. Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité du patient.

La conception des locaux permet le respect de la dignité des patients tout en garantissant la surveillance nécessaire. Les conditions d'hébergement prennent en compte les handicaps et/ou les degrés d'autonomie des patients.

Unités de soins de longue durée

Le résident bénéficie d'un espace privatif ; le personnel est sensibilisé au respect de cet espace.

Cet espace s'apparente à celui d'un logement ; le résident peut apporter du mobilier, des effets personnels et recevoir de la famille.

Le résident dispose de vêtements personnels.

L'aménagement de l'espace tient compte des situations des personnes atteintes d'une détérioration intellectuelle (repères, sécurité, espaces spécifiques, etc.) dans le respect de la dignité des personnes.

10.b. Les conditions d'hébergement des personnes handicapées ou dépendantes sont adaptées.

Ces besoins sont, par exemple, le mobilier adapté à différentes formes de handicap, outils de contrôle de l'environnement (sonnette, lumière, téléphone).

Unités de soins de longue durée

Les espaces de circulation interne et externe ainsi que la chambre sont accessibles aux résidents en fauteuil roulant.

L'organisation est adaptée au rythme de vie des résidents (horaire des repas, lever, coucher).

10.c. La prestation restauration répond aux besoins nutritionnels spécifiques, et prend en compte les préférences et les convictions du patient.

Les goûts des patients sont pris en compte dans la composition des menus.

Une aide est apportée à la prise des aliments et des boissons aux patients qui le nécessitent dans le souci du maintien de l'autonomie.

Le délai maximal entre la fin du dîner et le début du petit déjeuner est adapté aux besoins de la personne.

Unités de soins de longue durée

Tous les résidents qui le souhaitent prennent leur repas en commun, et peuvent choisir leur place.

10.d. Des solutions d'hébergement et de restauration sont proposées aux accompagnants.

Hospitalisation à domicile

Non applicable.

Référence 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.

11.a. La qualité et l'hygiène de la restauration sont assurées.

La fonction restauration concerne la manipulation, le stockage, la préparation, le transport, et la distribution des aliments jusqu'au consommateur. La qualité et l'hygiène sont, en particulier, adaptées au patient à risque identifié.

11.b. La qualité et l'hygiène en blanchisserie, et dans le circuit de traitement du linge, sont assurées.

Dans des contextes spécifiques (USLD, psychiatrie), l'organisation du circuit du linge personnel des patients ou résidents doit aussi faire l'objet d'une attention particulière, en lien avec les familles.

11.c. Le transport du patient entre les secteurs d'activité internes et/ou externes de l'établissement permet la continuité des soins, le respect des règles concernant la dignité, la confidentialité et la sécurité, notamment l'hygiène.

Référence 12

Les approvisionnements sont assurés.

Les approvisionnements concernés sont tous les consommables à l'exception des médicaments, produits sanguins et dispositifs médicaux.

12.a. Les besoins des secteurs d'activité sont évalués sur le plan quantitatif et sur le plan qualitatif.

12.b. Les personnels utilisateurs sont associés aux procédures d'achat.

12.c. Les secteurs d'activité utilisateurs sont approvisionnés à périodicité définie, et des dispositions d'approvisionnement en urgence sont établies.

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

La démarche qualité de l'établissement est évaluée dans l'ensemble du Manuel d'accréditation. Les références de cette section permettent d'analyser les dispositions spécifiques visant à assurer le développement de la démarche d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.

La démarche repose sur la mise en place d'un système de management de la qualité qui permet de déployer la politique qualité de l'établissement. Ce système de management comporte plusieurs éléments dont un processus d'écoute des patients, un programme d'amélioration de la qualité incluant des objectifs opérationnels explicites, un programme de formation des professionnels à la qualité, un système de gestion documentaire, un dispositif d'accompagnement méthodologique à la disposition des différents acteurs. Les dispositions relatives au suivi de la démarche par le management de l'établissement sont un élément essentiel de ce système.

Le système de management de la qualité doit prévoir le déploiement de la démarche dans les différents secteurs de l'établissement. Les différentes dispositions du système de management de la qualité s'appliquent à l'ensemble des thématiques rencontrées dans le manuel.

Le système de management de la qualité doit viser à garantir la sécurité des soins. La gestion des risques constitue un des outils majeurs pour augmenter la sécurité des soins et des prestations délivrés aux patients. Pour ce faire, la démarche de gestion des risques va consister, au plan managérial, à impulser une politique et une culture de sécurité, à définir les responsabilités, permettant, *in fine*, d'avoir un impact sur les pratiques et, au plan technique, d'identifier les risques, de les analyser, puis de les réduire.

Élément de la gestion des risques, le dispositif de veille sanitaire a pour but de renforcer la sécurité sanitaire en améliorant la connaissance des risques et en permettant d'éviter leur récurrence dans l'établissement ou dans d'autres établissements. Les vigilances sanitaires réglementaires s'appliquent aux produits de santé* ainsi qu'aux cosmétiques. La vigilance sur les pratiques, non structurée réglementairement, correspond à des enjeux similaires en termes d'alerte. Le signalement des événements indésirables*, leur analyse, la gestion des alertes, la traçabilité des produits sont des éléments de ce processus.

Référence 13

Un système de management de la qualité est en place.

- 13.a. L'écoute des patients est organisée.
- 13.b. Le programme d'amélioration continue de la qualité comporte des objectifs précis, mesurables dans le temps.
- 13.c. Le programme d'amélioration continue de la qualité prend en compte les résultats issus de différentes formes d'évaluation internes et externes.

Le programme d'amélioration de la qualité est construit à partir de la connaissance globale des besoins d'amélioration de l'établissement. Parmi les informations essentielles figurent les résultats des différentes évaluations réalisées.

Ces évaluations peuvent être internes (évaluations organisationnelles, évaluation des pratiques, audits, évaluation de la satisfaction des patients) ou externes (démarche d'accréditation antérieure, contrôles externes et inspections, démarche de certification le cas échéant).

- 13.d. La formation des professionnels à la qualité est assurée.

13.e. Le déploiement de la démarche et des actions qualité dans les secteurs d'activité est organisé.

Pour assurer ce déploiement, l'établissement doit assurer l'accompagnement méthodologique des professionnels.

13.f. La gestion documentaire est organisée.

La formalisation des pratiques et de l'organisation contribue à la maîtrise et à l'amélioration de la qualité. Elle doit cependant être utilisée à bon escient en fonction des enjeux de qualité (variabilité des pratiques, nécessité de maîtriser un processus) et des risques liés au thème y afférent.

La gestion documentaire a pour but de maîtriser la production des documents (conception, approbation, validation, diffusion, archivage, destruction) et d'assurer l'accès aux documents utiles et à jour aux professionnels de l'établissement.

La gestion documentaire s'applique également aux documents externes à l'établissement comme les textes réglementaires ou les recommandations de pratique.

13.g. Le suivi du programme d'amélioration de la qualité est assuré.

Des dispositions systématiques sont mises en œuvre au niveau managérial pour assurer un suivi régulier de l'avancement des projets et de l'atteinte des objectifs en matière d'amélioration de la qualité et des risques par des mécanismes de type comité de pilotage ou revue de direction.

Un certain nombre de données sont nécessaires à ce suivi : les états d'avancement des projets, les tableaux de bord et suivi d'indicateurs, les résultats issus du dispositif d'écoute des patients, les résultats des différentes évaluations.

Référence 14

La gestion des risques est organisée et coordonnée.

La gestion des risques en établissement de santé vise en premier lieu à améliorer la sécurité des personnes, notamment des patients.

La gestion des risques repose :

- sur une approche managériale visant à définir et mettre en œuvre une politique de sécurité ;
- sur une approche technique visant à maîtriser les risques c'est-à-dire à réduire les risques évitables par des mécanismes de prévention et de protection. La maîtrise d'un risque repose sur l'identification, l'analyse et le traitement de ce risque.

Pour être efficace et efficiente, la démarche de gestion des risques doit s'effectuer en priorisant les actions en fonction des enjeux de sécurité. Pour cette raison, cette démarche doit s'envisager de manière globale et coordonnée dans l'établissement, en relation le cas échéant avec les plans d'action régionaux ou nationaux (exemple : programme national d'audit en hygiène hospitalière).

14.a. Les informations relatives aux risques sont rassemblées et organisées.

Il est nécessaire pour développer la démarche de gestion des risques de réunir les informations disponibles pour améliorer la visibilité sur les risques de l'établissement.

De nombreuses sources d'informations préexistent à la mise en place d'une démarche globale de gestion des risques ; par exemple, celles en provenance du CLIN, de la COMEDIMS, du CSTH, de la médecine du travail, et du CHSCT.

14.b. Des dispositions sont en place pour identifier et analyser *a priori* les risques.

L'identification *a priori* des risques permet de gérer les risques prévisibles avant la survenue d'événements indésirables. C'est par exemple la démarche utilisée pour l'inventaire des risques professionnels dans le document unique.

14.c. Des dispositions sont en place pour identifier et analyser *a posteriori* les risques.

L'identification *a posteriori* concerne les événements indésirables : les accidents (risque patent), presque accidents, événements sentinelles qui témoignent de l'existence du risque.

Les événements sentinelles, prédéfinis, servent de signal d'alerte et déclenchent systématiquement une analyse poussée pour identifier et comprendre les points critiques qui requièrent une vigilance particulière des professionnels (ex. : décès inattendus, reprises d'interventions chirurgicales).

14.d. Les résultats issus des analyses de risque permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter.

14.e. La gestion d'une éventuelle crise est organisée.

La crise correspond à une situation exceptionnelle qui vient perturber le fonctionnement habituel de l'établissement et aboutit à une situation instable (exemples : épidémie, accident survenu dans l'établissement).

Les conséquences de la crise sont dépendantes des modalités de réaction de l'établissement.

S'il n'est pas possible de prévoir la nature et la forme de la crise, il est possible de se préparer à vivre une crise (organisation, définition des circuits d'alerte et des modalités de communication, simulation de crise) et d'en limiter ainsi les conséquences.

14.f. L'organisation des plans d'urgence pour faire face aux risques exceptionnels est en place.

Ces plans sont généraux (comme le plan blanc), ou spécifiques (comme le plan canicule).

Référence 15

Un dispositif de veille sanitaire est opérationnel.

Le dispositif de veille sanitaire permet l'identification, le signalement interne et externe, l'enregistrement*, l'investigation et le traitement des événements indésirables et la réponse aux alertes sanitaires.

Les vigilances sanitaires* réglementées appartiennent à ce dispositif. Il s'agit de la pharmacovigilance (médicaments), de l'hémovigilance (produits sanguins labiles), de la matériovigilance (dispositifs médicaux), de la réactovigilance (dispositifs médicaux de diagnostics *in vitro*), de la pharmacodépendance (psychotropes et stupéfiants), de la biovigilance (organes, tissus, cellules et produits thérapeutiques annexes) et de la cosmétovigilance (produits cosmétiques ou d'hygiène corporelle).

15.a. Les procédures à mettre en œuvre en cas d'événement indésirable* sont en place et sont connues des professionnels.

La survenue d'un événement indésirable doit faire envisager la mise en place des mesures immédiates pour traiter l'événement, la mise en place de mesures conservatoires pour faire face au risque correspondant et le signalement de l'événement.

15.b. La traçabilité des produits de santé est assurée.

La traçabilité est assurée selon des processus définis. La traçabilité nécessaire est celle prévue par la réglementation.

15.c. Une organisation permettant de répondre à une alerte sanitaire concernant les produits de santé est en place.

Cette organisation inclut, si nécessaire, le rappel des patients susceptibles d'avoir été exposés à un risque lors d'un précédent séjour.

15.d. La coordination des vigilances entre elles et avec le programme global de gestion des risques est assurée.

15.e. Une coordination est assurée entre l'établissement et les structures régionales et nationales de vigilances.

D . QUALITÉ ET SÉCURITÉ DE L'ENVIRONNEMENT

Dans un établissement de santé, l'environnement est constitué par les infrastructures qui incluent les bâtiments, les installations, les circulations et les espaces extérieurs (parkings, jardins), par l'air, par l'eau, par les équipements et par les personnes.

Une des missions fondamentales de l'établissement est d'assurer aux patients, aux professionnels et aux autres personnes un environnement salubre, efficace et sûr, à la hauteur de leurs attentes.

Dans cette perspective, les principaux axes d'action sont la réduction du risque infectieux, l'hygiène des locaux, l'élimination appropriée des déchets, la qualité de l'air et de l'eau, la sécurité des infrastructures, le fonctionnement et la sécurité des équipements, la sécurité des biens et des personnes.

Référence 16

Un programme de surveillance et de prévention du risque infectieux, adapté au patient et aux activités à risque, est en place.

- 16.a. Les patients et les activités à risque infectieux sont identifiés et un programme de surveillance adapté est en place.
- 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.
- 16.c. Des protocoles* ou procédures de maîtrise du risque infectieux, validés, sont utilisés.

Les protocoles peuvent concerner les domaines suivants : hygiène des mains, usage des solutions hydro-alcooliques, bonne utilisation des antiseptiques, prévention et gestion des accidents liés à l'exposition au sang, antibioprofylaxie, pose et gestion des dispositifs intra-vasculaires, de sonde urinaire, préparation cutanée de l'opéré, prévention des pneumopathies, isolement, etc.

- 16.d. Le bon usage des antibiotiques, dont l'antibioprofylaxie, est organisé.

Le bon usage des antibiotiques requiert une réflexion collective au sein de l'établissement (dans le cadre notamment de la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles). Il vise l'efficacité pour le patient, la prévention des résistances et l'efficience. Il repose sur le respect des recommandations professionnelles, la formation, le conseil thérapeutique, le suivi des bactéries multirésistantes, la confrontation entre la consommation d'antibiotiques et les données bactériologiques.

- 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.

La politique vaccinale avec détermination du taux de couverture vaccinale, la prévention et la prise en charge des accidents liés à l'exposition au sang et aux produits biologiques, la prévention de la transmission des infections contagieuses telles que la tuberculose, la gale, les hépatites virales font partie de ce programme.

- 16.f. Le signalement des infections nosocomiales est organisé et opérationnel.
- 16.g. Un dispositif permettant l'alerte, l'identification, la gestion d'un phénomène épidémique est en place.

Référence 17

La gestion des risques liés aux dispositifs médicaux est assurée.

On entend par dispositif médical tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y

compris les accessoires et logiciels intervenant dans son fonctionnement, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques, ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens (directive 93/42 CEE du 14 juin 1993, article L. 5211-1 du Code de la santé publique).

17.a. Le pré-traitement et la désinfection des équipements et dispositifs médicaux font l'objet de dispositions connues des professionnels concernés.

Ces dispositions prennent en compte les règles d'hygiène et la sécurité des professionnels.

17.b. En stérilisation, la maîtrise de la qualité est assurée.

17.c. La maintenance* préventive et curative des dispositifs médicaux est assurée.

Référence 18

La gestion des risques liés à l'environnement, hors infrastructures et équipements, est assurée.

18.a. L'hygiène des locaux est assurée.

18.b. La maintenance et le contrôle de la qualité de l'eau sont adaptés à ses différentes utilisations.

Il s'agit de tous les usages de l'eau : eau alimentaire, eau sanitaire, eau à usage médical.

18.c. La maintenance et le contrôle de la qualité de l'air sont adaptés aux secteurs d'activités et aux pratiques réalisées.

18.d. L'élimination des déchets, notamment d'activités de soins, est organisée.

Celle-ci implique le tri, l'enlèvement, l'acheminement et le traitement adaptés des déchets selon leur catégorie et la formation du personnel.

18.e. Le CLIN et l'équipe opérationnelle d'hygiène sont associés à tout projet pouvant avoir des conséquences en termes de risque infectieux.

L'aménagement des locaux, l'organisation des circuits, l'acquisition d'équipement ou de matériel et la programmation des travaux sont des exemples de projets.

Référence 19

La sécurité et la maintenance des infrastructures et des équipements, hors dispositifs médicaux, sont assurées.

19.a. La sécurité des bâtiments, des installations et des équipements fait l'objet d'un suivi.

A titre d'exemple, les recommandations issues des contrôles externes des bâtiments, installations et équipements, sont mises en œuvre.

19.b. La prévention du risque incendie est organisée et les professionnels bénéficient d'une formation programmée et régulièrement actualisée.

L'organisation des locaux prend en compte le risque incendie lié au tabagisme.

19.c. La maintenance préventive et curative est assurée.

19.d. Les protocoles d'alerte et d'intervention concernant la sécurité des infrastructures sont disponibles et connus des professionnels.

Les protocoles d'alerte et d'intervention concernent par exemple le risque d'inondation, le risque électrique, etc.

Référence 20

La sécurité des biens et des personnes est assurée.

Le terme « personnes » couvre les patients, les visiteurs et les professionnels.

- 20.a La conservation des biens des patients et des professionnels est organisée.
- 20.b. Des mesures préventives pour assurer la sécurité des personnes sont mises en œuvre.
- 20.c. Des dispositions d'alerte concernant la sécurité des biens et des personnes sont en place et connues de tous.

E . SYSTÈME D'INFORMATION

Pour mener à bien ses missions et sa stratégie, tout établissement de santé a besoin non seulement de personnels et d'équipements, mais aussi d'information. De même que tout établissement de santé assure la gestion de ses personnels et de ses équipements, il doit assurer, également, quelle que soit sa taille, la gestion de ses informations.

On parle de système d'information dès que l'information fait l'objet d'une organisation spécifique : saisie, traitement, diffusion, stockage. Cette organisation peut employer des moyens manuels (par exemple : formulaires papier pour la saisie, classeurs avec fiches pour le traitement, panneaux d'affichage pour la diffusion, locaux d'archives pour le stockage), mais aussi des moyens automatisés. L'informatique est le moyen privilégié pour automatiser le système d'information, mais elle ne couvre pas celui-ci en totalité, des solutions manuelles étant parfois plus adaptées. La gestion du système d'information ne se réduit donc pas au système informatique.

• Le système d'information au service du fonctionnement de l'établissement

Le système d'information est au service de la stratégie de l'établissement de santé. Il doit donc être une aide pour tous les acteurs dans la réalisation de leurs activités et objectifs. Ceci s'applique à tout établissement de santé . Seuls l'importance des moyens consacrés à la conduite des projets et du changement, ainsi que le choix des solutions et leurs priorités de mise en œuvre, devront être adaptés.

L'ensemble du fonctionnement de l'établissement et des secteurs d'activité peut être envisagé lors de la conception du système d'information. Il s'agit, par exemple, de considérer le dossier du patient, la gestion des ressources humaines, le fonctionnement des urgences, le circuit du médicament.

Le développement du système d'information, par la mise à disposition de la connaissance, le transfert de données personnelles de santé ou de données d'activité, la communication entre acteurs de la prise en charge pour se coordonner, offrent d'importantes perspectives d'amélioration.

• L'importance d'une identification fiable et unique des patients

En reliant toutes les données relatives à une personne, même dispersées dans l'espace et le temps, une identification fiable et unique permet la continuité de la prise en charge et la coopération des professionnels de santé. Elle améliore la sécurité en minimisant le risque d'erreur médicale associée à une mauvaise identification. Une identification fiable du patient est donc essentielle dans le cadre de l'informatisation de la gestion des soins.

Elle contribue par ailleurs à l'évolution du système de soins, en favorisant le développement de la médecine en réseau, et l'accès du patient aux informations le concernant.

Des enquêtes montrent les problèmes de fiabilité de l'identification des patients. Faute de systèmes de contrôle et de suivis appropriés, les logiciels peuvent contenir plusieurs identités* pour une même personne physique (doublons). Dans certains cas, deux personnes physiques sont confondues sous le même identifiant (collisions).

Par conséquent, les établissements de santé gagnent à établir un état des lieux de leurs modes d'identification et à définir des procédures pour réaliser correctement l'identification du patient (politique d'identification).

Par ailleurs les structures qui échangent des données personnelles de santé doivent mettre en concordance les identités qu'elles utilisent en routine (rapprochement*). Le rapprochement des identités peut même faire l'objet d'une procédure automatisée dans le cas de partages fréquents de données personnelles de santé entre établissements, de participation à un réseau de soins, de réalisations d'exams de biologie pour d'autres établissements ; etc. Cette procédure automatisée doit faire l'objet d'une attention particulière pour assurer une bonne correspondance entre les identités.

- **Les enjeux de la sécurité du système d'information**

Dans un contexte où les échanges de données, notamment de données personnelles, vont croissant, les établissements de santé doivent s'assurer de la sécurité de leur système d'information.

La sécurité implique la confidentialité, qui porte notamment sur les données médicales (y compris sur les codages), l'intégrité*, qui signifie que les données ne sont pas indûment modifiées, la disponibilité*, qui permet l'accès à l'information par les personnes autorisées, et l'auditabilité*, qui permet d'assurer la mise en œuvre des preuves et contrôles du système, notamment par la capacité à retracer tous les événements au cours d'une période.

Ces enjeux requièrent de définir une politique de sécurité, associant des aspects juridiques, humains, organisationnels et techniques, adaptée au niveau de départ des établissements, à leur organisation et à leurs moyens.

Référence 21

Le recueil et la mise à disposition de l'information sont organisés dans l'établissement.

21.a. Les bases de connaissances utiles à la réalisation des différentes activités sont à la disposition des professionnels.

Les bases de connaissances contiennent des recommandations, référentiels d'évaluation, nomenclatures, documents juridiques, etc. utiles à la prise en charge des patients et à la gestion de l'établissement.

Les supports possibles sont divers : Internet, intranet, revues, ouvrages de référence, etc.

L'organisation d'une fonction documentaire contribue à la mise en place des bases de connaissances.

21.b. Les données nécessaires à la prise en charge des patients sont communiquées en temps utile et de façon adaptée aux besoins.

Ces données portent notamment sur les demandes d'exams complémentaires, les rendez-vous, les comptes rendus.

21.c. Le système de communication interne permet la coordination des acteurs de la prise en charge en temps voulu.

Tous les acteurs de la prise en charge sont concernés : médecins, soignants, brancardiers. Différents moyens de communication peuvent être utilisés pour assurer une coordination efficace : téléphonie sans fil, courrier électronique, etc.

21.d. Les données nécessaires au suivi des activités et au pilotage de l'établissement sont recueillies et transmises aux responsables.

21.e. Le contrôle qualité des données est en place.

Ce contrôle porte notamment sur la qualité de l'information médicale issue du PMSI sous la responsabilité du département d'information médicale.

Référence 22

Une identification* fiable et unique du patient est assurée.

22.a. Une politique d'identification du patient est définie.

L'identification fiable et unique du patient permet de connaître l'ensemble des informations contenues dans son dossier.

Un état des lieux permet d'apprécier les pratiques liées à l'identification du patient et sa fiabilité, en termes de création d'identifiant, d'utilisation, de correction d'identité, etc.

Sur cette base, la politique d'identification décrit :

- les professionnels concernés (administratifs, soignants, médecins) ;
- le management mis en place (instances, missions, compositions) ;
- les caractéristiques d'identité utilisées (nom, prénom, sexe, etc.), et leurs règles de saisie ;
- les procédures devant être suivies (création d'identité, signalement d'incidents, contrôle de la validité des identités et qualité des bases) ;
- les modalités d'accès aux identités ;
- les moyens techniques associés ;
- le suivi associé (indicateurs, tableau de bord).

22.b. Des procédures de contrôle de l'identification du patient sont mises en œuvre.

Ces contrôles sont réalisés lors de la saisie de l'identité du patient (ce patient est-il déjà venu ? Quelles caractéristiques d'identité ont déjà été enregistrées ? Quel est son identifiant ?), ou ensuite, à fin de « dédoublement » (correction des caractéristiques d'identité du patient mal saisies, correction de l'identifiant).

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).

Référence 23

La sécurité du système d'information est assurée.

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.

La définition d'une politique de sécurité couvre :

- l'organisation et le management de la sécurité, comprenant notamment la désignation d'un responsable de la sécurité du système d'information ;
- la définition des principes de sécurité à mettre en œuvre pour les applications et les données du système d'information de l'établissement ;
- l'inventaire et la classification des différentes ressources intervenant dans le système d'information (documents, données, matériels, logiciels, etc.) ;
- l'évaluation des risques (d'accident, d'erreur, de malveillance) et le choix de mesures constituant une réponse proportionnée ;

- l'élaboration d'un plan d'action ;
- les conditions d'utilisation de dispositifs de sécurité par le personnel de l'établissement de santé et par les usagers externes (patient, professionnel de santé), ainsi que les services de support et d'accompagnement nécessaires (formation, sensibilisation, hot lines, etc.) ;
- la mesure de l'efficacité des dispositifs de sécurité et leur mise à jour ;
- les actions de formation et d'information des utilisateurs.

Une des composantes de la politique de sécurité est la définition des droits d'accès aux informations dans un établissement et les droits d'écrire et/ou de valider une information. Elle suppose que les personnels de l'établissement soient correctement identifiés et qualifiés. Ceci est facilité par des annuaires* tenus à jour.

- 23.b. La sécurité du système d'information est évaluée lors d'un diagnostic initial puis à périodicité définie.
- 23.c. Les traitements de données à caractère personnel font l'objet des démarches et formalités prévues par la législation Informatique et libertés.

Une donnée à caractère personnel est constituée par toute information relative à une personne physique identifiée ou qui peut être identifiée, directement ou indirectement, par référence à un numéro d'identification ou à un ou plusieurs éléments qui lui sont propres.

Référence 24

Le dossier du patient obéit à des règles de gestion définies pour l'ensemble des secteurs d'activité.

- 24.a. Les règles de tenue du dossier du patient sont connues des différents intervenants.

Ces règles prendront en compte les dispositions relatives au dossier médical personnel.

- 24.b. Les règles de communication du dossier du patient sont connues des professionnels concernés.

Les règles de communication portent sur les échanges d'information entre professionnels de l'établissement participant à la prise en charge, avec les médecins désignés par le patient, sur la communication du dossier au patient et aux ayants droit, sur la communication d'informations et de documents au patient en fin de séjour.

- 24.c. Les règles de conservation du dossier du patient sont connues des professionnels concernés.
- 24.d. Les professionnels connaissent leurs responsabilités dans la préservation de la confidentialité des données personnelles.
- 24.e. L'accès aux dossiers est organisé pour le patient et/ou les personnes habilitées.

Chapitre 3

CHAPITRE III - PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Ce chapitre concerne le cœur de métier des professionnels de santé : la prise en charge du patient. Il s'adresse aux professionnels directement impliqués dans cette prise en charge.

Les références sont regroupées en 2 sections :

- les orientations stratégiques et le management du secteur d'activité : une première référence vise à décliner les orientations stratégiques et la politique générale de l'établissement au niveau de chacun des secteurs d'activité. Le degré et les modalités d'identification des secteurs (services, disciplines, départements, pôles) varient selon le statut, la taille et les choix organisationnels et managériaux des établissements. Le management s'organise autour de 5 fonctions déclinées sous la forme de critères de la référence 25 : prévoir, organiser, décider, motiver et évaluer ;
- le parcours du patient : la qualité et la sécurité des prestations délivrées tout au long du parcours du patient sont abordées. En particulier, la continuité des soins doit être assurée depuis l'accueil jusqu'au retour à domicile ou au transfert vers une autre structure de soins. Le respect des droits et de la dignité du patient, sa participation active (le cas échéant celle de son entourage ou de la personne de confiance) au projet thérapeutique le concernant, ainsi que la coordination des professionnels pour une prise en charge efficace, en sont les principaux objectifs.

Cinq types de prise en charge sont distingués : soins de courte durée (médecine-chirurgie-obstétrique), psychiatrie et santé mentale, soins de suite ou de réadaptation, soins de longue durée, hospitalisation à domicile. Les références sont identiques pour les différents types de prise en charge.

La spécificité de chaque type de prise en charge est exprimée, en tant que de besoin, sous la forme de cartouches ayant pour vocation de clarifier l'objectif ou le sens de la référence ou du critère, par une explication ou un exemple.

SOINS DE COURTE DURÉE (MÉDECINE/CHIRURGIE/OBSTÉTRIQUE)

A. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET MANAGEMENT DES SECTEURS D'ACTIVITÉ

Référence 25

Les responsables des secteurs d'activité exercent pleinement leur rôle.

Il n'y a pas de rôle dans l'absolu, celui-ci dépend de l'organisation du management : degré de déconcentration, existence de pôles, etc.

25.a. Les responsables prévoient les évolutions de leur secteur d'activité en cohérence avec les choix stratégiques de l'établissement.

Les secteurs d'activité s'organisent pour prendre en charge les pathologies en conformité avec les missions de l'établissement.

L'orientation du patient vers des structures appropriées est organisée pour le patient présentant des pathologies ne relevant pas du secteur d'activité.

25.b. Les responsables organisent les activités de leur secteur et identifient les moyens nécessaires à leur réalisation.

L'organigramme, régulièrement mis à jour, est en adéquation avec les missions du secteur d'activité et connu de tous. Les délégations de responsabilité, la participation des acteurs à des groupes de réflexion sont encouragées. Les modes de fonctionnement des secteurs d'activité sont définis.

25.c. Les responsables organisent la complémentarité avec les autres structures et la participation à des réseaux de santé dans leur domaine d'activité.

Les complémentarités sont recherchées à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement afin de répondre à l'ensemble des besoins des patients dans un cadre organisé ; il peut s'agir de structures médico-sociales, sociales, ou de maisons médicales.

25.d. Les responsables des secteurs d'activité décident, dans le cadre de leurs attributions, des actions à mettre en œuvre dans leur secteur.

25.e. Les responsables motivent les personnels de leur secteur d'activité en favorisant leur adhésion et leur implication.

L'adhésion aux objectifs s'appuie sur une organisation favorisant les échanges entre les responsables et leur équipe afin de clarifier les objectifs. Chaque responsable sollicite les retours d'expérience. Les prises d'initiative et la créativité, individuelles et collectives, sont encouragées. Les performances collectives sont communiquées régulièrement.

25.f. Les responsables veillent à la bonne utilisation des moyens alloués.

25.g. Les responsables développent des démarches d'évaluation et d'amélioration.

B. PARCOURS DU PATIENT

Référence 26

Les droits et la dignité du patient sont respectés.

26.a. La confidentialité des informations relatives au patient est garantie.

Parmi les moyens d'assurer la confidentialité, on peut citer l'accueil de l'entourage dans un lieu approprié, les conditions de l'examen médical et des visites, la présence d'un soignant en fonction des situations, la non-divulgateion de la présence du patient, la discrétion des véhicules lors des visites à domicile.

Les professionnels seront attentifs au respect de la confidentialité, en particulier lors des activités de groupe.

26.b. Le respect de la dignité et de l'intimité du patient est préservé tout au long de sa prise en charge.

Le respect de la dignité peut concerner les modalités de dialogue entre soignants et patients (exemple : réflexion sur l'utilisation du tutoiement). La présence d'étudiants en consultation ou en salle de naissance fait suite au consentement de la personne concernée.

26.c. La prévention de la maltraitance* du patient au sein de l'établissement est organisée.

Il s'agit de la maltraitance physique et/ou morale exercée par la famille, l'entourage, les professionnels de l'établissement notamment sur les patients vulnérables (enfants, personnes âgées, patients ayant un déficit ou une détérioration intellectuelle, etc.) et les plus démunis. Parmi les moyens mis en œuvre, on peut citer l'organisation d'une surveillance et d'une information adaptées ; la mise en place d'un dispositif de signalement interne et externe, des conduites à tenir formalisées.

26.d. La volonté du patient est respectée.

26.e. La formation des professionnels à l'écoute et au respect des droits du patient est organisée.

Référence 27

L'accueil du patient et de son entourage est organisé.

27.a. Les besoins et les attentes du patient sont identifiés, y compris les besoins sociaux.

Les informations provenant des professionnels intervenant en amont de la prise en charge sont disponibles au moment de l'accueil (fiches de liaison, fiches de préadmission, courriers des médecins traitants, etc.).

L'accueil des patients est effectué, autant que possible, par un professionnel formé. Outre l'information verbale, un document d'information et d'accueil est remis au patient et/ou à son entourage (livret d'accueil, contrat de séjour, par exemple).

Il sera tenu compte des complications que l'attente peut générer pour certains patients (par exemple en cas de difficultés du comportement, de diabète sucré, de trachéotomie ou d'escarres). Une attention particulière est à apporter dans certains cas : hospitalisation sous X, mineur, etc.

27.b. Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de son séjour.

27.c. L'accueil et les locaux sont adaptés aux handicaps du patient et/ou de son entourage.

Dès l'arrivée, la disposition des locaux et des circulations ainsi que des aides techniques adaptées aux besoins des personnes handicapées, quel que soit le handicap (moteur ou sensoriel), sont disponibles.

27.d. La permanence de l'accueil est organisée.

27.e. Une procédure spécifique d'accueil des détenus est organisée dans les établissements concernés.

L'accueil des détenus est organisé, notamment en termes de confidentialité et de sécurité.

Référence 28

La prise en charge du patient se présentant pour une urgence est organisée.

28.a. L'accueil de toute personne se présentant pour une urgence est organisé par des professionnels formés à cet effet.

28.b. Selon le degré d'urgence, une prise en charge, une réorientation ou un transfert est organisé dans un délai compatible avec les impératifs de sécurité.

Le personnel d'accueil est formé et informé des circuits possibles pour le patient en cas d'urgence.

28.c. Le recours à un avis spécialisé est organisé selon les besoins.

28.d. La disponibilité des lits d'hospitalisation est régulièrement évaluée et analysée au sein de l'établissement.

Il existe une réflexion concertée sur la gestion en aval des urgences.

Référence 29

L'évaluation initiale de l'état de santé du patient donne lieu à un projet thérapeutique personnalisé, ajusté tout au long de sa prise en charge.

Le projet thérapeutique personnalisé définit l'ensemble des interventions adaptées aux besoins du patient incluant les besoins psychologiques et sociaux.

L'évaluation initiale comprend, entre autres, la description de l'état fonctionnel et des éventuelles dépendances du patient dans les gestes de la vie quotidienne.

Il repose sur un travail de collaboration entre tous les professionnels intervenant auprès du patient. Ce projet se construit progressivement avec la participation du patient et, le cas échéant, de son entourage. Il est élaboré dès l'évaluation initiale, soit en consultation soit lors de l'admission, et doit être actualisé en permanence tout au long de la prise en charge du patient. La traçabilité de ce projet se retrouve dans le dossier du patient.

29.a. Le patient et, s'il y a lieu, son entourage sont partie prenante dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique.

29.b. Les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures sont accessibles 24 heures sur 24.

Cet objectif s'appuie sur le dossier du patient et s'adapte selon le type d'établissement.

29.c. Le projet thérapeutique prend en compte l'ensemble des besoins du patient et organise la coordination entre les professionnels des différents secteurs d'activité.

Les besoins sont d'ordre physique, psychologique, social, fonctionnel. On peut citer par exemple la nutrition, l'autonomie, l'éducation, etc.

29.d. La réflexion bénéfices/risques est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient.

29.e. Lorsqu'une restriction de liberté de circulation est envisagée dans l'intérêt du patient, 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 et à son entourage.

La restriction de liberté de circulation comprend toute forme de contention : physique (attaches, barrières, chambre d'isolement, etc.), médicamenteuse ou dispositifs de déambulation autorisée (bracelet antifugue, etc.). La réflexion en équipe concerne l'indication de la contention et le choix de l'alternative la mieux adaptée.

29.f. Le projet thérapeutique fait l'objet d'ajustements en fonction d'évaluations régulières de l'état de santé du patient.

Référence 30

Des situations nécessitant une prise en charge adaptée sont identifiées.

Un certain nombre de situations représentent un enjeu important en termes d'amélioration de la qualité du service médical rendu et nécessitent une attention particulière. (D'autres situations peuvent être identifiées par les professionnels ; les actions développées peuvent être décrites dans la référence 46).

30.a. L'état nutritionnel du patient est évalué et ses besoins spécifiques sont pris en compte.

Exemples d'actions conduites : évaluation initiale systématique, calcul de l'indice de masse corporelle, stratégie et protocoles de réponse aux besoins spécifiques (dénutrition, escarres, obésité, difficulté de déglutition, diabète, etc.)

30.b. Les conduites addictives sont identifiées et font l'objet d'une prise en charge adaptée.

Exemples d'actions conduites : sensibilisation des professionnels, comités et/ou consultations spécifiques, prescription de produits de substitution, etc.

30.c. La maladie thrombo-embolique fait l'objet d'une prévention dans les situations à risque.

La maladie thrombo-embolique représente un risque majeur pour le patient hospitalisé. Elle est souvent asymptomatique et des traitements préventifs efficaces existent. Les situations à risque doivent être identifiées et les protocoles de prévention disponibles et appliqués.

30.d. Les chutes des patients font l'objet d'une prévention.

30.e. Le risque suicidaire est pris en compte.

30.f. Les escarres font l'objet d'une prévention.

Référence 31

Le patient est informé de son état de santé et est partie prenante de sa prise en charge.

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.

Des professionnels référents peuvent être désignés pour délivrer au patient une information cohérente sur la maladie et les soins.

31.b. Les professionnels délivrent une information adaptée à la compréhension du patient.

L'information est adaptée au cas par cas, en fonction de la langue, du niveau d'alphabétisation, des éventuels handicaps. Une attention particulière est portée sur l'information des patients fragiles.

L'information est évolutive en fonction de l'état psychique du patient. Les professionnels adaptent les modalités des entretiens en fonction de la nature des informations fournies (annonce d'un handicap, d'une maladie grave, d'un décès, etc.)

31.c. Le patient désigne les personnes qu'il souhaite voir informées.

L'information est adaptée à chaque situation car plusieurs habilitations sont à envisager : « la personne de confiance, désignée par écrit, qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin » (article L 1111-6 du Code de la santé publique) et/ou les détenteurs de l'autorité parentale, les représentants légaux du majeur protégé, la famille, les proches, etc.

31.d. Le consentement éclairé du patient ou de son représentant légal est requis pour toute pratique le concernant.

Les pratiques concernent les actes de prévention, d'exploration et de soins. L'information préalable à la demande de consentement porte sur le bénéfice de l'acte, ses risques éventuels, son degré d'urgence, les alternatives et les conséquences prévisibles en cas de refus.

31.e. Un consentement éclairé du patient est formalisé dans les situations particulières.

Ex. : recherche biomédicale, chirurgie plastique, patient mineur ou majeur protégé.

31.f. Le patient est informé de la survenue d'un événement indésirable lors de sa prise en charge.

Information qui doit être donnée y compris après la sortie de l'établissement. Par exemple : infection nosocomiale, événement indésirable médicamenteux, nécessité de changement de technique opératoire en cours d'intervention, etc.

Référence 32

La douleur est évaluée et prise en charge.

Il s'agit de la douleur aiguë et/ou chronique, physique et/ou morale.

32.a. Une concertation est organisée entre les professionnels pour améliorer la prise en charge de la douleur selon les recommandations de bonne pratique.

Le rôle du CLUD et des référents est important dans la prise en charge de la douleur.

32.b. Le patient est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement.

Pour certains patients, il est nécessaire d'impliquer également l'entourage et d'évaluer sa satisfaction (pédiatrie, réanimation, oncologie, psychiatrie, etc.).

32.c. Les professionnels sont formés à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur.

La formation porte notamment sur l'évaluation de l'intensité de la douleur à périodicité définie à l'aide d'échelles validées. Les échelles adaptées sont utilisées, y compris dans certains groupes de patients tels que les nouveau-nés et les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale.

32.d. La disponibilité des traitements prescrits est assurée en permanence.

Référence 33

La continuité des soins est assurée.

Il s'agit de la continuité des soins au sein de l'établissement, mais aussi à l'occasion des transferts du patient vers d'autres structures.

33.a. Des règles de responsabilité, de présence, et de concertation sont mises en œuvre pour assurer la continuité des soins.

A titre d'exemple, les tableaux de permanence des soins constituent un support. A noter que l'organisation des changements et l'information correspondante aux services et aux professionnels concernés font partie des règles de présence et de concertation.

33.b. La coordination entre les équipes médicales et paramédicales est organisée.

La coordination et la continuité des soins s'appuient notamment sur les transmissions orales et écrites entre les diverses équipes.

33.c. La prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement est assurée.

Cette prise en charge doit être possible dans n'importe quel secteur d'activité d'un établissement de santé ; une organisation tant en personnel (référent, formation, etc.) qu'en matériel (chariot d'urgence contrôlé à périodicité définie, système d'alerte, etc.) est mise en place et évaluée régulièrement pour juger de son efficacité.

Référence 34

La traçabilité des actes et la transmission, en temps opportun, des informations reposent sur une organisation adaptée du dossier du patient.

34.a. L'information contenue dans le dossier du patient est actualisée tout au long de sa prise en charge et également après sa sortie.

34.b. L'information contenue dans le dossier du patient est accessible aux professionnels en charge du patient, en temps utile.

34.c. Tout acte diagnostique et/ou thérapeutique fait l'objet d'une prescription écrite, datée et signée.

Il s'agit de toutes les prescriptions : ordonnances médicamenteuses, prescriptions d'examens biologiques, d'imagerie, d'explorations fonctionnelles, d'actes de kinésithérapie, etc.

34.d. L'information sur son état de santé et son traitement donnée au patient et/ou à son entourage est enregistrée dans le dossier du patient.

Le refus des soins est également à noter dans le dossier du patient.

Référence 35

Le fonctionnement des secteurs médico-techniques à visée diagnostique fait l'objet d'une concertation avec les secteurs d'activité.

Champ d'application : les secteurs médico-techniques sont les laboratoires (y compris d'anatomopathologie), le secteur d'imagerie et d'exploration fonctionnelle.

35.a. La prescription d'examens complémentaires est justifiée par l'état du patient et mentionne les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande.

Il s'agit, au travers de cette exigence, d'éviter les examens complémentaires systématiques, parfois inutiles et redondants, et d'en lier la prescription à l'évaluation initiale et régulière de l'état de santé du patient. Pour les examens d'imagerie médicale exposant les patients aux rayonnements ionisants, cela permet de les minimiser et de répondre aux exigences réglementaires de justification et d'optimisation (cf. décret du 24 mars 2003). Ces dernières demandent à chaque prescripteur de s'interroger sur le bénéfice de l'examen par rapport au risque d'exposition et de toujours veiller à obtenir l'information diagnostique recherchée au moyen de la dose d'exposition la plus faible.

35.b. Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies.

- 35.c. Les règles relatives à la communication des résultats sont établies et répondent aux besoins des secteurs d'activité cliniques en termes de qualité et de délais de transmission.

En cas de convention avec un autre établissement de santé ou un laboratoire de biologie médicale extérieur, les impératifs de disponibilité, de qualité et de délais de transmission des résultats doivent être respectés.

Référence 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.

- 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.

Les règles de prescription assurent la sécurisation de celles-ci : les retranscriptions sont à proscrire, les prescriptions informatiques sont à privilégier.

Le transport des médicaments est sécurisé (ex. : chariot fermé à clé, respect de la chaîne du froid, délai de transport court pour les urgences ou les produits à faible stabilité, tels que les chimiothérapies).

Des règles pour l'utilisation des médicaments personnels sont définies en particulier lors des situations de transition telles que l'admission, les transferts d'une structure à une autre, etc., notamment pour les produits de substitution chez les toxicomanes.

- 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.

- 36.c. L'administration du médicament au patient est conforme à la prescription et fait l'objet d'une traçabilité.

Les professionnels s'assurent que les médicaments prescrits au patient ont bien été pris, facilitent leur prise, adaptent le mode d'administration à l'état du patient et renseignent le support prévu à cet effet.

- 36.d. Les informations sur les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont à la disposition des utilisateurs.

- 36.e. Les demandes urgentes de médicaments peuvent être satisfaites à tout moment.

Une organisation est en place afin d'assurer un accès aux médicaments prescrits en urgence (pharmacien de permanence, cadre infirmier référent, armoire à pharmacie d'urgence, etc.).

Référence 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.

Champ d'application : activités de blocs opératoires, d'endoscopie, de radiologie interventionnelle, radiothérapie, salles de naissance, électro-convulsivothérapie.

- 37.a. Les activités interventionnelles, traditionnelles et ambulatoires, sont planifiées et organisées en concertation avec les professionnels des secteurs d'activité cliniques et en intégrant la prise en charge des éventuelles activités d'urgence.

La planification des activités interventionnelles s'élabore de façon concertée par les responsables des secteurs interventionnels (chirurgiens, endoscopistes, radiologues, médecins anesthésistes, cadres de santé) qui prennent en compte les contraintes internes à leurs secteurs (disponibilité en personnel, matériels, locaux, places en salle de surveillance postinterventionnelle, etc.) mais également les possibilités des secteurs d'activité cliniques d'amont et d'aval (place en réanimation par exemple). Cette planification repose sur le suivi d'indicateurs de fonctionnement (taux d'occupation des salles, respect des programmes interventionnels, heures prévues/heures réelles, etc.).

- 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.

- 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*.

- 37.d. Les compétences professionnelles au sein des secteurs d'activité interventionnelle sont régulièrement évaluées.

La formation initiale et continue des professionnels est un moyen de promouvoir et d'améliorer leurs compétences face à l'évolution rapide des techniques.

Il s'agit pour l'établissement de s'assurer, selon des modalités qui dépendent du caractère salarié ou libéral de l'exercice, que les professionnels soignants (médicaux et paramédicaux) exerçant dans les secteurs interventionnels ont la qualification et la formation requises.

Référence 38

Le don d'organes ou de tissus à visée thérapeutique est organisé.

- 38.a. La participation de l'établissement aux activités ou à un réseau de prélèvement d'organes et de tissus est définie.
- 38.b. Une information sur le don d'organes ou de tissus est disponible pour le public
- 38.c. Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes ou de tissus.
- 38.d. Les prélèvements d'organes ou de tissus sont réalisés conformément aux règles de bonnes pratiques.

Il s'agit notamment de l'existence d'une personne ou d'une équipe spécialement formée, chargée des informations aux familles.

Référence 39

Les activités de rééducation et/ou de soutien sont coordonnées par les professionnels concernés, en lien avec ceux des secteurs d'activité cliniques.

Ces activités sont: la kinésithérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, la psychothérapie, la psychomotricité, l'orthoprothèse, etc.

- 39.a. Le patient et son entourage sont partie prenante des activités de rééducation et/ou de soutien.

L'implication du patient dans les activités de rééducation et/ou de soutien est un facteur essentiel de réussite de cette prise en charge et, de ce fait, est recherchée en permanence. L'adhésion de la famille est également importante.

- 39.b. La prise en charge du patient associe les professionnels des secteurs d'activité cliniques et de rééducation et de soutien ; l'information réciproque et la collaboration sont effectives.

La trace de l'intervention de ces différents professionnels doit figurer dans le dossier du patient.

- 39.c. La prise en charge du patient est évaluée régulièrement par l'équipe pluriprofessionnelle et réajustée si besoin.

Exemples : réunions de synthèse, visites conjointes, réunions pluriprofessionnelles régulières.

Référence 40

L'éducation du patient sur son état de santé, son traitement et les questions de santé publique susceptibles de le concerner est assurée.

- 40.a. Un programme d'éducation thérapeutique adapté à son état de santé est mis en place en veillant à la compréhension du patient.

Le programme d'éducation thérapeutique est adapté au traitement et à la prévention des complications et des rechutes éventuelles. Il prend en compte les conséquences au quotidien de la maladie du patient sur sa vie familiale et professionnelle.

Le programme d'éducation thérapeutique est essentiel pour une participation efficace du patient à son traitement et à la reconnaissance des symptômes prédictifs de complications et/ou de rechutes. Ce programme porte, par exemple, en médecine ou chirurgie, sur des pathologies chroniques (diabète, asthme, etc.) ou des suites opératoires (colostomie, trachéostomie, etc.) ou sur des actions de rééducation (phonique, physique, etc.), ou en obstétrique et périnatalité, sur la préparation à la naissance, les méthodes de contraception, l'allaitement, la prise en charge du nouveau-né.

- 40.b. L'entourage du patient est associé aux actions d'éducation, le cas échéant.

- 40.c. Une éducation aux questions de santé publique est délivrée au patient selon le cas.

Les questions de santé publique sont, par exemple, la prévention du risque vasculaire, par l'hygiène alimentaire et l'exercice physique, le tabagisme, les infections sexuellement transmissibles, la contraception, etc.

Référence 41

La continuité des soins après la sortie est planifiée et coordonnée avec le patient et son entourage ainsi qu'avec les professionnels intervenant en aval.

- 41.a. Le patient, l'entourage et le médecin traitant sont associés à la planification de la sortie.

La sortie du patient se planifie parfois dès la consultation (notamment dans les hospitalisations de très courte durée) avec celui-ci et son entourage, afin de prévoir une prise en charge des besoins dès le retour au domicile ou lors du transfert dans un autre établissement de santé. Le retour à domicile peut s'effectuer avec l'appui d'une structure HAD ou SIAD (soins infirmiers à domicile) ainsi que dans le cadre d'un réseau de santé*. Une attention est portée aux personnes en situation de précarité. Le patient dispose des informations nécessaires à son suivi extra-hospitalier, lors de sa sortie de l'établissement.

- 41.b. Le patient est adressé aux professionnels et structures appropriés.

Il convient d'associer précocement les services sociaux à cette planification.

41.c. Les professionnels assurant l'aval sont informés et associés à la planification de la sortie du patient dans des délais compatibles avec la continuité de la prise en charge.

Cette coordination avec les professionnels assurant l'aval prend une importance particulière lors d'hospitalisations de très courte durée, notamment en chirurgie ambulatoire.

41.d. La continuité de la prise en charge est assurée lors du transfert entre établissements.

Des échanges au moment et après le transfert entre les professionnels de l'établissement et ceux intervenant en aval permettent d'apprécier et d'assurer la continuité de la prise en charge. En cas de transfert de nouveau-né, celui-ci s'accompagne si possible du transfert de la mère.

Référence 42

Les soins palliatifs* font l'objet d'une réflexion pluriprofessionnelle en relation avec le médecin traitant.

42.a. La volonté du patient est prise en compte.

Le retour à domicile doit être organisé chaque fois qu'il est souhaité et possible, en articulation avec les services d'hospitalisation à domicile et les réseaux de soins palliatifs. L'intervention des bénévoles est prévue.

42.b. La prise en charge des besoins spécifiques du patient en fin de vie et de son entourage est assurée.

42.c. La formation des professionnels est organisée.

La formation des professionnels s'appuie sur une démarche participative multidisciplinaire d'accompagnement. Les professionnels sont formés à la reconnaissance des situations nécessitant une prise en charge spécifique avec le soulagement des symptômes et l'accompagnement du patient et de ses proches.

42.d. Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.

Référence 43

Le décès du patient fait l'objet d'un accompagnement.

43.a. Les personnes à prévenir sont contactées en cas d'état critique du patient et/ou en cas de décès.

43.b. Les volontés et les convictions du défunt sont respectées.

43.c. Un accompagnement psychologique de l'entourage est assuré.

L'accompagnement du décès englobe tant l'approche psychologique de la phase de deuil que la facilitation concernant les démarches administratives et/ou sociales. Les conditions spécifiques de l'accompagnement du deuil périnatal sont prévues. Les conditions de conservation des corps et de présentation aux familles sont prises en compte.

43.d. Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.

PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE

A. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET MANAGEMENT DES SECTEURS D'ACTIVITÉ

Référence 25

Les responsables des secteurs d'activité exercent pleinement leur rôle.

Il n'y a pas de rôle dans l'absolu, celui-ci dépend de l'organisation du management : degré de déconcentration, existence de pôles, etc.

25.a. Les responsables prévoient les évolutions de leur secteur d'activité en cohérence avec les choix stratégiques de l'établissement.

Les secteurs d'activité s'organisent pour prendre en charge les pathologies en conformité avec les missions de l'établissement.

L'orientation du patient vers des structures appropriées est organisée pour le patient présentant des pathologies ne relevant pas du secteur d'activité.

25.b. Les responsables organisent les activités de leur secteur et identifient les moyens nécessaires à leur réalisation.

L'organigramme, régulièrement mis à jour, est en adéquation avec les missions du secteur d'activité et connu de tous. Les délégations de responsabilité, la participation des acteurs à des groupes de réflexion sont encouragées. Les modes de fonctionnement des secteurs d'activité sont définis.

25.c. Les responsables organisent la complémentarité avec les autres structures et participent à des réseaux de santé dans leur domaine d'activité.

Les complémentarités sont recherchées à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement afin de répondre à l'ensemble des besoins des patients dans un cadre organisé ; il peut s'agir de structures médico-sociales, sociales, ou de maisons médicales.

25.d. Les responsables des secteurs d'activité décident des actions à mettre en œuvre dans leur secteur.

25.e. Les responsables motivent les personnels de leur secteur d'activité en favorisant leur adhésion et leur implication.

L'adhésion aux objectifs s'appuie sur une organisation favorisant les échanges entre les responsables et leur équipe afin de clarifier les objectifs. Chaque responsable sollicite les retours d'expérience. Les prises d'initiative et la créativité, individuelles et collectives, sont encouragées. Les performances collectives sont communiquées régulièrement.

25.f. Les responsables veillent à la bonne utilisation des moyens alloués.

25.g. Les responsables développent les démarches d'évaluation et d'amélioration.

B. PARCOURS DU PATIENT

Référence 26

Les droits et la dignité du patient sont respectés.

26.a. La confidentialité des informations relatives au patient est garantie.

Parmi les moyens d'assurer la confidentialité, on peut citer l'accueil de l'entourage dans un lieu approprié, les conditions de l'entretien et des visites, la présence d'un soignant en fonction des situations, la non-divulgence de la présence du patient, la discrétion des véhicules lors des visites à domicile.

Les professionnels seront attentifs au respect de la confidentialité, en particulier lors des activités de groupe.

26.b. Le respect de la dignité et de l'intimité du patient est préservé tout au long de sa prise en charge.

Le respect de la dignité peut concerner les modalités de dialogue entre soignants et patients (ex. : réflexion sur l'utilisation du tutoiement). La présence d'étudiants en consultation fait suite au consentement de la personne concernée.

Psychiatrie et santé mentale

L'information du patient préalable à l'inventaire et au retrait éventuel d'effets et/ou d'objets personnels jugés dangereux est un exemple du respect de la dignité.

26.c. La prévention de la maltraitance du patient au sein de l'établissement est organisée.

Il s'agit de la maltraitance physique et/ou morale exercée par la famille, l'entourage, les professionnels de l'établissement notamment sur les patients vulnérables (enfants, personnes âgées, patients ayant un déficit ou une détérioration intellectuelle, etc.) et les plus démunis. Parmi les moyens mis en œuvre, on peut citer l'organisation d'une surveillance et d'une information adaptées ; la mise en place d'un dispositif de signalement interne et externe, des conduites à tenir formalisées.

26.d. La volonté du patient est respectée.

Psychiatrie et santé mentale

La volonté du patient est respectée dans la limite imposée par les soins dans les cas d'hospitalisation sans consentement.

26.e. La formation des professionnels à l'écoute et au respect des droits du patient est organisée.

Référence 27

L'accueil du patient et de son entourage est organisé.

27.a. Les besoins et les attentes du patient sont identifiés, y compris les besoins sociaux.

Les informations provenant des professionnels intervenant en amont de la prise en charge sont disponibles au moment de l'accueil (fiches de liaison, fiches de préadmission, courriers des médecins traitants, etc.).

L'accueil des patients est effectué, autant que possible, par un professionnel formé. Outre l'information verbale, un document d'information et d'accueil est remis au patient et/ou à son entourage (livret d'accueil, contrat de séjour, par exemple).

Il sera tenu compte des complications que l'attente peut générer pour certains patients (par exemple en cas de difficultés du comportement, de diabète sucré, de trachéotomie ou d'escarres). Une attention particulière est à apporter dans certains cas : hospitalisation sous X, mineur, etc.

Psychiatrie et santé mentale

Dans les établissements concernés, une attention particulière est accordée à l'organisation de l'accueil des patients hospitalisés sans leur consentement.

Des modalités particulières d'accès aux patients difficilement accessibles (besoin de soins sans demande) sont en place telles que la visite à domicile, l'accueil téléphonique.

27.b. Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de son séjour.

27.c. L'accueil et les locaux sont adaptés aux handicaps du patient et/ou de son entourage.

Dès l'arrivée, la disposition des locaux et des circulations ainsi que des aides techniques adaptées aux besoins des personnes handicapées, quel que soit le handicap (moteur ou sensoriel), sont disponibles.

27.d. La permanence de l'accueil est organisée.

27.e. Une procédure spécifique d'accueil des détenus est organisée dans les établissements concernés.

Référence 28

La prise en charge du patient se présentant pour une urgence est organisée.

28.a. L'accueil de toute personne se présentant pour une urgence est organisé par des professionnels formés à cet effet.

28.b. Selon le degré d'urgence, une prise en charge, une réorientation ou un transfert est organisé dans un délai compatible avec les impératifs de sécurité.

Le personnel d'accueil est formé et informé des circuits possibles pour le patient en cas d'urgence.

28.c. Le recours à un avis spécialisé est organisé selon les besoins.

28.d. La disponibilité des lits d'hospitalisation est régulièrement évaluée et analysée au sein de l'établissement.

Il existe une réflexion concertée sur la gestion en aval des urgences.

Référence 29

L'évaluation initiale de l'état de santé du patient donne lieu à un projet thérapeutique personnalisé, ajusté tout au long de sa prise en charge.

Le projet thérapeutique personnalisé définit les soins cliniques (diagnostiques et thérapeutiques), psychologiques et sociaux que l'état du patient nécessite. L'évaluation initiale comprend, entre autres, la description de l'état fonctionnel et des éventuelles dépendances du patient dans les gestes de la vie quotidienne, et, éventuellement, l'estimation du risque suicidaire.

Il repose sur un travail de collaboration entre tous les professionnels intervenant auprès du patient. Ce projet se construit progressivement avec la participation du patient et, le cas échéant, de son entourage. Il est élaboré dès l'évaluation initiale, soit en consultation soit lors de l'admission, et doit être actualisé en permanence tout au long de la prise en charge du patient. La traçabilité de ce projet se retrouve dans le dossier du patient.

29.a. Le patient et, s'il y a lieu, son entourage sont partie prenante dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique.

29.b. Les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures sont accessibles 24 heures sur 24.

Cet objectif s'appuie sur le dossier du patient et s'adapte selon le type d'établissement.

29.c. Le projet thérapeutique prend en compte l'ensemble des besoins du patient et organise la coordination entre les professionnels des différents secteurs d'activité.

Les besoins sont d'ordre physique, psychologique, social, fonctionnel. On peut citer par exemple la nutrition, l'autonomie, l'éducation, etc.

Psychiatrie et santé mentale

Le projet thérapeutique Inclut l'ensemble des interventions adaptées aux besoins du patient : bilan somatique, examens complémentaires, traitements médicamenteux et/ou non médicamenteux tels qu'une psychothérapie de soutien ou structurée, assistance sociale, ergothérapie, orthophonie, accompagnement éducatif, enseignement des enfants hospitalisés, mesures diététiques, etc.

29.d. La réflexion bénéfices/risques est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient.

29.e. Lorsqu'une restriction de liberté de circulation est envisagée dans l'intérêt du patient, 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 et à son entourage.

La restriction de liberté de circulation comprend toute forme de contention : physique (attaches, barrières, chambre d'isolement, etc.), médicamenteuse ou dispositifs de déambulation autorisée (bracelet antifugue, etc.). La réflexion en équipe concerne l'indication de la contention et le choix de l'alternative la mieux adaptée.

29.f. Le projet thérapeutique fait l'objet d'ajustements en fonction d'évaluations régulières de l'état de santé du patient.

Référence 30

Des situations nécessitant une prise en charge adaptée sont identifiées.

Un certain nombre de situations représentent un enjeu important en termes d'amélioration de la qualité du service médical rendu et nécessitent une attention particulière. (D'autres situations peuvent être identifiées par les professionnels ; les actions développées peuvent être décrites dans la référence 46).

30.a. L'état nutritionnel du patient est évalué et ses besoins spécifiques sont pris en compte.

Exemples d'actions conduites : évaluation initiale systématique, calcul de l'indice de masse corporelle, stratégie et protocoles de réponse aux besoins spécifiques (dénutrition, escarres, obésité, difficulté de déglutition, diabète, etc.)

30.b. Les conduites addictives sont identifiées et font l'objet d'une prise en charge adaptée.

Exemples d'actions conduites : sensibilisation des professionnels, comités et/ou consultations spécifiques, prescription de produits de substitution, etc.

30.c. La maladie thrombo-embolique fait l'objet d'une prévention dans les situations à risque.

La maladie thrombo-embolique représente un risque majeur pour le patient hospitalisé. Elle est souvent asymptomatique et des traitements préventifs efficaces existent. Les situations à risque doivent être identifiées et les protocoles de prévention disponibles et appliqués.

30.d. Les chutes des patients font l'objet d'une prévention.

30.e. Le risque suicidaire est pris en compte.

30.f. Les escarres font l'objet d'une prévention.

Référence 31

Le patient est informé de son état de santé et est partie prenante de sa prise en charge.

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.

Des professionnels référents peuvent être désignés pour délivrer au patient une information cohérente sur la maladie et les soins.

Psychiatrie et santé mentale

L'information s'adresse à tous les patients, y compris ceux privés de liberté ou hospitalisés sans leur consentement.

31.b. Les professionnels délivrent une information adaptée à la compréhension du patient.

L'information est adaptée au cas par cas, en fonction de la langue, du niveau d'alphabétisation, des éventuels handicaps. Une attention particulière est portée sur l'information des patients fragiles.

L'information est évolutive en fonction de l'état psychique du patient. Les professionnels adaptent les modalités des entretiens en fonction de la nature des informations fournies.

31.c. Le patient désigne les personnes qu'il souhaite voir informées.

L'information est adaptée à chaque situation car plusieurs habilitations sont à envisager : « la personne de confiance, désignée par écrit, qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin » (article L 1111-6 du Code de la santé publique) et/ou les détenteurs de l'autorité parentale, les représentants légaux du majeur protégé, la famille, les proches, etc.

31.d. Le consentement éclairé du patient ou de son représentant légal est requis pour toute pratique le concernant.

Les pratiques concernent les actes de prévention, d'exploration et de soins. L'information préalable à la demande de consentement porte sur le bénéfice de l'acte, ses risques éventuels, son degré d'urgence, les alternatives et les conséquences prévisibles en cas de refus.

31.e. Un consentement éclairé du patient est formalisé dans les situations particulières.

Ex. : recherche biomédicale, patient mineur ou majeur protégé.

31.f. Le patient est informé de la survenue d'un événement indésirable lors de sa prise en charge.

Information qui doit être donnée y compris après la sortie de l'établissement. Par exemple : infection nosocomiale, événement indésirable médicamenteux, etc.

Référence 32

La douleur est évaluée et prise en charge.

Il s'agit de la douleur aiguë et/ou chronique, physique et/ou morale.

32.a. Une concertation est organisée entre les professionnels pour améliorer la prise en charge de la douleur selon les recommandations de bonne pratique.

Le rôle du CLUD et des référents est important dans la prise en charge de la douleur.

- 32.b. Le patient est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement

Pour certains patients, il est nécessaire d'impliquer également l'entourage et d'évaluer sa satisfaction (pédiatrie, réanimation, psychiatrie, etc.).

- 32.c. Les professionnels sont formés à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur.

La formation porte notamment sur l'évaluation de l'intensité de la douleur à périodicité définie à l'aide d'échelles validées. Les échelles adaptées sont utilisées, y compris dans certains groupes de patients tels que les nouveau-nés et les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale.

Psychiatrie et santé mentale

Outre la douleur morale, la douleur physique est prise en compte et le traitement antalgique concerne également les toxicomanes.

- 32.d. La disponibilité des traitements prescrits est assurée en permanence.

Référence 33

La continuité des soins est assurée.

Il s'agit de la continuité des soins au sein de l'établissement, mais aussi à l'occasion des transferts du patient vers d'autres structures.

- 33.a. Des règles de responsabilité, de présence, et de concertation sont mises en œuvre pour assurer la continuité des soins.

À titre d'exemple, les tableaux de gardes et d'astreintes constituent un support. À noter que l'organisation des changements et l'information correspondante aux services et aux professionnels concernés font partie des règles de présence et de concertation.

- 33.b. La coordination entre les équipes médicales et paramédicales est organisée.

La coordination et la continuité des soins s'appuient notamment sur les transmissions orales et écrites entre les diverses équipes.

- 33.c. La prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement est assurée.

Cette prise en charge doit être possible dans n'importe quel secteur d'activité d'un établissement de santé ; une organisation tant en personnel (référént, formation, etc.) qu'en matériel (chariot d'urgence contrôlé à périodicité définie, système d'alerte, etc.) est mise en place et évaluée régulièrement pour juger de son efficacité.

Référence 34

La traçabilité des actes et la transmission, en temps opportun, des informations reposent sur une organisation adaptée du dossier du patient.

- 34.a. L'information contenue dans le dossier du patient est actualisée tout au long de sa prise en charge et également après sa sortie.

- 34.b. L'information contenue dans le dossier du patient est accessible aux professionnels en charge du patient, en temps utile.

- 34.c. Tout acte diagnostique et/ou thérapeutique fait l'objet d'une prescription écrite, datée et signée.

Il s'agit de toutes les prescriptions : ordonnances médicamenteuses, prescriptions d'exams biologiques, d'imagerie, d'exploration fonctionnelle, d'actes de kinésithérapie, etc.

34.d. L'information sur son état de santé et son traitement donnée au patient et/ou à son entourage est enregistrée dans le dossier du patient.

Le refus des soins est également à noter dans le dossier du patient.

Référence 35

Le fonctionnement des secteurs médico-techniques à visée diagnostique fait l'objet d'une concertation avec les secteurs d'activité.

Champ d'application : les secteurs médico-techniques sont les laboratoires (y compris d'anatomopathologie), le secteur d'imagerie et d'exploration fonctionnelle.

35.a. La prescription d'examens complémentaires est justifiée par l'état du patient et mentionne les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande.

Il s'agit, au travers de cette exigence, d'éviter les examens complémentaires systématiques, parfois inutiles et redondants, et d'en lier la prescription à l'évaluation initiale et régulière de l'état de santé du patient. Pour les examens d'imagerie exposant les patients aux rayonnements ionisants, cela permet de répondre aux exigences réglementaires qui demandent au prescripteur de s'interroger sur le bénéfice de l'examen par rapport au risque d'exposition. De plus, le réalisateur doit toujours veiller à obtenir l'information diagnostique recherchée en maintenant la dose de rayonnement au niveau le plus bas possible.

35.b. Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies.

35.c. Les règles relatives à la communication des résultats sont établies et répondent aux besoins des secteurs d'activité cliniques en termes de qualité et de délais de transmission.

En cas de conventionnement avec un autre établissement de santé ou un laboratoire de biologie médicale extérieur, les impératifs de disponibilité, de qualité et de délais de transmission des résultats doivent être respectés.

Référence 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.

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.

Les règles de prescription assurent la sécurisation de celles-ci : les retranscriptions sont à proscrire, les prescriptions informatiques sont à privilégier.

Le transport des médicaments est sécurisé (ex. : chariot fermé à clé, respect de la chaîne du froid, délai de transport court pour les urgences ou les produits à faible stabilité, tels que les chimiothérapies).

Des règles pour l'utilisation des médicaments personnels sont définies, en particulier lors des situations de transition telles que l'admission, les transferts d'une structure à une autre, etc., notamment pour les produits de substitution chez les toxicomanes.

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.

36.c. L'administration du médicament au patient est conforme à la prescription et fait l'objet d'une traçabilité.

Les professionnels s'assurent que les médicaments prescrits au patient ont bien été pris, facilitent leur prise, adaptent le mode d'administration à l'état du patient et renseignent le support prévu à cet effet.

36.d. Les informations sur les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont à la disposition des utilisateurs.

36.e. Les demandes urgentes de médicaments peuvent être satisfaites à tout moment.

Une organisation est en place afin d'assurer un accès aux médicaments prescrits en urgence (pharmacien de permanence, cadre infirmier référent, armoire à pharmacie d'urgence, etc.).

Référence 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.

Champ d'application : activités de blocs opératoires, d'endoscopie, de radiologie interventionnelle, radiothérapie, salles de naissance, électroconvulsivothérapie.

37.a. Les activités interventionnelles, traditionnelles et ambulatoires, sont planifiées et organisées en concertation avec les professionnels des secteurs d'activité cliniques et en intégrant la prise en charge des éventuelles activités d'urgence.

La planification des activités interventionnelles s'élabore de façon concertée par les responsables des secteurs interventionnels (chirurgiens, endoscopistes, radiologues, médecins anesthésistes, cadres de santé) qui prennent en compte les contraintes internes à leurs secteurs (disponibilité en personnel, matériels, locaux, places en salle de surveillance postinterventionnelle, etc.) mais également les possibilités des secteurs d'activité cliniques d'amont et d'aval (place en réanimation par exemple). Cette planification repose sur le suivi d'indicateurs de fonctionnement (taux d'occupation des salles, respect des programmes interventionnels, heures prévues/heures réelles, etc.).

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.

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.

37.d. Les compétences professionnelles au sein des secteurs d'activité interventionnelle sont régulièrement évaluées.

La formation initiale et continue des professionnels est un moyen de promouvoir et d'améliorer leurs compétences face à l'évolution rapide des techniques.

Il s'agit, pour l'établissement, de s'assurer que les professionnels soignants (médicaux et paramédicaux) exerçant dans les secteurs interventionnels aient la qualification et la formation requises.

Référence 38

Le don d'organes ou de tissus à visée thérapeutique est organisé

38.a. La participation de l'établissement aux activités ou à un réseau de prélèvement d'organes et de tissus est définie.

- 38.b. Une information sur le don d'organes ou de tissus est disponible pour le public.
- 38.c. Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes ou de tissus.
- 38.d. Les prélèvements d'organes ou de tissus sont réalisés conformément aux règles de bonnes pratiques.

Il s'agit notamment de l'existence d'une personne ou d'une équipe spécialement formée, chargée des informations aux familles.

Référence 39

Les activités de rééducation et/ou de soutien sont coordonnées par les professionnels concernés, en lien avec ceux des secteurs d'activité cliniques.

Ces activités sont : la kinésithérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, la psychologie, la psychomotricité, l'orthoprothèse etc.

- 39.a. Le patient et son entourage sont partie prenante des activités de rééducation et/ou de soutien.

L'implication du patient dans les activités de rééducation et/ou de soutien est un facteur essentiel de réussite de cette prise en charge et, de ce fait, est recherchée en permanence. L'adhésion de la famille est également importante.

- 39.b. La prise en charge du patient associe les professionnels des secteurs d'activité cliniques et de rééducation et de soutien ; l'information réciproque et la collaboration sont effectives.

La trace de l'intervention de ces différents professionnels doit figurer dans le dossier du patient.

- 39.c. La prise en charge du patient est évaluée régulièrement par l'équipe pluriprofessionnelle et réajustée si besoin.

Exemples : réunions de synthèse, visites conjointes, réunions pluriprofessionnelles régulières.

*Référence 40***L'éducation du patient sur son état de santé, son traitement et les questions de santé publique susceptibles de le concerner est assurée.**

40.a. Un programme d'éducation thérapeutique adapté à son état de santé est mis en place en veillant à la compréhension du patient.

Le programme d'éducation thérapeutique est adapté au traitement et à la prévention des complications et des rechutes éventuelles. Il prend en compte les conséquences au quotidien de la maladie du patient sur sa vie familiale et professionnelle.

Le programme d'éducation thérapeutique est essentiel pour une participation efficace du patient à son traitement et à la reconnaissance des symptômes prédictifs de complications et/ou de rechutes. Ce programme porte, par exemple, sur des pathologies chroniques (diabète, asthme, etc.) ou sur des actions de rééducation (phonique, physique, etc.).

Psychiatrie et santé mentale

Le programme d'éducation thérapeutique contribue à l'alliance médecin-patient ; il comporte une information sur la maladie et les traitements au long cours, non médicamenteux et médicamenteux : bénéfice attendu, délai d'action, respect de la posologie, des horaires de prises et de la durée du traitement, effets secondaires et, éventuellement, signes de sevrage, de dépendance, de rechute.

En ce qui concerne les actions d'éducation conduites en partenariat avec l'entourage et les associations d'usagers de la psychiatrie, on peut citer l'information sur les droits en psychiatrie, sur les possibilités de recours (professionnels à contacter, téléphonie sociale, enfance maltraitée) en cas de détresse psychique afin de réduire le risque de suicide notamment.

40.b. L'entourage du patient est associé aux actions d'éducation, le cas échéant.

40.c. Une éducation aux questions de santé publique est délivrée au patient selon le cas.

Les questions de santé publique sont, par exemple, la prévention du risque vasculaire par l'hygiène alimentaire et l'exercice physique, le tabagisme, les infections sexuellement transmissibles, la contraception, etc.

*Référence 41***La continuité des soins après la sortie est planifiée et coordonnée avec le patient et son entourage ainsi qu'avec les professionnels intervenant en aval.**

41.a. Le patient, l'entourage et le médecin traitant sont associés à la planification de la sortie.

La sortie du patient se planifie parfois dès la consultation (notamment dans les hospitalisations de très courte durée) avec celui-ci et son entourage afin de prévoir une prise en charge des besoins dès le retour au domicile ou lors du transfert dans un autre établissement de santé. Le retour à domicile peut s'effectuer avec l'appui d'une structure HAD ou SIAD (soins infirmiers à domicile) ainsi que dans le cadre d'un réseau de santé. Une attention est portée aux personnes en situation de précarité. Le patient dispose des informations nécessaires à son suivi extra-hospitalier, lors de sa sortie de l'établissement.

Psychiatrie et santé mentale

L'accord du patient est recherché pour la décision de sortie et un accompagnement médico-social est proposé : celui-ci suppose des coopérations avec l'entourage, les services sociaux et de logement, les associations d'usagers et d'ex-patients, les structures médico-pédagogiques et les structures médico-sociales. À sa sortie, le patient dispose des coordonnées des structures de soins répondant à ses besoins (si nécessaire). Le délai pour les rendez-vous de consultation fait l'objet d'une attention particulière.

41.b. Le patient est adressé aux professionnels et structures appropriés.

Il convient d'associer précocement les services sociaux à cette planification.

41.c. Les professionnels assurant l'aval sont informés et associés à la planification de la sortie du patient dans des délais compatibles avec la continuité de la prise en charge.

Psychiatrie et santé mentale

La continuité des soins entre structures intra et extra-hospitalières est organisée (fiche de liaison et/ou compte rendu d'hospitalisation). Pour les adolescents, l'organisation du relais entre le secteur infanto-juvénile et adulte est assurée.

En cas de changement de lieu de résidence du patient, les informations nécessaires à son suivi (*a minima*, un compte rendu détaillé) sont transmises au nouveau médecin référent.

41.d. La continuité de la prise en charge est assurée lors du transfert entre établissements.

Des échanges au moment et après le transfert entre les professionnels de l'établissement et ceux intervenant en aval permettent d'apprécier et d'assurer la continuité de la prise en charge.

Référence 42

Les soins palliatifs font l'objet d'une réflexion pluriprofessionnelle en relation avec le médecin traitant.

42.a. La volonté du patient est prise en compte.

Le retour à domicile doit être organisé chaque fois qu'il est souhaité et possible, en articulation avec les services d'hospitalisation à domicile et les réseaux de soins palliatifs. L'intervention des bénévoles est prévue.

42.b. La prise en charge des besoins spécifiques du patient en fin de vie et de son entourage est assurée.

42.c. La formation des professionnels est organisée.

La formation des professionnels s'appuie sur une démarche participative multidisciplinaire d'accompagnement. Les professionnels sont formés à la reconnaissance des situations nécessitant une prise en charge spécifique avec le soulagement des symptômes et l'accompagnement du patient et de ses proches.

42.d. Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.

Référence 43

Le décès du patient fait l'objet d'un accompagnement.

43.a. Les personnes à prévenir sont contactées en cas d'état critique du patient et/ou en cas de décès.

43.b. Les volontés et les convictions du défunt sont respectées.

43.c. Un accompagnement psychologique de l'entourage est assuré.

L'accompagnement du décès englobe tant l'approche psychologique de la phase de deuil que la facilitation concernant les démarches administratives et/ou sociales. Les conditions de conservation des corps et de présentation aux familles sont prises en compte.

43.d. Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.

SOINS DE SUITE OU DE RÉADAPTATION

A. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET MANAGEMENT DES SECTEURS D'ACTIVITÉ

Référence 25

Les responsables des secteurs d'activité exercent pleinement leur rôle.

Il n'y a pas de rôle dans l'absolu, celui-ci dépend de l'organisation du management : degré de déconcentration, existence de pôles, etc.

25.a. Les responsables prévoient les évolutions de leur secteur d'activité en cohérence avec les choix stratégiques de l'établissement.

Les secteurs d'activité s'organisent pour prendre en charge les pathologies en conformité avec les missions de l'établissement.

L'orientation du patient vers des structures appropriées est organisée pour le patient présentant des pathologies ne relevant pas du secteur d'activité.

25.b. Les responsables organisent les activités de leur secteur et identifient les moyens nécessaires à leur réalisation.

L'organigramme, régulièrement mis à jour, est en adéquation avec les missions du secteur d'activité et connu de tous. Les délégations de responsabilité, la participation des acteurs à des groupes de réflexion sont encouragées. Les modes de fonctionnement des secteurs d'activité sont définis.

25.c. Les responsables organisent la complémentarité avec les autres structures et participent à des réseaux de santé dans leur domaine d'activité.

Les complémentarités sont recherchées à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement afin de répondre à l'ensemble des besoins des patients dans un cadre organisé ; il peut s'agir de structures médico-sociales, sociales, ou de maisons médicales.

25.d. Les responsables des secteurs d'activité décident des actions à mettre en œuvre dans leur secteur.

25.e. Les responsables motivent les personnels de leur secteur d'activité en favorisant leur adhésion et leur implication.

L'adhésion aux objectifs s'appuie sur une organisation favorisant les échanges entre les responsables et leur équipe afin de clarifier les objectifs. Chaque responsable sollicite les retours d'expérience. Les prises d'initiative et la créativité, individuelles et collectives, sont encouragées. Les performances collectives sont communiquées régulièrement.

25.f. Les responsables veillent à la bonne utilisation des moyens alloués.

25.g. Les responsables développent les démarches d'évaluation et d'amélioration.

B. PARCOURS DU PATIENT

Référence 26

Les droits et la dignité du patient sont respectés.

26.a. La confidentialité des informations relatives au patient est garantie.

Parmi les moyens d'assurer la confidentialité, on peut citer l'accueil de l'entourage dans un lieu approprié, les conditions de l'examen médical et des visites, la présence d'un soignant en fonction des situations, la non-divulgence de la présence du patient, la discrétion des véhicules lors des visites à domicile.

Les professionnels seront attentifs au respect de la confidentialité, en particulier lors des activités de groupe.

26.b. Le respect de la dignité et de l'intimité du patient est préservé tout au long de sa prise en charge.

Le respect de la dignité peut concerner les modalités de dialogue entre soignants et patients (ex. : réflexion sur l'utilisation du tutoiement). La présence d'étudiants en consultation fait suite au consentement de la personne concernée.

26.c. La prévention de la maltraitance du patient au sein de l'établissement est organisée.

Il s'agit de la maltraitance physique et/ou morale exercée par la famille, l'entourage, les professionnels de l'établissement notamment sur les patients vulnérables (enfants, personnes âgées, patients ayant un déficit ou une détérioration intellectuelle, etc.) et les plus démunis. Parmi les moyens mis en œuvre, on peut citer l'organisation d'une surveillance et d'une information adaptées ; la mise en place d'un dispositif de signalement interne et externe, de conduites à tenir formalisées.

26.d. La volonté du patient est respectée.

26.e. La formation des professionnels à l'écoute et au respect des droits du patient est organisée.

Référence 27

L'accueil du patient et de son entourage est organisé.

27.a. Les besoins et les attentes du patient sont identifiés, y compris les besoins sociaux.

Les informations provenant des professionnels intervenant en amont de la prise en charge sont disponibles au moment de l'accueil (fiches de liaison, fiches de préadmission, courriers des médecins traitants, etc.).

L'accueil des patients est effectué, autant que possible, par un professionnel formé. Outre l'information verbale, un document d'information et d'accueil est remis au patient et/ou à son entourage (livret d'accueil, contrat de séjour, par exemple).

Il sera tenu compte des complications que l'attente peut générer pour certains patients (par exemple en cas de difficultés du comportement, de diabète sucré, de trachéotomie ou d'escarres). Une attention particulière est à apporter dans certains cas : hospitalisation sous X, mineur, etc.

27.b. Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de son séjour.

27.c. L'accueil et les locaux sont adaptés aux handicaps du patient et/ou de son entourage.

Dès l'arrivée, la disposition des locaux et des circulations ainsi que des aides techniques adaptées aux besoins des personnes handicapées, quel que soit le handicap (moteur ou sensoriel), sont disponibles.

27.d. La permanence de l'accueil est organisée.

27.e. Une procédure spécifique d'accueil des détenus est organisée dans les établissements concernés.

Soins de suite ou de réadaptation

Non applicable.

Référence 28

La prise en charge du patient se présentant pour une urgence est organisée.

Soins de suite ou de réadaptation

Non applicable sauf le critère 28.b.

28.a. L'accueil de toute personne se présentant pour une urgence est organisé par des professionnels formés à cet effet.

28.b. Selon le degré d'urgence, une prise en charge, une réorientation ou un transfert est organisé dans un délai compatible avec les impératifs de sécurité.

Le personnel d'accueil est formé et informé des circuits possibles pour le patient en cas d'urgence.

28.c. Le recours à un avis spécialisé est organisé selon les besoins.

28.d. La disponibilité des lits d'hospitalisation est régulièrement évaluée et analysée au sein de l'établissement.

Il existe une réflexion concertée sur la gestion en aval des urgences.

Référence 29

L'évaluation initiale de l'état de santé du patient donne lieu à un projet thérapeutique personnalisé, ajusté tout au long de sa prise en charge.

Le projet thérapeutique personnalisé définit les soins cliniques (diagnostiques et thérapeutiques), psychologiques et sociaux que l'état du patient nécessite. L'évaluation initiale comprend, entre autres, la description de l'état fonctionnel et des éventuelles dépendances du patient dans les gestes de la vie quotidienne, et, éventuellement, l'estimation du risque suicidaire.

Il repose sur un travail de collaboration entre tous les professionnels intervenant auprès du patient. Ce projet se construit progressivement avec la participation du patient et, le cas échéant, de son entourage. Il est élaboré dès l'évaluation initiale, soit en consultation soit lors de l'admission, et doit être actualisé en permanence tout au long de la prise en charge du patient. La traçabilité de ce projet se retrouve dans le dossier du patient.

29.a. Le patient et, s'il y a lieu, son entourage sont partie prenante dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique.

29.b. Les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures sont accessibles 24 heures sur 24.

Cet objectif s'appuie sur le dossier du patient et s'adapte selon le type d'établissement.

29.c. Le projet thérapeutique prend en compte l'ensemble des besoins du patient et organise la coordination entre les professionnels des différents secteurs d'activité.

Les besoins sont d'ordre physique, psychologique, social, fonctionnel. On peut citer par exemple la nutrition, l'autonomie, l'éducation, etc.

- 29.d. La réflexion bénéfices/risques est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient.
- 29.e. Lorsqu'une restriction de liberté de circulation est envisagée dans l'intérêt du patient, 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 et à son entourage.

La restriction de liberté de circulation comprend toute forme de contention : physique (attaches, barrières, etc.), médicamenteuse ou dispositifs de déambulation autorisée (bracelet antifugue, etc.). La réflexion en équipe concerne l'indication de la contention et le choix de l'alternative la mieux adaptée.

- 29.f. Le projet thérapeutique fait l'objet d'ajustements en fonction d'évaluations régulières de l'état de santé du patient.

Référence 30

Des situations nécessitant une prise en charge adaptée sont identifiées.

Un certain nombre de situations représentent un enjeu important en termes d'amélioration de la qualité du service médical rendu et nécessitent une attention particulière. (D'autres situations peuvent être identifiées par les professionnels ; les actions développées peuvent être décrites dans la référence 46).

- 30.a. L'état nutritionnel du patient est évalué et ses besoins spécifiques sont pris en compte.

Exemples d'actions conduites : évaluation initiale systématique, calcul de l'indice de masse corporelle, stratégie et protocoles de réponse aux besoins spécifiques (dénutrition, escarres, obésité, difficulté de déglutition, diabète, etc.).

- 30.b. Les conduites addictives sont identifiées et font l'objet d'une prise en charge adaptée.

Exemples d'actions conduites : sensibilisation des professionnels, comités et/ou consultations spécifiques, prescription de produits de substitution, etc.

- 30.c. La maladie thrombo-embolique fait l'objet d'une prévention dans les situations à risque.

La maladie thrombo-embolique représente un risque majeur pour le patient hospitalisé. Elle est souvent asymptomatique et des traitements préventifs efficaces existent. Les situations à risque doivent être identifiées et les protocoles de prévention disponibles et appliqués.

- 30.d. Les chutes des patients font l'objet d'une prévention.

- 30.e. Le risque suicidaire est pris en compte.

- 30.f. Les escarres font l'objet d'une prévention.

Référence 31

Le patient est informé de son état de santé et est partie prenante de sa prise en charge.

- 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.

Des professionnels référents peuvent être désignés pour délivrer au patient une information cohérente sur la maladie et les soins.

31.b. Les professionnels délivrent une information adaptée à la compréhension du patient.

L'information est adaptée au cas par cas, en fonction de la langue, du niveau d'alphabétisation, des éventuels handicaps. Une attention particulière est portée sur l'information des patients fragiles.

L'information est évolutive en fonction de l'état psychique du patient. Les professionnels adaptent les modalités des entretiens en fonction de la nature des informations fournies (annonce d'un handicap, d'une maladie grave, d'un décès, etc.).

31.c. Le patient désigne les personnes qu'il souhaite voir informées.

L'information est adaptée à chaque situation car plusieurs habilitations sont à envisager : « la personne de confiance, désignée par écrit, qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin » (article L 1111-6 du Code de la santé publique) et/ou les détenteurs de l'autorité parentale, les représentants légaux du majeur protégé, la famille, les proches, etc.

31.d. Le consentement éclairé du patient ou de son représentant légal est requis pour toute pratique le concernant.

Les pratiques concernent les actes de prévention, d'exploration et de soins. L'information préalable à la demande de consentement porte sur le bénéfice de l'acte, ses risques éventuels, son degré d'urgence, les alternatives et les conséquences prévisibles en cas de refus.

31.e. Un consentement éclairé du patient est formalisé dans les situations particulières.

Ex. : recherche biomédicale, patient mineur ou majeur protégé.

31.f. Le patient est informé de la survenue d'un événement indésirable lors de sa prise en charge.

Information qui doit être donnée y compris après la sortie de l'établissement. Par exemple : infection nosocomiale, événement indésirable médicamenteux, etc.

Référence 32

La douleur est évaluée et prise en charge.

Il s'agit de la douleur aiguë et/ou chronique, physique et/ou morale.

32.a. Une concertation est organisée entre les professionnels pour améliorer la prise en charge de la douleur selon les recommandations de bonne pratique.

Le rôle du CLUD et des référents est important dans la prise en charge de la douleur.

32.b. Le patient est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement.

Pour certains patients, il est nécessaire d'impliquer également l'entourage et d'évaluer sa satisfaction (pédiatrie, réanimation, psychiatrie, etc.).

32.c. Les professionnels sont formés à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur.

La formation porte notamment sur l'évaluation de l'intensité de la douleur à périodicité définie à l'aide d'échelles validées. Les échelles adaptées sont utilisées, y compris dans certains groupes de patients tels que les nouveau-nés et les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale.

32.d. La disponibilité des traitements prescrits est assurée en permanence.

Référence 33

La continuité des soins est assurée.

Il s'agit de la continuité des soins au sein de l'établissement, mais aussi à l'occasion des transferts du patient vers d'autres structures.

33.a. Des règles de responsabilité, de présence, et de concertation sont mises en œuvre pour assurer la continuité des soins.

A titre d'exemple, les tableaux de gardes et d'astreintes constituent un support. À noter que l'organisation des changements et l'information correspondante aux services et aux professionnels concernés font partie des règles de présence et de concertation.

33.b. La coordination entre les équipes médicales et paramédicales est organisée.

La coordination et la continuité des soins s'appuient notamment sur les transmissions orales et écrites entre les diverses équipes.

33.c. La prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement est assurée.

Cette prise en charge doit être possible dans n'importe quel secteur d'activité d'un établissement de santé ; une organisation tant en personnel (référént, formation, etc.) qu'en matériel (chariot d'urgence contrôlé à périodicité définie, système d'alerte, etc.) est mise en place et évaluée régulièrement pour juger de son efficacité.

Référence 34

La traçabilité des actes et la transmission, en temps opportun, des informations reposent sur une organisation adaptée du dossier du patient.

34.a. L'information contenue dans le dossier du patient est actualisée tout au long de sa prise en charge et également après sa sortie.

34.b. L'information contenue dans le dossier du patient est accessible aux professionnels en charge du patient, en temps utile.

34.c. Tout acte diagnostique et/ou thérapeutique fait l'objet d'une prescription écrite, datée et signée.

Il s'agit de toutes les prescriptions : ordonnances médicamenteuses, prescriptions d'examen biologiques, d'imagerie, d'exploration fonctionnelle, d'actes de kinésithérapie, etc.

34.d. L'information sur son état de santé et son traitement donnée au patient et/ou à son entourage est enregistrée dans le dossier du patient.

Le refus des soins est également à noter dans le dossier du patient.

Référence 35

Le fonctionnement des secteurs médico-techniques à visée diagnostique fait l'objet d'une concertation avec les secteurs d'activité.

Champ d'application : les secteurs médico-techniques sont les laboratoires (y compris d'anatomopathologie), le secteur d'imagerie et d'exploration fonctionnelle.

- 35.a. La prescription d'examens complémentaires est justifiée par l'état du résident et mentionne les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande.

Il s'agit, au travers de cette exigence, d'éviter les examens complémentaires systématiques, parfois inutiles et redondants, et d'en lier la prescription à l'évaluation initiale et régulière de l'état de santé du patient. Pour les examens de radiologie notamment, cela permet de minimiser les rayonnements ionisants subis par le patient et de répondre aux exigences réglementaires de justification et d'optimisation (cf. décret du 24 mars 2003) qui imposent à chaque prescripteur de s'interroger sur le bénéfice de l'examen par rapport au risque d'exposition et de toujours veiller à obtenir l'information diagnostique recherchée au moyen de la dose d'exposition la plus faible.

- 35.b. Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies.

- 35.c. Les règles relatives à la communication des résultats sont établies et répondent aux besoins des secteurs d'activité cliniques en termes de qualité et de délais de transmission.

En cas de conventionnement avec un autre établissement de santé ou un laboratoire de biologie médicale extérieur, les impératifs de disponibilité, de qualité et de délais de transmission des résultats doivent être respectés.

Référence 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.

- 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.

Les règles de prescription assurent la sécurisation de celles-ci : les retranscriptions sont à proscrire, les prescriptions informatiques sont à privilégier.

Le transport des médicaments est sécurisé (ex. : chariot fermé à clé, respect de la chaîne du froid, délai de transport court pour les urgences ou les produits à faible stabilité, tels que les chimiothérapies).

Des règles pour l'utilisation des médicaments personnels sont définies en particulier lors des situations de transition telles que l'admission, les transferts d'une structure à une autre, etc., notamment pour les produits de substitution chez les toxicomanes.

- 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.

- 36.c. L'administration du médicament au patient est conforme à la prescription et fait l'objet d'une traçabilité.

Les professionnels s'assurent que les médicaments prescrits au patient ont bien été pris, facilitent leur prise, adaptent le mode d'administration à l'état du patient et renseignent le support prévu à cet effet.

- 36.d. Les informations sur les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont à la disposition des utilisateurs.

- 36.e. Les demandes urgentes de médicaments peuvent être satisfaites à tout moment.

Une organisation est en place afin d'assurer un accès aux médicaments prescrits en urgence (pharmacien de permanence, cadre infirmier référent, armoire à pharmacie d'urgence, etc.).

Référence 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.

Champ d'application : activités de blocs opératoires, d'endoscopie, de radiologie interventionnelle, radiothérapie qui sont parfois incluses dans les structures de soins de suite ou de réadaptation, électroconvulsivothérapie.

37.a. Les activités interventionnelles, traditionnelles et ambulatoires, sont planifiées et organisées en concertation avec les professionnels des secteurs d'activité cliniques (consultation, hospitalisation et médico-technique) et en intégrant la prise en charge des éventuelles activités d'urgence.

La planification des activités interventionnelles s'élabore de façon concertée par les responsables des secteurs interventionnels (chirurgiens, endoscopistes, radiologues, médecins anesthésistes, cadres de santé) qui prennent en compte les contraintes internes à leurs secteurs (disponibilité en personnel, matériels, locaux, places en salle de surveillance postinterventionnelle, etc.) mais également les possibilités des secteurs d'activité cliniques d'amont et d'aval (place en réanimation par exemple). Cette planification repose sur le suivi d'indicateurs de fonctionnement (taux d'occupation des salles, respect des programmes interventionnels, heures prévues/heures réelles, etc.).

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.

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.

37.d. Les compétences professionnelles au sein des secteurs d'activité interventionnelle sont régulièrement évaluées.

La formation initiale et continue des professionnels est un moyen de promouvoir et d'améliorer leurs compétences face à l'évolution rapide des techniques. Il s'agit, pour l'établissement, de s'assurer que les professionnels soignants (médicaux et paramédicaux) exerçant dans les secteurs interventionnels ont la qualification et la formation requises.

Référence 38

Le don d'organes ou de tissus à visée thérapeutique est organisé.

38.a. La participation de l'établissement aux activités ou à un réseau de prélèvement d'organes et de tissus est définie.

38.b. Une information sur le don d'organes ou de tissus est disponible pour le public.

38.c. Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes ou de tissus.

38.d. Les prélèvements d'organes ou de tissus sont réalisés conformément aux règles de bonnes pratiques.

Il s'agit notamment de l'existence d'une personne ou d'une équipe spécialement formée, chargée des informations aux familles.

Référence 39

Les activités de rééducation et/ou de soutien sont coordonnées par les professionnels concernés, en lien avec ceux des secteurs d'activité cliniques.

Ces activités sont : la kinésithérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, la psychologie, la psychomotricité, l'orthoprothèse, etc.

39.a. Le patient et son entourage sont partie prenante des activités de rééducation et/ou de soutien.

L'implication du patient dans les activités de rééducation et/ou de soutien est un facteur essentiel de réussite de cette prise en charge et, de ce fait, est recherchée en permanence. L'adhésion de la famille est également importante.

39.b. La prise en charge du patient associe les professionnels des secteurs d'activité cliniques et de rééducation et de soutien ; l'information réciproque et la collaboration sont effectives.

La trace de l'intervention de ces différents professionnels doit figurer dans le dossier du patient.

39.c. La prise en charge du patient est évaluée régulièrement par l'équipe pluriprofessionnelle et réajustée si besoin.

Exemples : réunions de synthèse, visites conjointes, réunions pluriprofessionnelles régulières.

Référence 40

L'éducation du patient sur son état de santé, son traitement et les questions de santé publique susceptibles de le concerner est assurée.

40.a. Un programme d'éducation thérapeutique adapté à son état de santé est mis en place en veillant à la compréhension du patient.

Le programme d'éducation thérapeutique est adapté au traitement et à la prévention des complications et des rechutes éventuelles. Il prend en compte les conséquences au quotidien de la maladie du patient sur sa vie familiale et professionnelle.

Le programme d'éducation thérapeutique est essentiel pour une participation efficace du patient à son traitement et à la reconnaissance des symptômes prédictifs de complications et/ou de rechutes. Ce programme porte, par exemple, sur des pathologies chroniques (diabète, asthme, etc.) ou des suites opératoires (colostomie, trachéostomie, etc.) ou sur des actions de rééducation (phonique, physique, etc.).

L'éducation du patient est surtout axée sur l'atteinte du plus haut niveau possible d'autonomie.

40.b. L'entourage du patient est associé aux actions d'éducation, le cas échéant.

40.c. Une éducation aux questions de santé publique est délivrée au patient selon le cas.

Les questions de santé publique sont, par exemple, la prévention du risque vasculaire, par l'hygiène alimentaire et l'exercice physique, le tabagisme, les infections sexuellement transmissibles, la contraception, etc.

Référence 41

La continuité des soins après la sortie est planifiée et coordonnée avec le patient et son entourage ainsi qu'avec les professionnels intervenant en aval.

41.a. Le patient, l'entourage et le médecin traitant sont associés à la planification de la sortie.

La sortie du patient se planifie parfois dès la consultation (notamment dans les hospitalisations de très courte durée) avec celui-ci et son entourage afin de prévoir une prise en charge de ses besoins dès le retour au domicile ou lors du transfert dans un autre établissement de santé. Le retour à domicile peut s'effectuer avec l'appui d'une structure HAD ou SIAD (soins infirmiers à domicile) ainsi que dans le cadre d'un réseau de santé. Une attention est portée aux personnes en situation de précarité. Le patient dispose des informations nécessaires à son suivi extra-hospitalier, lors de sa sortie de l'établissement.

Soins de suite ou de réadaptation

Cette planification prend en compte les besoins socioprofessionnels et/ou éducatifs dans un objectif de réinsertion du patient notamment au regard de la démarche précoce d'insertion (DPI).

41.b. Le patient est adressé aux professionnels et structures appropriés.

Il convient d'associer précocement les services sociaux à cette planification.

41.c. Les professionnels assurant l'aval sont informés et associés à la planification de la sortie du patient dans des délais compatibles avec la continuité de la prise en charge.

41.d. La continuité de la prise en charge est assurée lors du transfert entre établissements.

Des échanges au moment et après le transfert entre les professionnels de l'établissement et ceux intervenant en aval permettent d'apprécier et d'assurer la continuité de la prise en charge.

Soins de suite ou de réadaptation

La préparation de la sortie est un moment particulièrement important qui peut déclencher une visite à domicile si nécessaire pour une adaptation de celui-ci.

L'organisation de la sortie avec continuité des soins est également assurée en relation avec le secteur libéral et les structures sociales permettant au patient de se situer dans une trajectoire de soins avec, si possible, réinsertion dans la société (adaptation du logement, achat ou location de matériels divers, retour en institution [maison de retraite], transfert vers une autre structure [centre d'aide par le travail par exemple] ou retour dans un établissement de court séjour).

Référence 42

Les soins palliatifs font l'objet d'une réflexion pluriprofessionnelle en relation avec le médecin traitant.

42.a. La volonté du patient est prise en compte.

Le retour à domicile doit être organisé chaque fois qu'il est souhaité et possible, en articulation avec les services d'hospitalisation à domicile et les réseaux de soins palliatifs. L'intervention des bénévoles est prévue.

42.b. La prise en charge des besoins spécifiques du patient en fin de vie et de son entourage est assurée.

42.c. La formation des professionnels est organisée.

La formation des professionnels s'appuie sur une démarche participative multidisciplinaire d'accompagnement. Les professionnels sont formés à la reconnaissance des situations nécessitant une prise en charge spécifique avec le soulagement des symptômes et l'accompagnement du patient et de ses proches.

42.d. Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.

Référence 43

Le décès du patient fait l'objet d'un accompagnement.

43.a. Les personnes à prévenir sont contactées en cas d'état critique du patient et/ou en cas de décès.

43.b. Les volontés et les convictions du défunt sont respectées.

43.c. Un accompagnement psychologique de l'entourage est assuré.

L'accompagnement du décès englobe tant l'approche psychologique de la phase de deuil que la facilitation concernant les démarches administratives et/ou sociales. Les conditions de conservation des corps et de présentation aux familles sont prises en compte.

43.d. Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.

SOINS DE LONGUE DURÉE

A. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET MANAGEMENT DES SECTEURS D'ACTIVITÉ

Référence 25

Les responsables des secteurs d'activité exercent pleinement leur rôle.

Il n'y a pas de rôle dans l'absolu, celui-ci dépend de l'organisation du management : degré de déconcentration, existence de pôles, etc.

25.a. Les responsables prévoient les évolutions de leur secteur d'activité en cohérence avec les choix stratégiques de l'établissement.

Le projet d'établissement précise le projet de vie pour les personnes accueillies ; ce projet sera ensuite décliné pour chaque résident. L'établissement propose une médicalisation qui correspond aux besoins de soins des résidents.

25.b. Les responsables organisent les activités de leur secteur et identifient les moyens nécessaires à leur réalisation.

L'organigramme, régulièrement mis à jour, est en adéquation avec les missions du secteur d'activité et connu de tous. Les délégations de responsabilité, la participation des acteurs à des groupes de réflexion sont encouragées. Les modes de fonctionnement des secteurs d'activité sont définis.

25.c. Les responsables organisent la complémentarité avec les autres structures et participent à des réseaux de santé dans leur domaine d'activité.

Les complémentarités sont recherchées à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement afin de répondre à l'ensemble des besoins des résidents dans un cadre organisé ; il peut s'agir de structures médico-sociales, sociales, ou de maisons médicales.

L'établissement s'inscrit au sein d'un CLIC ; il peut également travailler avec un réseau de santé (gériatrique, soins palliatifs, etc.).

25.d. Les responsables des secteurs d'activité décident des actions à mettre en œuvre dans leur secteur.

25.e. Les responsables motivent les personnels de leur secteur d'activité en favorisant leur adhésion et leur implication.

L'adhésion aux objectifs s'appuie sur une organisation favorisant les échanges entre les responsables et leur équipe afin de clarifier les objectifs. Chaque responsable sollicite les retours d'expérience. Les prises d'initiative et la créativité, individuelles et collectives, sont encouragées. Les performances collectives sont communiquées régulièrement.

25.f. Les responsables veillent à la bonne utilisation des moyens alloués.

25.g. Les responsables développent les démarches d'évaluation et d'amélioration.

B. PARCOURS DU RÉSIDENT

Référence 26

Les droits et la dignité du résident sont respectés.

26.a. La confidentialité des informations relatives au résident est garantie.

Parmi les moyens d'assurer la confidentialité, on peut citer l'accueil de l'entourage dans un lieu approprié, les conditions de l'examen médical et des visites, la présence d'un soignant en fonction des situations, la non-divulgaration de la présence du résident.

Les professionnels seront attentifs au respect de la confidentialité, en particulier lors des activités de groupe.

26.b. Le respect de la dignité et de l'intimité du résident est préservé tout au long de sa prise en charge.

Le respect de la dignité peut concerner les modalités de dialogue entre le personnel et les résidents (ex. : réflexion sur l'utilisation du tutoiement). Les résidents portent une tenue de ville, le jour.

26.c. La prévention de la maltraitance du résident au sein de l'établissement est organisée.

Il s'agit de la maltraitance physique et/ou morale exercée par la famille, l'entourage, les professionnels de l'établissement notamment sur les patients vulnérables (personnes âgées, résidents ayant une détérioration intellectuelle, etc.) et les plus démunis. Parmi les moyens mis en œuvre, on peut citer l'organisation d'une surveillance et d'une information adaptées, la mise en place d'un dispositif de signalement interne et externe, des conduites à tenir formalisées.

26.d. La volonté du résident est respectée.

Le projet d'établissement et les projets de vie individuels des résidents prennent en compte la volonté du résident en conciliant sécurité et liberté, notamment pour les résidents présentant une détérioration intellectuelle.

26.e. La formation des professionnels à l'écoute et au respect des droits du résident est organisée.

Référence 27

L'accueil du résident et de son entourage est organisé.

27.a. Les besoins et les attentes du résident sont identifiés, y compris les besoins sociaux.

Des procédures de préadmission et de visite préalable du futur résident sont en place.

Les informations provenant des professionnels intervenant en amont de la prise en charge sont disponibles au moment de l'accueil (fiches de liaison, courriers des médecins traitants, etc.).

L'accueil des résidents et de leurs proches est effectué par un professionnel formé. Outre l'information verbale, un document d'information et d'accueil est remis au résident et/ou à son entourage (livret d'accueil, contrat de séjour.). Les familles et amis peuvent participer à la vie quotidienne à travers diverses activités (repas, sorties, ateliers, etc.). Selon les modalités d'organisation de l'établissement, le résident peut faire appel à des intervenants extérieurs.

27.b. Le résident reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de son séjour.

27.c. L'accueil et les locaux sont adaptés aux handicaps du résident et/ou de son entourage.

Dès l'arrivée, la disposition des locaux et des circulations ainsi que des aides techniques adaptées aux besoins des personnes handicapées, quel que soit le handicap (moteur ou sensoriel), sont disponibles.

27.d. La permanence de l'accueil est organisée.

27.e. Une procédure spécifique d'accueil des détenus est organisée dans les établissements concernés.

Soins de longue durée

Non applicable.

Référence 28

La prise en charge du patient se présentant pour une urgence est organisée.

Soins de longue durée

Non applicable sauf le critère 28.b.

28.a. L'accueil de toute personne se présentant pour une urgence est organisé par des professionnels formés à cet effet.

28.b. Selon le degré d'urgence, une prise en charge, une réorientation ou un transfert est organisé dans un délai compatible avec les impératifs de sécurité.

Le personnel d'accueil est formé et informé des circuits possibles pour le patient en cas d'urgence.

28.c. Le recours à un avis spécialisé est organisé selon les besoins.

28.d. La disponibilité des lits d'hospitalisation est régulièrement évaluée et analysée au sein de l'établissement.

Il existe une réflexion concertée sur la gestion en aval des urgences.

Référence 29

L'évaluation initiale de l'état de santé du résident donne lieu à un projet thérapeutique personnalisé, ajusté tout au long de son séjour.

Le projet thérapeutique personnalisé définit les soins cliniques (diagnostiques et thérapeutiques), psychologiques et sociaux et les aides à la vie quotidienne que l'état du résident nécessite. L'évaluation initiale comprend, entre autres, la description de l'état fonctionnel et des éventuelles dépendances du résident dans les gestes de la vie quotidienne, et, éventuellement, l'estimation du risque suicidaire.

Il repose sur un travail de collaboration entre tous les professionnels intervenant auprès du résident. Ce projet prend en compte les souhaits du résident et, le cas échéant, de son entourage. Il est élaboré dès l'évaluation initiale, et doit être actualisé en permanence tout au long de la vie du résident.

Soins de longue durée

Le projet thérapeutique est accompagné d'un projet de vie destiné, du fait de la longue durée des séjours des résidents, à améliorer la qualité de vie des personnes âgées. Il prend en compte l'environnement, le cadre de vie, l'aspect hôtelier, etc. Il est élaboré avec le résident si possible, et surtout avec son entourage familial. Il tient compte de la dépendance et de la détérioration intellectuelle. Il fournit, par les animations proposées, le moyen de pallier ou de stabiliser ces déficits (ex. : animation physique par une gymnastique adaptée, animation intellectuelle par des exercices de mémoire, etc.).

29.a. Le résident et, s'il y a lieu, son entourage sont partie prenante dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique.

29.b. Les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures sont accessibles 24 heures sur 24.

Ces données se trouvent dans le dossier du résident, conservé dans l'USLD.

29.c. Le projet thérapeutique prend en compte l'ensemble des besoins du résident et organise la coordination entre les professionnels des différents secteurs d'activité.

Les besoins sont d'ordre physique, psychologique, social, fonctionnel et nutritionnel. On peut citer par exemple la nutrition, l'autonomie, l'éducation, etc. Le médecin coordonnateur est responsable de l'élaboration du projet thérapeutique de chaque résident avec l'ensemble de l'équipe.

29.d. La réflexion bénéfices/risques est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du résident.

29.e. Lorsqu'une restriction de liberté de circulation est envisagée dans l'intérêt du résident, celle-ci fait l'objet d'une réflexion en équipe et d'une prescription écrite réévaluée à périodicité définie, et d'une information au résident et à son entourage.

La restriction de liberté de circulation comprend toute forme de contention : physique (attaches, barrières, chambre d'isolement, etc.), médicamenteuse ou dispositifs de déambulation autorisée (bracelet antifugue, etc.). La réflexion en équipe concerne l'indication d'une contention et le choix de l'alternative la mieux adaptée. Des protocoles sont élaborés et mis en œuvre.

29.f. La validation des prescriptions est organisée.

Cette validation peut être réalisée lors de réunions d'équipes permettant, par une revue de dossiers, d'évaluer l'indication des protocoles appliqués.

29.g. Le projet thérapeutique fait l'objet d'ajustements en fonction d'évaluations régulières de l'état de santé du résident.

29.h. Les résidents nécessitant une prise en charge spécifique sont identifiés.

Les résidents nécessitant une prise en charge spécifique sont notamment : les résidents souffrant de démence, de dépression (avec tendance suicidaire ou non) d'incontinence urinaire, les résidents en perte d'autonomie, en fin de vie.

Référence 30

Les situations nécessitant une prise en charge adaptée sont identifiées.

Un certain nombre de situations représentent un enjeu important en termes d'amélioration de la qualité du service médical rendu et nécessitent une attention particulière. (D'autres situations peuvent être identifiées par les professionnels ; les actions développées peuvent être décrites dans la référence 46).

30.a. Un projet de vie est individualisé pour chaque résident en prenant en compte ses souhaits.

Le projet de vie inclut des plans d'action d'aide aux actes essentiels de la vie quotidienne, ainsi que des activités spécifiques pour le maintien des capacités physiques et intellectuelles.

Des activités sont proposées au résident : participation aux tâches de la vie quotidienne, visites, animations, rencontres, promenades, courses, etc.

Le projet de l'institution est adapté au rythme des résidents (horaire des repas, levers, couchers).

30.b. L'équilibre nutritionnel des résidents est assuré en fonction de leurs goûts et habitudes alimentaires.

L'état nutritionnel du résident est évalué et ses besoins spécifiques sont pris en compte. La composition des menus fait l'objet d'un avis professionnel compétent en nutrition. Les régimes font l'objet d'une prescription et d'un suivi médical. Les personnes à risque de dénutrition font l'objet d'un suivi approprié. L'hydratation des résidents fait l'objet d'une surveillance régulière ainsi que les ingesta.

30.c. La prévention et la prise en compte des chutes sont organisées.

Des protocoles incluent des aménagements éventuels des espaces de vie. Des protocoles personnalisés sont mis en place pour tous les résidents ayant déjà chuté.

30.d. Les escarres font l'objet d'une prévention.

Des protocoles de prévention et de suivi des escarres sont mis en place.

Référence 31

Le résident est informé de son état de santé et est partie prenante de sa prise en charge.

31.a. Le résident, et/ou les personnes habilitées reçoivent une information coordonnée par les professionnels sur les soins et son état de santé tout au long de son séjour.

Des professionnels référents peuvent être désignés pour délivrer au résident une information cohérente sur la maladie et les soins.

31.b. Les professionnels délivrent une information adaptée à la compréhension du résident.

L'information est adaptée au cas par cas, en fonction de la langue, du niveau d'alphabétisation, des éventuels handicaps. Une attention particulière est portée sur l'information des résidents fragiles.

L'information est évolutive en fonction de l'état psychique du résident. Les professionnels adaptent les modalités des entretiens en fonction de la nature des informations fournies (annonce d'une aggravation d'un handicap, d'une maladie grave, etc.).

31.c. Le résident désigne les personnes qu'il souhaite voir informées.

L'information est adaptée à chaque situation car plusieurs habilitations sont à envisager : « la personne de confiance, désignée par écrit, qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où le résident serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin » (article L 1111-6 du Code de la santé publique) et /ou les représentants légaux du majeur protégé, la famille, les proches, etc.

31.d. Le consentement éclairé du résident ou de son représentant est requis pour toute pratique le concernant.

Les pratiques concernent les actes de prévention, d'exploration et de soins. L'information préalable à la demande de consentement porte sur le bénéfice de l'acte, ses risques éventuels, son degré d'urgence, les alternatives et les conséquences prévisibles en cas de refus. Cette information préalable s'applique notamment aux indications temporaires de contention physique.

31.e. Un consentement éclairé du résident est formalisé dans les situations particulières.

Ex. : recherche biomédicale, patient mineur ou majeur protégé.

31.f. Le résident est informé de la survenue d'un événement indésirable lors de sa prise en charge.

Information qui doit être donnée y compris après la sortie de l'établissement. Par exemple : infection nosocomiale, événement indésirable médicamenteux, etc.

Référence 32

La douleur est évaluée et prise en charge.

Il s'agit de la douleur aiguë et/ou chronique, physique et/ou morale.

32.a. Une concertation est organisée entre les professionnels pour améliorer la prise en charge de la douleur selon les recommandations de bonne pratique

Le rôle du CLUD et des référents est important dans la prise en charge de la douleur.

32.b. Le résident est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement.

Pour certains résidents, il est nécessaire d'impliquer également l'entourage et d'évaluer sa satisfaction.

32.c. Les professionnels sont formés à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur.

La formation porte notamment sur l'évaluation de l'intensité de la douleur à périodicité définie à l'aide d'échelles validées. Les échelles adaptées sont utilisées, y compris dans certains groupes de personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale.

32.d. La disponibilité des traitements prescrits est assurée en permanence.

Référence 33

La continuité des soins est assurée.

Il s'agit de la continuité des soins au sein de l'établissement, mais aussi à l'occasion des transferts du résident vers d'autres structures.

33.a. Des règles de responsabilité, de présence, et de concertation sont mises en œuvre pour assurer la continuité des soins.

À titre d'exemple, les tableaux de gardes et d'astreintes constituent un support. À noter que l'organisation des changements et l'information correspondante aux services et aux professionnels concernés font partie des règles de présence et de concertation.

33.b. La coordination entre les équipes médicales et paramédicales est organisée.

La coordination et la continuité des soins s'appuient notamment sur les transmissions orales et écrites entre les diverses équipes. Elles font partie des missions du médecin coordonnateur.

33.c. La prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement est assurée.

Cette prise en charge doit être possible dans n'importe quel secteur d'activité d'un établissement de santé ; une organisation tant en personnel (référént, formation, etc.) qu'en matériel (chariot d'urgence contrôlé à périodicité définie, système d'alerte, etc.) est mise en place et évaluée régulièrement pour juger de son efficacité.

Référence 34

La traçabilité des actes et la transmission, en temps opportun, des informations reposent sur une organisation adaptée du dossier du résident.

34.a. L'information contenue dans le dossier du résident est actualisée tout au long de sa prise en charge et également après sa sortie.

34.b. L'information contenue dans le dossier du résident est accessible aux professionnels en charge du résident, en temps utile.

34.c. Tout acte diagnostique et/ou thérapeutique fait l'objet d'une prescription écrite, datée et signée.

Il s'agit de toutes les prescriptions : ordonnances médicamenteuses, prescriptions d'examens biologiques, d'imagerie, d'exploration fonctionnelle, d'actes de kinésithérapie, etc.

34.d. L'information sur son état de santé et son traitement donnée au résident et/ou à son entourage est enregistrée dans le dossier du résident.

Le refus des soins est également à noter dans le dossier du résident.

Référence 35

Le fonctionnement des secteurs médico-techniques à visée diagnostique fait l'objet d'une concertation avec les USLD.

Champ d'application : les secteurs médico-techniques sont les laboratoires (y compris d'anatomopathologie), le secteur d'imagerie et d'exploration fonctionnelle.

35.a. La prescription d'examens complémentaires est justifiée par l'état du résident et mentionne les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande.

Il s'agit, au travers de cette exigence, d'éviter les examens complémentaires systématiques, parfois inutiles et redondants, et d'en lier la prescription à l'évaluation initiale et régulière de l'état de santé du résident. Pour les examens de radiologie notamment, cela permet de minimiser les rayonnements ionisants subis par le résident et de répondre aux exigences réglementaires de justification et d'optimisation (cf. décret du 24 mars 2003) qui imposent à chaque prescripteur de s'interroger sur le bénéfice de l'examen par rapport au risque d'exposition et de toujours veiller à obtenir l'information diagnostique recherchée au moyen de la dose d'exposition la plus faible.

35.b. Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies.

35.c. Les règles relatives à la communication des résultats sont établies et répondent aux besoins des secteurs d'activité cliniques en termes de qualité et de délais de transmission.

En cas de conventionnement avec un autre établissement de santé ou un laboratoire de biologie médicale extérieur, les impératifs de disponibilité, de qualité et de délais de transmission des résultats doivent être respectés.

Référence 36

Les circuits du médicament et des dispositifs médicaux stériles sont organisés en concertation entre les professionnels de la pharmacie et ceux des USLD.

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.

Les règles de prescription assurent la sécurisation de celles-ci : les retranscriptions sont évitées, les prescriptions informatiques sont privilégiées.

Des règles pour l'utilisation des médicaments personnels sont disponibles lors des situations de transition telles que l'hospitalisation, les transferts d'une structure à une autre, etc.

En l'absence de contre-indication et en accord avec le résident, la prescription de substituts de la nicotine est possible et prise en charge par la structure pour les résidents fumeurs.

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.

Le calcul de la clairance de la créatinine par la formule de Cockcroft est systématique pour tous les résidents et noté dans le dossier.

36.c. L'administration du médicament au résident est conforme à la prescription et fait l'objet d'une traçabilité.

Les professionnels s'assurent que les médicaments prescrits au résident ont bien été pris, facilitent leur prise, adaptent le mode d'administration à l'état du résident et renseignent le support prévu à cet effet.

36.d. Les informations sur les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont à la disposition des utilisateurs.

36.e. Les demandes urgentes de médicaments, formulées par les USLD, peuvent être satisfaites à tout moment.

Une organisation est en place afin d'assurer un accès aux médicaments prescrits en urgence (pharmacien hospitalier ou d'officine de garde, cadre infirmier référent, armoire à pharmacie d'urgence, etc.).

Référence 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.

Soins de longue durée
Référence non applicable.

Référence 38

Le don d'organes ou de tissus à visée thérapeutique est organisé.

38.a. La participation de l'établissement aux activités ou à un réseau de prélèvement d'organes et de tissus est définie.

38.b. Une information sur le don d'organes ou de tissus est disponible pour le public.

38.c. Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes ou de tissus.

38.d. Les prélèvements d'organes ou de tissus sont réalisés conformément aux règles de bonnes pratiques.

Il s'agit notamment de l'existence d'une personne ou d'une équipe spécialement formée, chargée des informations aux familles.

Référence 39

Les activités de rééducation et/ou de soutien sont coordonnées par les professionnels concernés, au sein des USLD.

L'objectif recherché est la conservation de la meilleure autonomie possible.
Ces activités sont: la kinésithérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, la psychologie, la psychomotricité, l'orthoprothèse, etc.

- 39.a. Le résident et son entourage sont partie prenante des activités de rééducation et/ou de soutien.

L'implication du résident dans les activités de rééducation et/ou de soutien est un facteur essentiel de réussite de cette prise en charge et, de ce fait, recherchée en permanence. Le soutien de la famille est également important.

Les prises en charge psychologiques individuelles ou de groupe font partie du champ.

- 39.b. La prise en charge pluriprofessionnelle du résident associe les professionnels des USLD et ceux de la rééducation et du soutien psychologique.

La trace de l'intervention de ces différents professionnels doit figurer dans le dossier du résident.

- 39.c. La prise en charge du résident est évaluée régulièrement par l'équipe pluriprofessionnelle et réajustée si besoin.

Chaque fois que nécessaire, des protocoles sont mis en place et réévalués si besoin.

Exemples : réunions de synthèse, visites conjointes, réunions pluriprofessionnelles régulières.

Référence 40

L'éducation du résident sur son état de santé, son traitement et les questions de santé publique susceptibles de le concerner est assurée.

- 40.a. Un programme d'éducation thérapeutique adapté à son état de santé est mis en place en veillant à la compréhension du résident.

Le programme d'éducation thérapeutique est adapté au traitement, à la prévention des complications et des rechutes éventuelles. Il prend en compte les conséquences au quotidien de la maladie du résident sur sa vie.

- 40.b. 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 résident selon le cas.

Les questions de santé publique sont, par exemple, la prévention du risque vasculaire, par l'hygiène alimentaire et l'exercice physique, le tabagisme, etc.

Référence 41

La continuité des soins après la sortie est planifiée et coordonnée avec le résident et son entourage ainsi qu'avec les professionnels intervenant en aval.

- 41.a. Le résident, l'entourage et le médecin traitant qu'il désigne, le cas échéant, sont associés à la planification de la sortie.

La sortie du résident se planifie, afin de prévoir une prise en charge de ses besoins dès le retour au domicile ou lors du transfert dans un autre établissement de santé. Le retour à domicile peut s'effectuer avec l'appui d'une structure HAD ou SIAD (soins infirmiers à domicile) ainsi que dans le cadre d'un réseau d'aide à domicile. Une attention est portée aux personnes en situation de précarité. Le résident dispose des informations nécessaires à son suivi extra-hospitalier, lors de sa sortie de l'établissement.

- 41.b. Le résident est adressé aux professionnels et structures appropriés en fonction de ses besoins de santé et de ses choix.

Les professionnels intervenant en aval sont ceux qui vont assurer le suivi médical et/ou social du résident, en établissements de santé ou réseaux d'aide à domicile.

- 41.c. Les professionnels assurant l'aval sont informés et associés à la planification de la sortie du résident dans des délais compatibles avec la continuité de la prise en charge.

- 41.d. La continuité de la prise en charge est assurée lors du transfert entre établissements.

Des échanges au moment et après le transfert entre les professionnels de l'établissement et ceux intervenant en aval permettent d'apprécier et d'assurer la continuité de la prise en charge.

Référence 42

Les soins palliatifs font l'objet d'une réflexion pluriprofessionnelle en relation avec le médecin traitant et l'entourage.

- 42.a. Les volontés du résident sont prises en compte.

Le retour à domicile doit être organisé chaque fois qu'il est souhaité et possible, en articulation avec les services d'hospitalisation à domicile et les réseaux de soins palliatifs. L'intervention des bénévoles est prévue.

- 42.b. La prise en charge des besoins spécifiques du résident en fin de vie et de son entourage est assurée.

- 42.c. La formation des professionnels est organisée.

La formation des professionnels s'appuie sur une démarche participative multidisciplinaire d'accompagnement. Les professionnels sont formés à la reconnaissance des situations nécessitant une prise en charge spécifique avec le soulagement des symptômes et l'accompagnement du résident et de ses proches.

- 42.d. Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.

Référence 43

Le décès du résident fait l'objet d'un accompagnement.

- 43.a. Les personnes à prévenir sont contactées en cas d'état critique du résident et/ou en cas de décès.

- 43.b. Les volontés et les convictions du défunt sont respectées.

- 43.c. Un accompagnement psychologique de l'entourage est assuré.

L'accompagnement du décès englobe tant l'approche psychologique de la phase de deuil que la facilitation concernant les démarches administratives et/ou sociales. Les conditions de conservation des corps et de présentation aux familles sont prises en compte.

- 43.d. Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.

HOSPITALISATION À DOMICILE

A. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET MANAGEMENT DES SECTEURS D'ACTIVITÉ

Référence 25

Les responsables des secteurs d'activité exercent pleinement leur rôle.

Il n'y a pas de rôle dans l'absolu, celui-ci dépend de l'organisation du management : degré de déconcentration, existence de pôles, etc.

25.a. Les responsables prévoient les évolutions de leur secteur d'activité en cohérence avec les choix stratégiques de l'établissement.

Les secteurs d'activité s'organisent pour prendre en charge les pathologies en conformité avec les missions de l'établissement.

L'orientation du patient vers des structures appropriées est organisée pour le patient présentant des pathologies ne relevant pas du secteur d'activité.

25.b. Les responsables organisent les activités de leur secteur et identifient les moyens nécessaires à leur réalisation.

L'organigramme, régulièrement mis à jour, est en adéquation avec les missions du secteur d'activité et connu de tous. Les délégations de responsabilité, la participation des acteurs à des groupes de réflexion sont encouragées. Les modes de fonctionnement des secteurs d'activité sont définis.

25.c. Les responsables organisent la complémentarité avec les autres structures et participent à des réseaux de santé dans leur domaine d'activité.

Les complémentarités sont recherchées à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement afin de répondre à l'ensemble des besoins des patients dans un cadre organisé ; il peut s'agir de structures médico-sociales, sociales, ou de maisons médicales.

25.d. Les responsables des secteurs d'activité décident des actions à mettre en œuvre dans leur secteur.

25.e. Les responsables motivent les personnels de leur secteur d'activité en favorisant leur adhésion et leur implication.

L'adhésion aux objectifs s'appuie sur une organisation favorisant les échanges entre les responsables et leur équipe afin de clarifier les objectifs. Chaque responsable sollicite les retours d'expérience. Les prises d'initiative et la créativité, individuelles et collectives, sont encouragées. Les performances collectives sont communiquées régulièrement.

25.f. Les responsables veillent à la bonne utilisation des moyens alloués.

25.g. Les responsables développent les démarches d'évaluation et d'amélioration.

B. PARCOURS DU PATIENT

Référence 26

Les droits et la dignité du patient sont respectés.

26.a. La confidentialité des informations relatives au patient est garantie.

Parmi les moyens d'assurer la confidentialité, on peut citer la discrétion des véhicules lors des visites à domicile.

Hospitalisation à domicile

La structure d'HAD informe préalablement le patient, d'une part des problèmes de confidentialité liés au va-et-vient des professionnels de santé, aux mouvements de matériels et produits thérapeutiques et au traitement des déchets, et, d'autre part, des mesures mises en place pour respecter la confidentialité.

26.b. Le respect de la dignité et de l'intimité du patient est préservé tout au long de sa prise en charge.

Le respect de la dignité peut concerner les modalités de dialogue entre soignants et patients (ex. : réflexion sur l'utilisation du tutoiement). La présence d'étudiants en consultation ou en salle de naissance fait suite au consentement de la personne concernée.

26.c. La prévention de la maltraitance du patient est organisée.

Il s'agit de la maltraitance physique et/ou morale exercée par la famille, l'entourage, les professionnels notamment sur les patients vulnérables (enfants, personnes âgées, patients ayant un déficit ou une détérioration intellectuelle) et les plus démunis. Parmi les moyens mis en œuvre, on peut citer l'organisation d'une surveillance et d'une information adaptées, la mise en place d'un dispositif de signalement interne et externe, des conduites à tenir formalisées.

26.d. La volonté du patient est respectée.

Hospitalisation à domicile

La particularité de l'hospitalisation d'un patient à son domicile, ou au domicile d'un de ses proches, consiste à concilier son espace et ses habitudes de vie avec une logistique parfois lourde et un ensemble d'intervenants d'autant plus important que la prise en charge sera complexe.

26.e. La formation des professionnels à l'écoute et au respect des droits du patient est organisée.

Référence 27

L'accueil du patient et de son entourage est organisé.

27.a. Les besoins et les attentes du patient sont identifiés, y compris les besoins sociaux.

Les informations provenant des professionnels intervenant en amont de la prise en charge sont disponibles au moment de l'accueil (fiches de liaison, fiches de préadmission, courriers des médecins traitants, etc.).

L'accueil des patients est effectué, autant que possible, par un professionnel formé. Outre l'information verbale, un document d'information et d'accueil est remis au patient et/ou à son entourage (livret d'accueil, contrat de séjour, par exemple).

Il sera tenu compte des complications que l'attente peut générer pour certains patients (par exemple en cas de difficultés du comportement, de diabète sucré, de trachéotomie ou d'escarres). Une attention particulière est à apporter dans certains cas : hospitalisation sous X, mineur, etc.

27.b. Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de son séjour.

27.c. L'accueil et les locaux sont adaptés aux handicaps du patient et/ou de son entourage.

Des aides techniques adaptées aux besoins des personnes handicapées quel que soit le handicap (moteur ou sensoriel) sont disponibles dès l'arrivée ainsi que la disposition des locaux et des circulations.

Hospitalisation à domicile

Le domicile est évalué en vue de son adaptation au handicap du patient.

27.d. La permanence de l'accueil est organisée.

Hospitalisation à domicile

Ce critère s'entend dans le sens d'une organisation de la structure pour répondre aux demandes de prise en charge dans les meilleurs délais.

27.e. Une procédure spécifique d'accueil des détenus est organisée.

Hospitalisation à domicile

Non applicable.

Référence 28

La prise en charge du patient se présentant pour une urgence est organisée.

Hospitalisation à domicile

Référence non applicable.

Référence 29

L'évaluation initiale de l'état de santé du patient donne lieu à un projet thérapeutique personnalisé, ajusté tout au long de sa prise en charge.

Le projet thérapeutique personnalisé définit les soins cliniques (diagnostiques et thérapeutiques), psychologiques et sociaux que l'état du patient nécessite. L'évaluation initiale comprend, entre autres, la description de l'état fonctionnel et des éventuelles dépendances du patient dans les gestes de la vie quotidienne, et, éventuellement, l'estimation du risque suicidaire.

Il repose sur un travail de collaboration entre tous les professionnels intervenant auprès du patient. Ce projet se construit progressivement avec la participation du patient et, le cas échéant, de son entourage. Il est élaboré dès l'évaluation initiale, soit en consultation soit lors de l'admission, et doit être actualisé en permanence tout au long de la prise en charge du patient. La traçabilité de ce projet se retrouve dans le dossier du patient.

29.a. Le patient et, s'il y a lieu, son entourage sont partie prenante dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique.

29.b. Les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures sont accessibles 24 heures sur 24.

Cet objectif s'appuie sur le dossier du patient et s'adapte selon le type d'établissement.

Hospitalisation à domicile

Les données transmises par le médecin prescripteur et les résultats de l'évaluation préalable à l'admission en HAD réalisée par l'équipe HAD sont disponibles.

- 29.c. Le projet thérapeutique prend en compte l'ensemble des besoins du patient et organise la coordination entre les professionnels des différents secteurs d'activité.

Les besoins sont d'ordre physique, psychologique, social, fonctionnel. On peut citer par exemple la nutrition, l'autonomie, l'éducation, etc.

Hospitalisation à domicile

Le séjour est programmé ; cette notion d'organisation préalable vise notamment les éléments suivants : l'élaboration du projet thérapeutique, la visite préalable au domicile, l'organisation des livraisons de matériels, la première visite par le professionnel de santé au domicile du patient. La structure d'HAD est responsable de la coordination entre les prestations des fournisseurs extérieurs et l'activité de soins des professionnels.

- 29.d. La réflexion bénéfices/risques est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient.

- 29.e. Lorsqu'une restriction de liberté de circulation est envisagée dans l'intérêt du patient, 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 et à son entourage.

La restriction de liberté de circulation comprend toute forme de contention : physique (attaches, barrières, chambre d'isolement, etc.), médicamenteuse ou dispositifs de déambulation autorisée (bracelet antifugue, etc.). La réflexion en équipe concerne l'indication de la contention et le choix de l'alternative la mieux adaptée.

- 29.f. Le projet thérapeutique fait l'objet d'ajustements en fonction d'évaluations régulières de l'état de santé du patient.

Référence 30

Des situations nécessitant une prise en charge adaptée sont identifiées.

Un certain nombre de situations représentent un enjeu important en termes d'amélioration de la qualité du service médical rendu et nécessitent une attention particulière. (D'autres situations peuvent être identifiées par les professionnels ; les actions développées peuvent être décrites dans la référence 46).

- 30.a. L'état nutritionnel du patient est évalué et ses besoins spécifiques sont pris en compte.

Exemples d'actions conduites : évaluation initiale systématique, calcul de l'indice de masse corporelle, stratégie et protocoles de réponse aux besoins spécifiques (dénutrition, escarres, obésité, difficulté de déglutition, diabète, etc.).

- 30.b. Les conduites addictives sont identifiées et font l'objet d'une prise en charge adaptée.

Exemples d'actions conduites : sensibilisation des professionnels, comités et/ou consultations spécifiques, prescription de produits de substitution, etc.

- 30.c. La maladie thrombo-embolique fait l'objet d'une prévention dans les situations à risque.

La maladie thrombo-embolique représente un risque majeur pour le patient hospitalisé. Elle est souvent asymptomatique et des traitements préventifs efficaces existent. Les situations à risque doivent être identifiées et les protocoles de prévention disponibles et appliqués.

- 30.d. Les chutes des patients font l'objet d'une prévention.

- 30.e. Le risque suicidaire est pris en compte.

- 30.f. Les escarres font l'objet d'une prévention.

Référence 31

Le patient est informé de son état de santé et est partie prenante de sa prise en charge.

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.

Hospitalisation à domicile

Il est important d'informer le patient sur les aspects sécuritaires de la prise en charge et sur les moyens mis en œuvre pour assurer la continuité des soins dans le cadre de l'hospitalisation à domicile. Le consentement du patient et de son entourage au principe de l'hospitalisation à domicile est obtenu avant l'admission.

31.b. Les professionnels délivrent une information adaptée à la compréhension du patient.

L'information est adaptée au cas par cas, en fonction de la langue, du niveau d'alphabétisation, des éventuels handicaps. Une attention particulière est portée sur l'information des patients fragiles.

L'information est évolutive en fonction de l'état psychique du patient. Les professionnels adaptent les modalités des entretiens en fonction de la nature des informations fournies (annonce d'un handicap, d'une maladie grave, d'un décès, etc.).

La prévention des infections nosocomiales fait l'objet d'une information adaptée.

31.c. Le patient désigne les personnes qu'il souhaite voir informées.

L'information est adaptée à chaque situation car plusieurs habilitations sont à envisager : la personne de confiance, désignée par écrit, qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin ; sont aussi habilités les détenteurs de l'autorité parentale, les représentants légaux du majeur protégé, la famille, les proches, etc.

31.d. Le consentement éclairé du patient ou de son représentant légal est requis pour toute pratique le concernant.

Les pratiques concernent les actes de prévention, d'exploration et de soins. L'information préalable à la demande de consentement porte sur le bénéfice de l'acte, ses risques éventuels, son degré d'urgence, les alternatives et les conséquences prévisibles en cas de refus.

Hospitalisation à domicile

Il revient au médecin qui prescrit un acte médical de recueillir le consentement éclairé du patient. La structure HAD rappelle au médecin traitant ce devoir d'information. Il revient au médecin qui prescrit l'acte de documenter la trace de la réflexion sur le bénéfice escompté et les risques encourus à chaque étape de la prise en charge.

31.e. Un consentement éclairé du patient est formalisé dans les situations particulières.

Ex. : recherche biomédicale, patient mineur ou majeur protégé.

31.f. Le patient est informé de la survenue d'un événement indésirable lors de sa prise en charge.

Référence 32

La douleur est évaluée et prise en charge.

Il s'agit de la douleur aiguë et/ou chronique, physique et/ou morale.

32.a. Une concertation est organisée entre les professionnels pour améliorer la prise en charge de la douleur selon les recommandations de bonne pratique

Le rôle du CLUD et des référents est important dans la prise en charge de la douleur.

32.b. Le patient est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement.

Pour certains patients, il est nécessaire d'impliquer également l'entourage et d'évaluer sa satisfaction (pédiatrie, réanimation, psychiatrie, etc.).

32.c. Les professionnels sont formés à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur.

La formation porte notamment sur l'évaluation de l'intensité de la douleur à périodicité définie à l'aide d'échelles validées. Les échelles adaptées sont utilisées, y compris dans certains groupes de patients tels que les nouveau-nés et les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale.

32.d. La disponibilité des traitements prescrits est assurée en permanence.

Référence 33

La continuité des soins est assurée.

Il s'agit de la continuité des soins au sein de l'établissement, mais aussi à l'occasion des transferts du patient vers d'autres structures.

33.a. Des règles de responsabilité, de présence, et de concertation sont mises en œuvre pour assurer la continuité des soins.

A titre d'exemple, les tableaux de gardes et d'astreintes constituent un support. A noter que l'organisation des changements et l'information correspondante aux services et aux professionnels concernés font partie des règles de présence et de concertation.

Hospitalisation à domicile

La structure s'assure d'une permanence de la réponse aux besoins du patient, 24 heures sur 24.

33.b. La coordination entre les équipes médicales et paramédicales est organisée.

La coordination et la continuité des soins s'appuient notamment sur les transmissions orales et écrites entre les diverses équipes.

33.c. La prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement est assurée.

Une organisation tant en personnel (réfèrent, formation, etc.) qu'en matériel (chariot d'urgence contrôlé à périodicité définie, système d'alerte, etc.) est mise en place et évaluée régulièrement pour juger de son efficacité.

Hospitalisation à domicile

L'HAD dispose d'une organisation pour faire face aux situations d'urgences vitales et d'aggravations de l'état de santé du patient. 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.

Le patient et son entourage sont informés des mesures à prendre en cas d'urgence et les acceptent. Le consentement est consigné dans le dossier.

Référence 34

La traçabilité des actes et la transmission, en temps opportun, des informations reposent sur une organisation adaptée du dossier du patient.

34.a. L'information contenue dans le dossier du patient est actualisée tout au long de sa prise en charge et également après sa sortie.

Hospitalisation à domicile

La spécificité de l'HAD consiste à allier la mise à disposition, au lit du patient, d'informations d'ordre clinique, psychologique, social et logistique, actualisées, avec l'exigence de données sécurisées et confidentielles. De ce fait, le dossier papier du patient est généralement scindé en deux parties : l'une, centralisée au sein de la structure, et l'autre, au domicile, à vocation de transmission aux acteurs concourant à la prise en charge du patient.

34.b. L'information contenue dans le dossier du patient est accessible aux professionnels en charge du patient, en temps utile.

Hospitalisation à domicile

Le dossier du patient comporte les informations médicales le concernant transmises par le médecin prescripteur d'HAD au médecin coordonnateur de la structure HAD avant l'admission. Le dossier du patient et, notamment, le dossier présent au domicile du patient permet une coordination et une continuité de prise en charge et comporte des informations actualisées sur l'évolution du patient, les traitements, les examens et les soins reçus.

34.c. Tout acte diagnostique et/ou thérapeutique fait l'objet d'une prescription écrite, datée et signée.

Il s'agit de toutes les prescriptions : ordonnances médicamenteuses, prescriptions d'examens biologiques, d'imagerie, d'exploration fonctionnelle, d'actes de kinésithérapie, etc.

34.d. L'information sur son état de santé et son traitement donnée au patient et/ou à son entourage est enregistrée dans le dossier du patient.

Le refus des soins est également à noter dans le dossier du patient.

Référence 35

Le fonctionnement des secteurs médico-techniques à visée diagnostique fait l'objet d'une concertation avec les secteurs d'activité.

Champ d'application : les secteurs médico-techniques sont les laboratoires (y compris d'anatomopathologie), le secteur d'imagerie et d'exploration fonctionnelle.

35.a. La prescription d'examens complémentaires est justifiée par l'état du patient et mentionne les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande.

Il s'agit, au travers de cette exigence, d'éviter les examens complémentaires systématiques, parfois inutiles et redondants, et d'en lier la prescription à l'évaluation initiale et régulière de l'état de santé du patient. Pour les examens de radiologie notamment, cela permet de minimiser les rayonnements ionisants subis par le patient et de répondre aux exigences réglementaires de justification et d'optimisation (cf. décret du 24 mars 2003) qui imposent à chaque prescripteur de s'interroger sur le bénéfice de l'examen par rapport au risque d'exposition et de toujours veiller à obtenir l'information diagnostique recherchée au moyen de la dose d'exposition la plus faible.

35.b. Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies.

- 35.c. Les règles relatives à la communication des résultats sont établies et répondent aux besoins des secteurs d'activité cliniques en termes de qualité et de délais de transmission.

En cas de conventionnement avec un autre établissement de santé ou un laboratoire de biologie médicale extérieur, les impératifs de disponibilité, de qualité et de délais de transmission des résultats doivent être respectés.

Référence 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.

- 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.

Les règles de prescription assurent la sécurisation de celles-ci : les retranscriptions sont à proscrire, les prescriptions informatiques sont à privilégier.

Le transport des médicaments est sécurisé (ex. : chariot fermé à clé, respect de la chaîne du froid, délai de transport court pour les urgences ou les produits à faible stabilité, tels que les chimiothérapies).

Des règles pour l'utilisation des médicaments personnels sont définies en particulier lors des situations de transition telles que l'hospitalisation, les transferts d'une structure à une autre, etc., notamment pour les produits de substitution chez les toxicomanes.

Hospitalisation à domicile

L'exigence de règles de validation et de dispensation s'applique aux structures ayant une pharmacie à usage intérieur.

- 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.

- 36.c. L'administration du médicament au patient est conforme à la prescription et fait l'objet d'une traçabilité.

Les professionnels s'assurent que les médicaments prescrits au patient ont bien été pris, facilitent leur prise, adaptent le mode d'administration à l'état du patient et renseignent le support prévu à cet effet.

- 36.d. Les informations sur les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont à la disposition des utilisateurs.

- 36.e. Les demandes urgentes de médicaments peuvent être satisfaites à tout moment.

Une organisation est en place afin d'assurer un accès aux médicaments prescrits en urgence (pharmacien de permanence, cadre infirmier référent, armoire à pharmacie d'urgence, etc.).

Référence 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.

Hospitalisation à domicile

Référence non applicable.

Référence 38

Le don d'organes ou de tissus à visée thérapeutique est organisé

- 38.a. La participation de l'établissement aux activités ou à un réseau de prélèvement d'organes et de tissus est définie.
- 38.b. Une information sur le don d'organes ou de tissus est disponible pour le public
- 38.c. Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes ou de tissus.
- 38.d. Les prélèvements d'organes ou de tissus sont réalisés conformément aux règles de bonnes pratiques

Il s'agit notamment de l'existence d'une personne ou d'une équipe spécialement formée, chargée des informations aux familles.

Référence 39

Les activités de rééducation et/ou de soutien sont coordonnées par les professionnels concernés, en lien avec ceux des secteurs d'activité cliniques.

Ces activités sont: la kinésithérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, la psychologie, la psychomotricité, l'orthoprothèse etc.

- 39.a. Le patient et son entourage sont partie prenante des activités de rééducation et/ou de soutien.

L'implication du patient dans les activités de rééducation et/ou de soutien est un facteur essentiel de réussite de cette prise en charge et, de ce fait, est recherchée en permanence. L'adhésion de la famille est également importante.

- 39.b. La prise en charge du patient associe les professionnels des secteurs d'activité cliniques et de rééducation et de soutien ; l'information réciproque et la collaboration sont effectives.

La trace de l'intervention de ces différents professionnels doit figurer dans le dossier du patient.

- 39.c. La prise en charge du patient est évaluée régulièrement par l'équipe pluriprofessionnelle et réajustée si besoin.

Exemples : réunions de synthèse, visites conjointes, réunions pluriprofessionnelles régulières.

Référence 40

L'éducation du patient sur son état de santé, son traitement et les questions de santé publique susceptibles de le concerner est assurée.

- 40.a. Un programme d'éducation thérapeutique adapté à son état de santé est mis en place en veillant à la compréhension du patient.

Le programme d'éducation thérapeutique est adapté au traitement, à la prévention des complications et des rechutes éventuelles. Il prend en compte les conséquences au quotidien de la maladie du patient sur sa vie familiale et professionnelle.

Le programme d'éducation thérapeutique est essentiel pour une participation efficace du patient à son traitement et à la reconnaissance des symptômes prédictifs de complications et/ou de rechutes. Ce programme porte, par exemple, sur des pathologies chroniques

(diabète, asthme, etc.) ou des suites opératoires (colostomie, trachéostomie, etc.) ou sur des actions de rééducation (phonique, physique, etc.).

Hospitalisation à domicile

Les actions d'éducation favorisent l'autonomisation par rapport aux thérapeutiques employées, l'adaptation à la réalité quotidienne et au handicap du patient, la formation en matière de nutrition et en matière d'entretien du matériel médical. Elles concernent également la gestion de l'environnement (respect des conditions d'hygiène, gestion des déchets, etc.).

40.b. L'entourage du patient est associé aux actions d'éducation, le cas échéant.

Hospitalisation à domicile

Les actions d'éducation thérapeutique sont systématiquement destinées au patient et à son entourage.

40.c. Une éducation aux questions de santé publique est délivrée au patient selon le cas.

Les questions de santé publique sont, par exemple, la prévention du risque vasculaire, par l'hygiène alimentaire et l'exercice physique, le tabagisme, les infections sexuellement transmissibles, la contraception, etc.

Référence 41

La continuité des soins après la sortie est planifiée et coordonnée avec le patient et son entourage ainsi qu'avec les professionnels intervenant en aval.

41a. Le patient, l'entourage et le médecin traitant sont associés à la planification de la sortie.

La sortie du patient se planifie parfois dès la consultation (notamment dans les hospitalisations de très courte durée) avec celui-ci et son entourage, le cas échéant, afin de prévoir un accueil compatible avec ses besoins, que le retour s'effectue au domicile ou dans un autre établissement de santé. Le retour à domicile peut s'effectuer avec l'appui d'une structure HAD ou SIAD (soins infirmiers à domicile) ainsi que dans le cadre d'un réseau de santé. Une attention est portée aux personnes en situation de précarité.

Hospitalisation à domicile

Le médecin coordonnateur émet un avis sur la sortie du patient de l'HAD qui est déterminée en concertation avec le médecin traitant. Le médecin prescripteur, lorsqu'il n'est pas le médecin traitant, est également informé.

41.b. Le patient est adressé aux professionnels et structures appropriés.

Il convient d'associer précocement les services sociaux à cette planification.

41.c. Les professionnels assurant l'aval sont informés et associés à la planification de la sortie du patient dans des délais compatibles avec la continuité de la prise en charge.

41.d. La continuité de la prise en charge est assurée lors du transfert entre établissements.

Des échanges au moment et après le transfert entre les professionnels de l'établissement et ceux intervenant en aval permettent d'apprécier et d'assurer la continuité de la prise en charge.

Référence 42

Les soins palliatifs font l'objet d'une réflexion pluriprofessionnelle en relation avec le médecin traitant.

42.a. La volonté du patient est prise en compte.

42.b. La prise en charge des besoins spécifiques du patient en fin de vie et de son entourage est assurée.

42.c. La formation des professionnels est organisée.

La formation des professionnels s'appuie sur une démarche participative multidisciplinaire d'accompagnement. Les professionnels sont formés à la reconnaissance des situations nécessitant une prise en charge spécifique avec le soulagement des symptômes et l'accompagnement du patient et de ses proches.

42.d. Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.

Référence 43

Le décès du patient fait l'objet d'un accompagnement.

43.a. Les personnes à prévenir sont contactées en cas d'état critique du patient et/ou en cas de décès.

Hospitalisation à domicile

Le médecin traitant et/ou hospitalier et les autres professionnels intervenant auprès du patient sont informés de son décès.

43.b. Les volontés et les convictions du défunt sont respectées.

43.c. Un accompagnement psychologique de l'entourage est assuré.

L'accompagnement du décès englobe tant l'approche psychologique de la phase de deuil que la facilitation concernant les démarches administratives et/ou sociales. Les conditions de conservation des corps et de présentation aux familles sont prises en compte.

43.d. Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.

Chapitre 4

CHAPITRE 4 - ÉVALUATIONS ET DYNAMIQUES D'AMÉLIORATION

Ce chapitre donne à l'établissement l'occasion de faire la synthèse des actions d'évaluation et d'amélioration de la qualité sur l'ensemble des secteurs d'activités décrits dans les trois premiers chapitres. L'objectif pour l'établissement est d'analyser les résultats obtenus et les ajustements apportés ou prévus, afin de définir, à l'échelle de l'établissement, les priorités et les lignes directrices des activités d'évaluation et d'amélioration qu'il veut initier ou poursuivre.

Ce chapitre débute par l'évaluation du service médical rendu au patient, axe prioritaire de la deuxième procédure d'accréditation. Le terme « médical » est entendu au sens large du terme (comprenant toute activité de soins, qu'elle soit réalisée par des médecins ou d'autres personnels soignants).

Dans le cadre de cette appréciation d'ensemble des actions d'évaluation menées, une attention particulière est portée à l'évaluation de la politique des ressources humaines, des fonctions hôtelières et des approvisionnements, du système d'information et du management de la qualité et de la gestion des risques.

Enfin, ce chapitre se conclut par l'évaluation des orientations stratégiques de l'établissement en termes de recueil de données sur l'atteinte des objectifs, de pilotage, d'analyse et de diffusion des résultats, et d'ajustements. Les mesures de perception de la qualité et de la satisfaction du public (patient et/ou son entourage, professionnels hors établissement ou professionnels œuvrant dans l'établissement) des services fournis par l'établissement représentent une part essentielle de cette évaluation.

A. PRATIQUES PROFESSIONNELLES

• Introduction

Trois références structurent cette évaluation :

- la référence 44 a trait à l'efficience et conduit les établissements et les équipes à évaluer la pertinence des actes et soins réalisés. Il est attendu que l'établissement de santé mette en œuvre au moins une action d'évaluation de pertinence par critère ;
- la référence 45 traite de l'évaluation des risques dans les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques par une approche *a priori* d'identification des risques et par une analyse *a posteriori* des événements indésirables. Il est attendu des établissements qu'ils fassent état, pour chaque type de prise en charge, d'actions concrètes d'amélioration ;
- la référence 46 a trait à l'évaluation de la qualité de la prise en charge par pathologie ou problème de santé. Il est attendu que l'établissement présente la mise en œuvre de un à trois projets d'évaluation et d'amélioration, par type de prise en charge.

L'évaluation de la prise en charge (référence 46) est susceptible d'apporter des éléments de réponse aux références 44 (pertinence) et 45 (évaluation du risque).

Référence 44

Les professionnels évaluent la pertinence* de leurs pratiques.

L'évaluation de la pertinence, c'est-à-dire de l'adéquation aux besoins des patients des indications d'hospitalisation, des durées de séjour, des actes et prescriptions est un élément important d'évaluation de la qualité des soins, notamment sur les plans sécurité et coût.

Il est demandé à l'établissement de faire état de ces démarches d'évaluation en précisant pour chacune les objectifs poursuivis et les actions mises en œuvre au terme de la démarche.

44.a. La pertinence des hospitalisations est évaluée.

Il s'agit d'actions d'évaluation de la pertinence des motifs d'hospitalisation, des durées de séjour ou de l'adéquation du secteur d'hospitalisation.

44.b. La pertinence des actes invasifs est évaluée.

44.c. La pertinence des prescriptions médicamenteuses est évaluée.

Exemples d'actions conduites : utilisation des antibiotiques ou des anticoagulants.

44.d. La pertinence des examens de laboratoires et des examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle est évaluée.

Eu égard à l'exigence de justification et d'optimisation pour toute prescription et réalisation d'examens, il est important que les établissements évaluent globalement le caractère approprié de leurs indications et prescriptions, notamment au regard de l'objectif de soumettre les patients à la plus faible dose d'exposition possible aux rayonnements ionisants. Exemples d'actions conduites : examen tomodensitométrique du rachis chez les patients lombalgiques, prescriptions de recherche de marqueurs tumoraux.

Référence 45

Les professionnels évaluent le risque lié aux soins.

Cette référence traite des modalités d'évaluation des risques mises en œuvre par les différents secteurs d'activité cliniques et médico-techniques. Elle s'inscrit en continuité des objectifs de la référence 14.

La mise en œuvre par les professionnels de pratiques à risque s'accompagne de la nécessité de prévenir la survenue des risques évitables en réunissant les conditions de sécurité adaptées.

En complément de cette approche *a priori*, l'analyse de la mortalité et de la morbidité ainsi que l'analyse d'événements sentinelles permettent d'identifier des événements significatifs survenant dans les secteurs d'activité et d'éviter la récurrence de ces événements. Cette approche permet le retour d'expérience, partie intégrante d'une démarche de gestion des risques.

- 45.a. Les professionnels identifient les actes, les processus et les pratiques à risque et évaluent leurs conditions de sécurité.
- 45.b. L'analyse des événements indésirables et la mise en œuvre des actions de prévention et d'amélioration correspondantes sont assurées.

L'analyse consiste à identifier les causes immédiates et latentes de survenue des événements, prioritairement lorsqu'ils sont graves. Elle peut être réalisée dans le cadre de revues de mortalité et de morbidité. Elle concerne les événements indésirables prédéfinis comme des événements sentinelles ou encore des événements identifiés par le système de signalement.

Référence 46

La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation.

Afin de déployer la démarche d'amélioration auprès des équipes cliniques, il est demandé aux professionnels de l'établissement, d'identifier, par type de prise en charge, une à trois pathologies ou problèmes de santé principaux au minimum en fonction du volume et de la diversité de l'activité. Ces pathologies ou problèmes de santé principaux feront l'objet de démarches d'évaluation plus approfondies. L'établissement les mentionnera dans son auto-évaluation et les experts-visiteurs y attacheront une importance particulière pendant la visite ; leur appréciation portera sur la qualité des démarches entreprises et non sur les résultats obtenus.

Ces pathologies ou problèmes de santé seront choisis en fonction de l'enjeu en termes d'amélioration de la qualité, au regard des critères suivants : fréquence de la prise en charge dans l'établissement, faisabilité d'une évaluation (existence de référentiels), existence d'une marge d'amélioration (variation connue des pratiques, actions d'amélioration acceptables par les professionnels, etc.) et impact potentiel en termes de santé publique (prévalence, gravité, coût). La base française d'évaluation en santé permet la mise à disposition des établissements des recommandations validées, élaborées par l'Anaes et par les autres organisations ou sociétés savantes.

Le caractère multiprofessionnel de la prise en charge de la pathologie ou du problème de santé envisagé doit être analysé dès la sélection du sujet pour définir les modalités de conduite du projet.

- 46.a. Les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés.
- 46.b. Les processus et les pratiques liés à la prise en charge sont analysés.
- 46.c. Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte.
- 46.d. Les objectifs d'amélioration sont définis et les actions mises en œuvre.
- 46.e. Les données et indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration.

46.f. Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons.

La comparaison des processus de prise en charge et des résultats de ces processus avec ceux d'autres équipes à l'intérieur du même établissement ou plus souvent avec ceux d'équipes extérieures ou avec des résultats publiés dans la littérature permet à l'équipe de se situer et le cas échéant d'identifier des opportunités d'amélioration. Cette approche est couramment appelée « benchmarking ».

B. RESSOURCES HUMAINES

Référence 47

Une évaluation de la politique des ressources humaines est mise en œuvre.

47.a. La réalisation des actions définies dans les orientations stratégiques est mesurée périodiquement dans chacun des domaines de la gestion des ressources humaines.

Il s'agit, pour chaque établissement, d'identifier ses mesures de suivi (par exemple : indicateurs, tableaux de bord, bilan social, enquête de satisfaction corrélée avec les réclamations ou les plaintes du patient et les événements sentinelles, etc.), et l'exploitation qu'il en fait en vue d'améliorer sa politique de ressources humaines, par exemple en matière de recrutement, formation, évaluation, conditions de travail, etc.

47.b. La satisfaction des professionnels de l'établissement est évaluée et prise en compte.

C. FONCTIONS HÔTELIÈRES ET LOGISTIQUES

Référence 48

Une évaluation des prestations logistiques est réalisée auprès des secteurs d'activité utilisateurs.

48.a. La satisfaction des utilisateurs est évaluée et prise en compte.

48.b. L'analyse des prestations logistiques donne lieu à des actions d'amélioration.

D. SYSTÈME D'INFORMATION

Référence 49

Une évaluation du système d'information est mise en œuvre.

49.a. Les dysfonctionnements du système d'information sont recensés, analysés et traités.

49.b. La satisfaction des utilisateurs est évaluée et prise en compte.

49.c. La gestion du dossier du patient est évaluée.

Différentes étapes de la gestion du dossier peuvent faire l'objet d'une démarche d'évaluation et d'amélioration :

- accessibilité du dossier dans le temps et dans l'espace aux personnes autorisées ;
- accessibilité de l'information nécessaire à la prise de décision, à la continuité des soins ;
- tenue du dossier : présentation et contenu ;

- ergonomie du dossier : présentation et classement ;
- partage des informations entre les professionnels : facilité d'accès et exhaustivité des informations nécessaires à chacun ;
- confidentialité des informations et intégrité ;
- transmission des informations pertinentes dans l'établissement selon la trajectoire du patient ;
- transmission des informations pertinentes vers des professionnels hors de l'établissement ;
- conditions de l'accessibilité et lisibilité des informations pour le patient ;
- traçabilité des prises de décisions, des prises en charge et des éléments de gestion des risques liés à chaque patient ;
- archivage du dossier : matériel, lieux et modalités de stockage.

E. QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

Référence 50

La mise en œuvre du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est évaluée.

50.a. L'atteinte des objectifs du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est régulièrement évaluée.

50.b. L'efficacité de la gestion des risques et des vigilances est évaluée.

L'efficacité peut être démontrée par l'évolution favorable d'indicateurs (événements fréquents, précurseurs d'événements graves). L'évaluation porte également sur l'organisation, l'activité et le fonctionnement du dispositif de gestion des risques : la remontée des fiches d'alerte, l'analyse et le traitement des événements, la pertinence des circuits.

50.c. La maîtrise de la documentation est évaluée.

Référence 51

La satisfaction du patient et de son entourage est évaluée.

51.a. Le recueil de la satisfaction des patients est suivi d'actions d'amélioration.

L'évaluation de la satisfaction des patients repose sur des méthodes validées :

- les questionnaires de sortie permettent d'identifier la perception des patients qui ont souhaité s'exprimer, cependant cette approche ne permet une mesure précise de la satisfaction qu'en cas de taux de retour important ;
- la conduite d'enquêtes sur échantillon représentatif répétées dans le temps aptes à fournir des indicateurs pouvant être suivis et donc servir d'outils de pilotage. Il s'agit notamment d'enquêtes à distance des épisodes d'hospitalisation.

Il est important d'évaluer la perception par le patient de la qualité de l'information donnée sur son état de santé ainsi que du respect de ses droits.

51.b. Les délais d'attente sont analysés et des actions d'amélioration sont entreprises.

Exemples : délais d'attente aux urgences ou aux consultations, délai d'obtention d'un rendez-vous, délai d'attente avant admission.

51.c. Les réclamations et les plaintes des patients sont suivies d'actions d'amélioration.

51.d. Les résultats de ces évaluations font l'objet d'échanges avec les représentants des usagers de l'établissement.

Référence 52

Les relations avec les correspondants externes de l'établissement sont évaluées.

52.a. L'établissement évalue les actions mises en œuvre pour impliquer les correspondants.

52.b. La satisfaction des correspondants est évaluée et prise en compte.

Il s'agit des médecins correspondants et autres professionnels de santé, des établissements liés par convention, des autres établissements sanitaires et sociaux en relation avec l'établissement, des réseaux, etc.
--

F. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Référence 53

La mise en œuvre des orientations stratégiques de l'établissement est évaluée et analysée.

53.a. Le suivi est réalisé et les évaluations sont utilisées pour réajuster si nécessaire les objectifs.

53.b. La direction et les instances disposent d'éléments permettant les comparaisons avec des établissements similaires.

53.c. Les résultats font l'objet d'une communication interne.

GLOSSAIRE

Action corrective : action visant à éliminer la cause d'une non-conformité ou d'une autre situation indésirable détectée. À ne pas confondre avec l'action préventive qui empêche l'occurrence d'un problème.

Action préventive : action visant à éliminer la cause d'une non-conformité potentielle ou d'une autre situation potentiellement indésirable. L'action préventive est entreprise pour empêcher l'occurrence alors que l'action corrective est entreprise pour empêcher la réapparition.

Exemple	Action curative	Action corrective	Action préventive
Médicaments périmés dans la pharmacie.	Jeter les médicaments.	Mettre en place une procédure de gestion de la pharmacie incluant un contrôle périodique.	Généralisation de la procédure aux produits sanguins labiles, aux solutés, etc.

Benchmarking ou parangonnage : méthode d'évaluation consistant à comparer ses propres méthodes et résultats à ceux d'autres professionnels exerçant des activités similaires.

Démarche qualité : ensemble des actions que mène l'établissement pour développer la satisfaction de ses clients.

Efficience : rapport entre les résultats obtenus et les ressources utilisées.

Enregistrement : document présentant des résultats obtenus ou la preuve de la réalisation d'une activité. Il permet de s'assurer que les résultats espérés ont été atteints ou que les activités ont été conduites comme prévu : c'est un élément essentiel de la traçabilité.

Événement indésirable : situation qui s'écarte de procédures ou de résultats escomptés dans une situation habituelle et qui est ou qui serait potentiellement source de dommages. Il existe plusieurs types d'événements indésirables : les dysfonctionnements (non-conformité, anomalie, défaut), les incidents, les événements sentinelles, les précurseurs, les presque accidents, les accidents (Anaes 2003).

Événement indésirable évitable : événement qui ne serait pas survenu si les soins ou leur environnement avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante.

Événement indésirable grave : tout événement indésirable à l'origine du décès, de la mise en jeu du pronostic vital immédiat, de la prolongation de l'hospitalisation, d'une incapacité ou d'un handicap (directive 2000/38/CE de la Commission européenne du 5 juin 2000, modifiant le chapitre *Vbis* - pharmacovigilance).

Événement sentinelle : occurrence défavorable qui sert de signal d'alerte et déclenche systématiquement une investigation et une analyse poussée (Anaes 2003).

Maintenance : ensemble des actions permettant de maintenir ou de rétablir un bien dans un état spécifié ou en mesure d'assurer un service déterminé (AFNOR NF X 60-010). La maintenance est corrective, préventive ou systématique.

Maltraitance : toute forme de mauvais traitement ; souvent utilisée comme synonyme de violence, elle permet d'en intégrer toutes les formes : psychologiques, institutionnelles, sexuelles. Le terme inclut, en outre, les négligences (abus par omission des Américains) (Cléry-Melin P. *et al.*, *Agir aux racines de la violence*).

Management : ensemble des techniques d'organisation et de gestion d'une entreprise. Par extension, le management désigne aussi les hommes de l'entreprise qui la dirigent.

Management de la qualité : activités coordonnées permettant d'orienter et de contrôler un organisme en matière de qualité.

Pertinence des soins (Revue de ...) : méthode permettant d'évaluer l'adéquation des soins et des durées d'hospitalisation aux besoins des patients. Elle s'applique à un soin ou un programme de soins et peut porter sur l'indication, l'initiation ou la poursuite des soins. Elle vise à établir, dans la gestion d'un système de soins, un équilibre entre les besoins particuliers d'un patient et les ressources disponibles (Anaes 2000).

Procédure : manière spécifiée d'effectuer une activité ou un processus (ISO 9000:2000).

Processus : ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie.(ISO 9000:2000).

Produits de santé : dans le cadre de ce manuel, ce sont les médicaments, les produits sanguins labiles, les substances stupéfiants ou psychotropes, les dispositifs médicaux, les dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro*, les organes, tissus, cellules et produits thérapeutiques annexes, les préparations magistrales, hospitalières, etc.

Protocole : descriptif de techniques à appliquer et/ou de consignes à observer.

Qualité des soins : niveau auquel parviennent les organisations de santé, en termes d'augmentation de la probabilité des résultats souhaités pour les individus et les populations, et de compatibilité avec l'état des connaissances actuelles.

Recommandations de bonne pratique (ou recommandations professionnelles) : propositions développées selon une méthode explicite pour aider le professionnel de santé et le patient à rechercher les soins le plus appropriés dans des circonstances cliniques données. Elles sont produites par les agences sanitaires, les sociétés savantes et associations professionnelles, etc. Les différentes méthodes de leur élaboration sont actuellement les recommandations pour la pratique clinique (RPC), la conférence de consensus et le consensus formalisé d'experts. La base française d'évaluation en santé (BFES), mise en place et gérée par l'Anaes (<http://bfes.Anaes.fr>), vise notamment à réunir en une base unique toutes les recommandations professionnelles françaises les plus récentes.

Référentiel : ensemble d'exigences qualité écrites, utilisées dans le cadre d'une démarche d'évaluation. Un référentiel est établi à partir de textes réglementaires, de recommandations de bonne pratique.

Réseau de santé : constitué entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers, il assure une prise en charge adaptée aux besoins de la personne, tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic, que des soins ; il peut participer à des actions de santé publique ; il procède à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et

prestations (art. L. 6321-1 du Code de la santé publique).

Revue de mortalité-morbidité : outil d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et de formation des professionnels, consistant en un moment d'analyse collective des cas dont la prise en charge a été marquée par un résultat défavorable (décès du patient ou survenue d'une complication) (Anaes 2004).

Risque : situation non souhaitée ayant des conséquences négatives résultant de la survenue d'un ou plusieurs événements dont l'occurrence est incertaine (Anaes 2003).

Signalement d'événements indésirables : formalité par laquelle tout incident ou effet indésirable est porté par un professionnel de santé à la connaissance de la structure de vigilance compétente pour le recueil, l'évaluation et la validation des cas.

Soins palliatifs : soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluriprofessionnelle. Ils ont pour objectif, dans une approche globale et individualisée, de prévenir ou soulager les symptômes physiques, dont la douleur, mais aussi les autres symptômes, d'anticiper les risques de complications et de prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels dans le respect de la dignité de la personne soignée. Ils cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables et se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Ils s'adressent aux personnes atteintes de maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée et terminale, ainsi qu'à leur famille et à leurs proches (Anaes 2002).

Vigilance sanitaire : élément du dispositif de veille sanitaire qui vise à optimiser la sécurité d'emploi des médicaments (pharmacovigilance), des stupéfiants et psychotropes (pharmacodépendance), des dispositifs médicaux (matérovigilance), des produits sanguins labiles (hémovigilance), des dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* (réactovigilance), des organes, tissus, cellules et produits thérapeutiques annexes (biovigilance), des produits à finalité cosmétique ou d'hygiène corporelle (cosmétovigilance). Les vigilances sanitaires ont pour objet la surveillance des événements indésirables ou des accidents liés à l'utilisation de ces produits, par un processus continu de recueil, d'enregistrement, d'identification, de traitement, d'évaluation et d'investigation.

- **Système d'information**

Annuaire : fonction permettant de fournir une information associée à un identifiant. Les applications sont multiples : adresse réseau d'un site, informations relatives à une personne (adresses de messagerie, numéros de téléphone), informations relatives à une entreprise, etc.

Auditabilité : capacité (...) à fournir la preuve que la conception et le fonctionnement du système et de ses contrôles internes sont conformes aux exigences de sécurité (*source* : CNAMTS-CESSI/AFNOR). La capacité à retracer tous les événements au cours d'une période est un élément important de l'auditabilité. L'auditabilité est une des quatre propriétés essentielles qui constituent la sécurité.

Autorisation : attribution à une entité d'un droit d'accès, complet ou restreint, à une ressource (*source* : CNAMTS-CESSI).

Confidentialité : propriété d'une information qui n'est ni disponible, ni divulguée aux personnes, entités ou processus non autorisés (*NF ISO 7498-2- Système de traitement de l'information, 1990*). La confidentialité est une des quatre propriétés essentielles qui constituent la sécurité. Elle peut être assurée très diversement (chiffrement, fragmentation, anonymat).

Disponibilité : propriété d'être accessible et utilisable sur demande, par une entité autorisée (ISO 7498-2). La disponibilité est une des quatre propriétés essentielles qui constituent la sécurité.

Domaine d'identification : rassemble, au sein d'une même organisation de santé, toutes les applications qui utilisent le même identifiant pour désigner un patient. Exemples : un cabinet médical disposant d'un mode unique d'identification de ses patients est considéré comme un domaine d'identification. Un établissement de santé dont tous les logiciels utilisent le même identifiant pour un patient est un domaine d'identification. Deux services cliniques qui utilisent le même identifiant de patient constituent un domaine d'identification.

Identifiant : séquence de caractères qu'un ou plusieurs systèmes utilisent pour représenter une personne de manière unique et lui associer des informations (*document du GMSIH, Identification du patient, guide de transition*).

Identification : opération qui consiste à attribuer un identifiant ou à retrouver un ou plusieurs identifiants à partir des caractéristiques (nom, prénom, sexe, date de naissance, etc.) d'un patient afin de retrouver les informations liées à ce patient (*document du GMSIH, Identification du patient, guide de transition*).

Identité : identifiant d'une personne, et ses caractéristiques (nom, prénom, sexe, date de naissance, etc.).

Informations(s) : élément(s) de connaissance susceptible(s) d'être représenté(s) à l'aide de conventions pour être conservé(s), traité(s) ou communiqué(s) (*FD S 97-700 Informatique de santé, Glossaire Sécurité des informations de santé, juillet 2002*).

Intégrité : propriété des données dont l'exactitude et la cohérence sont préservées de toute modification illicite. L'intégrité est une des propriétés essentielles qui constituent la sécurité (*FD S 97-700 Informatique de santé, Glossaire Sécurité des informations de santé, juillet 2002*).

Norme : spécification technique approuvée par un organisme reconnu à l'activité normative, pour l'application répétée ou continue, dont l'observation n'est pas obligatoire. Les normes sont définies et adoptées par des organismes de normalisation, la plupart du temps nationaux : AFNOR (Association française de normalisation), son équivalent américain, ANSI, ou internationaux : CEN (Centre européen de normalisation), ISO (*International Organization for Standardization*).

Rapprochement : action consistant à faire correspondre des identités provenant de domaines d'identification différents. Concrètement, un domaine met en relation l'identité délivrée par le domaine partenaire (interne ou externe à l'établissement), avec sa propre identité du patient, pour être sûr que le patient connu dans son domaine est le même que celui connu dans l'autre domaine. Le rapprochement des identités peut même faire l'objet d'une procédure automatisée dans le cas de partages fréquents de données personnelles de santé entre établissements. Cette procédure automatisée doit faire l'objet d'une attention particulière pour assurer une bonne correspondance entre les identités.

Voir Domaine d'identification

Système d'information : ensemble des moyens matériels, logiciels, organisationnels et humains visant à acquérir, stocker, traiter, diffuser ou détruire de l'information (*Glossaire Sécurité du GMSIH, extrait de Politique de sécurité des systèmes d'information des établissements de santé*). Le SIH est le système d'information hospitalier, le SIS le système d'information de santé, c'est-à-dire les systèmes d'information dans le domaine de la santé (*i.e.* Sécurité sociale, établissements de santé, mutuelles, cabinets libéraux, etc.).

Systeme informatique : tout ou partie d'un système d'information réalisant des traitements automatiques d'informations (*Glossaire Sécurité* du GMSIH, extrait de *Politique de sécurité des systèmes d'information des établissements de santé*).

TABLE DES SIGLES

AFNOR	Agence française de normalisation.
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.
ARH	Agence régionale d'hospitalisation.
CA	Conseil d'administration.
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.
CLAN	Comité de liaison alimentation nutrition.
CLIC	Comité local d'information et de coordination.
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales.
CLUD	Comité de lutte contre la douleur.
CME	Commission médicale d'établissement (établissements publics et privés PSPH) ou conférence médicale d'établissement (établissements privés non PSPH).
CNIL	Commission nationale informatique et libertés.
COMEDIMS	Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles.
CSTH	Comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance.
CTE	Comité technique d'établissement.
CTIN	Comité technique des infections nosocomiales.
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales.
DGS	Direction générale de la santé.
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.
DIM	Département d'information médicale.
GMSIH	Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier.
InVS	Institut national de veille sanitaire.
ISO	<i>International organization for standardization.</i>
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information.
RAISIN	Réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales.
SROS	Schéma régional d'organisation des soins.

LISTE DES RÉFÉRENCES

- Référence 1** L'établissement définit et met en œuvre des orientations stratégiques.
- Référence 2** L'établissement accorde une place primordiale au patient et à son entourage.
- Référence 3** La politique des ressources humaines est en conformité avec les missions et les orientations stratégiques de l'établissement.
- Référence 4** La politique du système d'information et du dossier du patient est définie en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.
- Référence 5** L'établissement définit et met en œuvre une politique de communication.
- Référence 6** L'établissement définit une politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques intégrée aux orientations stratégiques.
- Référence 7** L'établissement met en œuvre une politique d'optimisation de ses ressources et de ses moyens en adéquation avec les orientations stratégiques.
- Référence 8** Le dialogue social est organisé au sein de l'établissement.
- Référence 9** Les processus de gestion des ressources humaines sont maîtrisés.
- Référence 10** Les fonctions hôtelières assurées par l'établissement ou externalisées sont adaptées aux besoins et aux attentes du patient et de son entourage.
- Référence 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.
- Référence 12** Les approvisionnements sont assurés.
- Référence 13** Un système de management de la qualité est en place.
- Référence 14** La gestion des risques est organisée et coordonnée.
- Référence 15** Un dispositif de veille sanitaire est opérationnel.
- Référence 16** Un programme de surveillance et de prévention du risque infectieux, adapté au patient et aux activités à risque, est en place.
- Référence 17** La gestion des risques liés aux dispositifs médicaux est assurée.
- Référence 18** La gestion des risques liés à l'environnement, hors infrastructures et équipements, est assurée.
- Référence 19** La sécurité et la maintenance des infrastructures et des équipements, hors dispositifs médicaux, sont assurées.
- Référence 20** La sécurité des biens et des personnes est assurée.
- Référence 21** Le recueil et la mise à disposition de l'information sont organisés dans l'établissement.
- Référence 22** Une identification* fiable et unique du patient est assurée.
- Référence 23** La sécurité du système d'information est assurée.
- Référence 24** Le dossier du patient obéit à des règles de gestion définies pour l'ensemble des secteurs d'activité.
- Référence 25** Les responsables des secteurs d'activité exercent pleinement leur rôle.
- Référence 26** Les droits et la dignité du patient sont respectés.
- Référence 27** L'accueil du patient et de son entourage est organisé.
- Référence 28** La prise en charge du patient se présentant pour une urgence est organisée.
- Référence 29** L'évaluation initiale de l'état de santé du patient donne lieu à un projet thérapeutique personnalisé, ajusté tout au long de sa prise en charge.

- Référence 30** Des situations nécessitant une prise en charge adaptée sont identifiées.
- Référence 31** Le patient est informé de son état de santé et est partie prenante de sa prise en charge.
- Référence 32** La douleur est évaluée et prise en charge.
- Référence 33** La continuité des soins est assurée.
- Référence 34** La traçabilité des actes et la transmission, en temps opportun, des informations reposent sur une organisation adaptée du dossier du patient.
- Référence 35** Le fonctionnement des secteurs médico-techniques à visée diagnostique fait l'objet d'une concertation avec les secteurs d'activité.
- Référence 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.
- Référence 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.
- Référence 38** Le don d'organes ou de tissus à visée thérapeutique est organisé.
- Référence 39** Les activités de rééducation et/ou de soutien sont coordonnées par les professionnels concernés, en lien avec ceux des secteurs d'activité cliniques.
- Référence 40** L'éducation du patient sur son état de santé, son traitement et les questions de santé publique susceptibles de le concerner est assurée.
- Référence 41** La continuité des soins après la sortie est planifiée et coordonnée avec le patient et son entourage ainsi qu'avec les professionnels intervenant en aval.
- Référence 42** Les soins palliatifs* font l'objet d'une réflexion pluriprofessionnelle en relation avec le médecin traitant.
- Référence 43** Le décès du patient fait l'objet d'un accompagnement.
- Référence 44** Les professionnels évaluent la pertinence* de leurs pratiques.
- Référence 45** Les professionnels évaluent le risque lié aux soins.
- Référence 46** La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation.
- Référence 47** Une évaluation de la politique des ressources humaines est mise en œuvre.
- Référence 48** Une évaluation des prestations logistiques est réalisée auprès des secteurs d'activité utilisateurs.
- Référence 49** Une évaluation du système d'information est mise en œuvre.
- Référence 50** La mise en œuvre du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est évaluée.
- Référence 51** La satisfaction du patient et de son entourage est évaluée.
- Référence 52** Les relations avec les correspondants externes de l'établissement sont évaluées.
- Référence 53** La mise en œuvre des orientations stratégiques de l'établissement est évaluée et analysée.

ONT PARTICIPÉ

- **Les membres du groupe de travail « Hospitalisation à domicile »**

Mme Annick BIJU-DUVAL, directeur de soins, HAD de Nice et sa région, Nice.
M. le Dr Guy BON, médecin coordonnateur, HAD de Nantes et sa région, Nantes.
Mme Marie-Paule BRU, HAD, UDSMA, Rodez.
M. Eric DUBOST, directeur de soins, Soins et santé, Caluire-et-Cuire.
M. Claude FONQUERNIE, directeur-adjoint, CH des Pyrénées, Pau.
Mme Martine GILLER, cadre supérieur de santé, Santé service, Puteaux.
Mme Yvette HANNO, directrice qualité, HAD AP-HP, Paris.
M. le Dr Daniel d'HÉROUVILLE, HAD, Fondation de la Croix Saint-Simon, Paris.
Mme le Dr Lydie NICOLAS, HAD, centre hospitalier de Grenoble, Grenoble.
Pour l'Anaes :
M. le Dr Charles BRUNEAU, adjoint au chef de service, service études et développement, direction de l'accréditation, Anaes.
Mme Christiane CHEVILLARD, adjoint au chef de service, service des procédures d'accréditation, direction de l'accréditation, Anaes.

- **Les membres du groupe de travail « Médecine et chirurgie »**

M. le Pr Philippe ARNAUD, pharmacien, hôpital Charles-Nicolle, Rouen.
M. Yvon BERTEL VENEZIA, directeur général, polyclinique Dubois, Lille.
M. le Dr Jean-Louis BLACHE, médecin anesthésiste, institut Paoli Calmettes, Marseille.
M. le Dr Gérard BLEICHNER, médecin urgentiste, centre hospitalier d'Argenteuil.
Mme Catherine DUMARTIN-RINCO, secrétaire médicale, centre hospitalier Pellegrin, Bordeaux.
M. le Dr Jean-François DÜRR, médecin généraliste, hôpital de Freyming-Merlebach.
M. le Dr Michel GREHANT, cardiologue, Figeac.
Mme Martine IMBERT, directeur de soins, centre hospitalier de Poitiers.
M. le Dr Antoine LAMBERT, médecin généraliste de ville, Calais.
M. le Dr Hervé LECLET, radiologue, institut Calot, Berck-sur-Mer.
M. le Dr Philippe LEMAIRE, chirurgien, polyclinique Les Bleuets, Reims.
M. Jacques MOPIN, représentant d'usagers, UFC Que Choisir, Paris.
Mme Virginie VALLAR, directeur adjoint, hôpital Léopold-Bellan, Paris.
Pour l'Anaes :
Mme Rose-Marie ANDRIEUX, chef de projet, service études et développement, direction de l'accréditation, Anaes.
M. Didier BRUNEAU, chef de projet, service des procédures d'accréditation, direction de l'accréditation, Anaes.
M. Thierry de LAMBERT, chef de projet, service des procédures d'accréditation, direction de l'accréditation, Anaes.
M. le Dr Jean PETIT, chargé de mission, Service études et développement, direction de l'accréditation, Anaes.

- **Les membres du groupe de travail « Soins de suite ou de réadaptation »**

M. Abdelfattah AMARA, directeur, clinique médicale de Saclay.
Mme Catherine BOURRELLIS, ergothérapeute, hôpital Broca, Paris.
M. le Dr Alain CORMERAIS, médecin en réadaptation fonctionnelle, CRRF de Kerpape, Ploëmeur.
M. Renaud COUPRY, directeur, centre de rééducation et de réadaptation La Chataigneraie, Menucourt.
M. Michel DELCEY, représentant d'usagers, Association des Paralysés de France (APF), Paris.
M. le Dr Philippe de NORMANDIE, chirurgien, hôpital Raymond-Poincaré, Garches.
M. le Dr Daniel DEPARCY, médecin en réadaptation fonctionnelle, centre hospitalier général, Tourcoing.
M. Eric LE PAGE, éducateur, centre de postecure Marien Bronn, Lobsann.
Mme Joselyne MAGNE, psychologue, hôpital Cochin, Paris.
M. Jacques MARTY, kinésithérapeute, SESMAS, Collioure.
M. Jacques PAULUS, représentant d'usagers, Association Française contre les Myopathies (AFM), Évry.
M. Pierre TRUDELLE, kinésithérapeute, Paris.
Mme Yolande PERDEREAU, diététicienne, centre de l'Arche, Saint-Saturnin.
Pour l'Anaes :
Mme Rose-Marie ANDRIEUX, chef de projet, service études et développement, direction de l'accréditation, Anaes.
Mme Frédérique HANQUAUT, chef de projet, service des procédures d'accréditation, direction de l'accréditation, Anaes.

- **Les membres du groupe de travail « Soins de longue durée »**

Mme BÉGORRE, représentante d'usagers, vice-présidente CORERPA-IDF.
Mme Sylvaine CÉLERIER, directeur, hôpital local, Nontron.
Mme le Dr Sylvie HAULON, gériatre, hôpital Broca, AP-HP, Paris.
M. le Dr Richard HUGUET, gériatre, clinique de La Porte verte, Versailles.
Mme Annie KLAVINSKI, cadre infirmier, centre de gériatrie Beauséjour, Hyères.
M. Francis LAFORTUNE, directeur, SIH des Hauts-de-Seine-Nord, CASH, Nanterre.
Mme Régine MONNIER, infirmière, hôpital gériatrique Bateliers, Lille.
M. Raoul de PLINVAL, représentant d'usagers, vice-président CORERPA-IDF.
M. le Dr Christophe TRIVALLE, spécialiste douleur, hôpital Paul-Brousse, Villejuif.
Mme Anne-Françoise VENANT, diététicienne, hôpital Nord, centre hospitalier universitaire, Cébazat.
Pour l'Anaes :
M. le Dr Charles BRUNEAU, adjoint au chef de service, service études et développement, direction de l'accréditation, Anaes.

M. le Dr Roger PESCHAUD, chargé de mission, service études et développement, direction de l'accréditation, Anaes.
M. Stéphane THIBAUT, chef de projet, service des procédures d'accréditation, direction de l'accréditation, Anaes.

• **Les membres du groupe de travail « Gestion des ressources humaines »**

M. le Dr Jean-Luc BARON, président de CME, clinique Clémentville, Montpellier.
M. le Dr Alain BROUSSE, président de CME, centre hospitalier de Dôle.
Mme Geneviève DAVID, directeur des soins, centre hospitalier universitaire d'Angers.
M. André DESLYPPER, directeur, polyclinique de Courlancy, Reims.
Mme Mireille DUCROS, directeur des soins, clinique Clairval, Marseille.
M. Jean-Baptiste HAGENMULLER, AP-HP, directeur du projet et des affaires médicales, hôpital Saint-Antoine, Paris.
M. Daniel JANCOURT, directeur des ressources humaines, AP-HP, CHU du Kremlin-Bicêtre.
Mme Noëlle KOBRINE, représentante d'usagers, Charenton-le-Pont.
M. Alain LAURENT, directeur, clinique Sainte-Anne, Langon.
Mme Elisabeth PLANCHENAU, directeur des soins, centre régional de lutte contre le cancer Val d'Aurelle, Montpellier.
Mme Josiane SAMMUT, directeur des ressources humaines, CMC de la Porte de Pantin, Paris.
Pour l'Anaes :
Mme Rose-Marie ANDRIEUX, chef de projet, service études et développement, direction de l'accréditation, Anaes.
Mme Michèle LENOIR-SALFATI, adjoint au chef de service, service des procédures d'accréditation, direction de l'accréditation, Anaes.
M. le Dr Olivier OBRECHT, chef de service, service études et développement, direction de l'accréditation, Anaes.

• **Les membres du groupe de travail « Qualité et prévention des risques »**

Mme le Dr Florence ASSELINEAU, médecin-anesthésiste, clinique privée, Limoges.
M. le Dr Marc ATTIA, directeur, CMC de Parly II, Le Chesnay.
Mme Anne BAZIN, responsable qualité, clinique Pasteur, Toulouse.
Mme Chantal BICOCCI, biovigilance, hôpital Beaujon, Clichy.
Mme Marie-Françoise DUMAY, cadre infirmier supérieur, chargée de la prévention des risques, hôpital Saint-Joseph, Paris.
Mme Martine ERB, cadre infirmier, hygiéniste, centre hospitalier universitaire, Lille.
M. le Pr Patrice FRANÇOIS, PUPH en santé publique, centre hospitalier universitaire, Grenoble.
M. le Dr David FRITSCH, service gestion des risques, société hospitalière d'assurances mutuelles (SHAM), Lyon.
Mme le Dr Françoise HARAMBURU, responsable pharmacovigilance, hôpital Pellegrin, Bordeaux.
M. Alain GUEY, ingénieur, conseiller technique, département accréditation, qualité et gestion des risques, Hospices Civils, Lyon.
M. le Dr Patrick JAMBOU, président du CLIN, médecin, service infectiologie, hôpital de Cimiez, Nice.
Mme le Dr Annie-Pierre JONVILLE-BERA, médecin, service de pharmacologie, CHRU Bretonneau, Tours.
Mme le Dr Marie-Laure PIBAROT, SEQUASS, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), Paris.
Mme Frédérique POTHIER, représentante des usagers, Association « Le Lien », Courtaboeuf.
M. le Dr Jean-Luc QUENON, chef de projet en gestion des risques, comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CECQA), hôpital Xavier-Arnoz, Pessac.
Mme Catherine ROUET, cadre hygiéniste, polyclinique Rennaise, Saint-Grégoire.
Pour l'Anaes :
Mme le Dr Nafissa ABDELMOUMÈNE, chef de projet, service études et développement, direction de l'accréditation, Anaes.
Mme Brigitte DION, chef de projet, service études et développement, direction de l'accréditation, Anaes.
M. le Dr Vincent MOUNIC, adjoint au chef de service, service études et développement, direction de l'accréditation, Anaes.
Mme le Dr Marie SAJUS, chef de projet, service des procédures d'accréditation, direction de l'accréditation, Anaes.
Mme Christine VERMEL, chef de projet, service des procédures d'accréditation, direction de l'accréditation, Anaes.

• **Les membres du groupe de travail « Prise en charge du patient en psychiatrie et santé mentale »**

Mme Aude CARIA, responsable Maison des Usagers, centre hospitalier Saint-Anne, Paris.
M. Jean CAUCHON, chef du service de pharmacie, Fondation « Saint-Sauveur », Picauville.
M. Marc CHAZEAUD, infirmier IDE, centre hospitalier de l'Esquirol, Limoges.
M. Arnaud COLAS, psychologue clinicien, maison d'arrêt Charles 3, Nancy.
Mme Claudine DROUIN, directrice des soins, responsable qualité, MEDIPSY, Rennes.
Mme Claude FINKELSTEIN, présidente de la Fédération nationale d'(ex) patients en psychiatrie (FNAP), Paris.
Mme Marie-Thérèse GAULARD, infirmière, clinique de l'Espérance, Rennes.
M. le Dr Pierre GODART, psychiatre, centre hospitalier spécialisé, Pau.
M. Jean-Philippe GUIHARD, ergothérapeute, centre hospitalier spécialisé, Plouguernevel.
M. le Dr Claude JACOB, psychiatre, centre hospitalier spécialisé de Jury-les-Metz, Metz.
Mme Liliane JAKUBIAK, responsable qualité, EPSM de Lille-Métropole, Armentières.
Mme Suzanne JUST, directrice, clinique Saint-Luc, Nice.
Mme Martine LEEDS, assistante sociale, établissement public de santé ERASME, Antony.
Mme Martine MAUGUEN, cadre de santé en psychiatrie, hôpital d'instruction des armées Percy, Clamart.
Mme Evelyne MOLLARD, psychologue clinicienne, hôpital neurochirurgical, Lyon.
Mme le Dr Diane PURPER-OUAKIL, pédopsychiatre, CHU Robert-Debré, Paris.
M. le Dr Pierre RANCE, psychiatre, clinique « Mon Repos », Marseille.
Mme Isabelle ROBINEAU, responsable qualité, centre hospitalier spécialisé de Ville-Évrard, Neuilly-sur-Marne.
M. Jean-Pierre STAEBLER, directeur, centre hospitalier de la Haute-Marne, hôpital André-Breton, Saint-Dizier.
M. le Pr Jean-Louis TERRA, psychiatre, centre hospitalier « Le Vinatier », Bron.
M. le Dr Patrice VANAMERONGEN, membre de l'Union nationale des familles de malades mentaux (UNAFAM), Noisy-le-Roi.
Pour l'Anaes :
Mme le Dr Nafissa ABDELMOUMÈNE, chef de projet, service études et développement, direction de l'accréditation, Anaes.
M. le Dr Matthieu BOUSSARIE, adjoint au chef de service, service des procédures d'accréditation, direction de l'accréditation, Anaes.

M. le Dr Charles BRUNEAU, adjoint au chef de service, service études et développement, direction de l'accréditation, Anaes.

• **Les membres du groupe de travail « Prise en charge du patient en périnatalité »**

Mme Laetitia ALI, représentante des usagers, Confédération syndicale des familles (CSF), Paris.

M. le Dr Guy BERCAU, gynécologue, hôpital « Notre-Dame de Bon Secours », Paris.

Mme Clara CAVASINO, directrice du service maternité, clinique de l'Yvette, Longjumeau.

Mme Annie CHARPENTIER, cadre de santé, centre hospitalier, Saint-Quentin.

Mme Marie DUNYACH, directrice, hôpital Robert-Debré, Paris.

M. Gilles GAEBEL, représentant des usagers, Collectif inter associatif pour la naissance (CIAN), Carrières-sur-Seine.

M. le Dr Claude LARDEUX, pédiatre, centre hospitalier, Longjumeau.

Mme Fadila MAATA, représentante des usagers, Union des femmes civiques et sociales (UFCS), Paris.

Mme Ghislaine MARCAULT, sage-femme, CHU, Poitiers.

M. le Dr Jean MARTY, gynécologue-obstétricien, clinique Claude-Bernard, Albi.

M. le Dr Daniel MIGUET, médecin-anesthésiste, clinique Michelet, Saint-Etienne.

Mme Dr Maryse PALOT, médecin-anesthésiste, CHU « Maison Blanche », Reims.

Mme Françoise PEREZ, sage-femme, clinique Champeau, Béziers.

Pour l'Anaes :

Mme Rose-Marie ANDRIEUX, chef de projet, service études et développement, direction de l'accréditation, Anaes.

Mme Marianne BLANC, chef de projet, service des procédures d'accréditation, direction de l'accréditation, Anaes.

M. le Dr Jean PETIT, chargé de mission, service études et développement, direction de l'accréditation, Anaes.

• **Les membres du groupe de travail « Management de l'établissement et des secteurs d'activité »**

Mme Sophie BEAURAIN, directrice, clinique Clairval, Marseille.

M. le Dr Pierre BLANC, président de la CME, centre hospitalier, Angoulême.

M. Loïc GEFFROY, délégué général, Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), Paris.

M. le Pr Yves HELOURY, président de la CME, centre hospitalier universitaire, Nantes.

Mme Sylviane GUYOMARC'H, directrice des soins infirmiers, clinique du Pont de Chaume, Montauban.

M. Alain MICHEL, directeur, centre hospitalier, Niort.

Mme Nicole MONSTERLET, directrice des soins infirmiers, centre hospitalier de Sainte-Anne, AP-HP, Paris.

M. Jean-Jacques MONTEIL, directeur général, institut mutualiste Montsouris, Paris.

Mme Ivane PANSARD, directrice des soins infirmiers, hôpital Raymond-Poincaré, AP-HP, Garches.

M. Jean-Jacques ROMATET, directeur général, centre hospitalier universitaire, Nice.

M. Pierre SAVIN, directeur général, polyclinique, Bordeaux.

M. le Dr Paul STROUMZA, directeur médical, clinique « Résidence du Parc », Marseille.

M. le Pr Gérard VIENS, ESSEC, Cergy-Pontoise.

Pour l'Anaes :

Mme le Dr Nafissa ABDELMOUMÈNE, chef de projet, service études et développement, direction de l'accréditation, Anaes.

Mme Marianne BLANC, chef de projet, service des procédures d'accréditation, direction de l'accréditation, Anaes.

M. Philippe JOURDY, chef de Service, service des procédures d'accréditation, direction de l'accréditation, Anaes.

• **Les membres du groupe de travail « Gestion du système d'information »**

Mme Karima BOURQUARD, directrice de projet, Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH), Paris.

Mme Sophie CARL-BACHER, directrice de projet, Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH), Paris.

M. Max BENSADON, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, Paris.

M. Denis DUCASSE, adjoint au chef du bureau des systèmes d'information hospitaliers, ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, Paris.

M. Hugues DUFÉY, directeur, Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH), Paris.

M. Michel FEUGAS, directeur adjoint, Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH), Paris.

Pour l'Anaes :

Mme le Dr Nafissa ABDELMOUMÈNE, chef de projet, service études et développement, direction de l'accréditation, Anaes.

Mme Brigitte DION, chef de projet, service études et développement, direction de l'accréditation, Anaes.

M. Amah KOUEVI, chef de projet, service des procédures d'accréditation, direction de l'accréditation, Anaes.

M. Hervé NABARETTE, chef de projet, service études et développement, direction de l'accréditation, Anaes.

- **Les membres du groupe de relecture du manuel**

- Mme Nadia ABCHICHE-KHIARI, chargée de la qualité, hôpital Léopold-Bellan, Paris.
- Mme Laure ALBERTINI, chargée de mission, centre d'éthique clinique, hôpital Cochin, Paris.
- M. Pierre ALETTI, responsable gestion qualité et risques, centre Alexis-Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy.
- Mme Nathalie ALQUIER, directeur, clinique de l'Escrebieux, Esquerchin.
- M. le Pr René AMALBERTI, directeur du département sciences cognitives et ergonomie, IMASSA, Brétigny-sur-Orge.
- Mme Patricia AMIOT, directeur des soins, centre hospitalier intercommunal Poissy-St-Germain, Poissy.
- M. Christophe BARBÉ, ingénieur qualitatif, centre hospitalier des Pyrénées, Pau.
- Mme Nadine BARBIER, Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH-IDF), Paris.
- M. Pierre-Jean BARGNOUX, pharmacien biologiste, centre Jean-Perrin, laboratoire de biologie, référent du réseau des experts-visiteurs Auvergne et Rhône-Alpes et expert-visiteur coordonnateur auprès de l'Anaes, Clermont-Ferrand.
- Mme Nicole BERTINI, cadre de santé, chargée de mission accréditation, centre hospitalier de Fleyriat, Bourg-en-Bresse.
- Mme le Dr Josseline BERTRAND-BARAT, praticien hospitalier, pharmacienne, centre hospitalier Pellegrin, Bordeaux.
- Mme Espérance BIDAUD, expert-visiteur auprès de l'Anaes, Meyzieu.
- M. Patrick BINI, directeur général adjoint, centre hospitalier universitaire de Nice, hôpital de Cimiez, Nice.
- M. le Dr Patrice BLONDEL, chef de service hygiène-microbiologie, centre hospitalier de Delafontaine, Saint-Denis.
- M. Robert BOBIN, directeur adjoint, centre hospitalier du Pays d'Aix, Aix-en-Provence.
- M. Philippe BOURREL, directeur des soins, CHU de Nantes.
- Mme Martine BOUYSSIÉ, responsable qualité, institut Paoli Calmettes, Limoges.
- M. Gérard BOUYSSOUX, expert-visiteur coordonnateur auprès de l'Anaes, directeur, institut Marcel-Rivière, Le Mesnil Saint-Denis.
- Mme Bénédicte BOYÉ, attachée de direction, polyclinique Majorelle, Nancy.
- M. le Dr Pierre BRONN, expert-visiteur coordonnateur auprès de l'Anaes, chirurgien, hôpital Saint-André, service chirurgie digestive-viscérale, Metz.
- Mme Carine CAMBY, directrice générale, Établissement français des greffes, Paris.
- M. Bernard CANAC, expert-visiteur auprès de l'Anaes, responsable assurance qualité, centre hospitalier Sainte-Marie, Rodez.
- M. le Dr Hervé CARLIER, expert-visiteur auprès de l'Anaes, médecin en médecine physique et réadaptation, clinique Saint-Roch, Cambrai.
- M. David CAUSSE, directeur d'hôpital, adjoint au délégué général, responsable du pôle vieillesse, handicap, enfance & exclusion et du secteur santé mentale, Fédération hospitalière de France, Paris.
- M. le Dr Alain CHABROL, référent du réseau des experts-visiteurs Aquitaine, Limousin, Poitou-Charentes et expert-visiteur coordonnateur auprès de l'Anaes, chirurgien, centre hospitalier, Périgueux.
- M. Michel CHANTEUR, expert-visiteur coordonnateur auprès de l'Anaes, centre de réadaptation des Massues, Lyon.
- Mme Françoise CHEVROLLE, chef du bureau audit et qualité, direction centrale du service de santé des armées, 00459 Armées.
- M. Daniel CHICHE, expert-visiteur auprès de l'Anaes, directeur adjoint, centre hospitalier, service finance et informatique, Saverne.
- M. le Dr Roger CIAIS, président du conseil de surveillance, clinique des Trois Lucs, Marseille.
- M. Bernard CROZAT, expert-visiteur coordonnateur auprès de l'Anaes, directeur, centre hospitalier départemental, Saint-Laurent-du-Pont.
- M. Antoine DE RICCARDIS, expert-visiteur auprès de l'Anaes, directeur, centre hospitalier Charles-Perrens, Bordeaux.
- M. Jacques DEFER, directeur adjoint, centre hospitalier, Rouffach.
- M. Gérard DELAHAYE, directeur, centre hospitalier Philippe-Pinel, Amiens.
- M. Olivier DENHAENE, juriste, représentant d'usagers, Association française contre les myopathies, Évry.
- M. Jean-Pierre DEYMIER, référent du réseau des experts-visiteurs Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et expert-visiteur coordonnateur auprès de l'Anaes, directeur, clinique Pasteur, Toulouse.
- M. le Dr Jean-Pierre DUFFET, cardiologue, expert-visiteur auprès de l'Anaes, chef de service département d'information médicale, centre médico-chirurgical Marie-Lannelongue, Le Plessis-Robinson.
- M. le Dr Jean-Paul DUMAS, référent du réseau des experts-visiteurs Bourgogne et Centre et expert-visiteur coordonnateur auprès de l'Anaes, médecin en explorations fonctionnelles, centre hospitalier universitaire - hôpital Le Bocage, centre d'explorations fonctionnelles, Dijon.
- M. Philippe DUNETON, directeur général, AFSSAPS, Saint-Denis.
- M. Marc DUPONT, directeur d'hôpital, membre de la Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer, ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, Paris.
- Mme Michèle ELLES, directeur chargé des relations avec les usagers, de l'accréditation et des vigilances, hôpitaux universitaires de Strasbourg.
- M. le Pr Jean-Dominique FAVRE, psychiatre, chef de service, hôpital d'instruction des armées Percy, Clamart.
- M. Francis FELLINGER, président, conférence des présidents de CME des CH, centre hospitalier spécialisé, Haguenau.
- M. le Pr Pierre-Antoine FUENTES, président, conférence des présidents de CME des CHU, APHM, Marseille.
- M. le Dr Jean-Michel GASCOU, expert-visiteur coordonnateur auprès de l'Anaes, médecin, centre hélio-marin, rééducation fonctionnelle, Banyuls-sur-Mer.
- M. le Pr Laurent GERBAUD, UF d'évaluation médicale, service épidémiologie, économie de la santé et prévention, CHU de Clermont-Ferrand.
- Mme Joëlle GÉRINIER, référent du réseau des experts-visiteurs Ile de France et DOM-TOM et expert-visiteur coordonnateur auprès de l'Anaes, directeur adjoint, hôpital Avicenne (AP-HP), direction des droits du malade, de l'accréditation, des affaires générales et juridiques, Bobigny.
- Mme Houria GIL, expert-visiteur auprès de l'Anaes, cadre infirmier supérieur, centre hospitalier Pierre-Oudot, direction des soins, Bourgoin-Jallieu.
- M. Éric GINESY, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, sous-direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé, ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, Paris.
- M. le Dr Jacques GLIKMAN, centre médico-psychologique TAGORE, Épinay-sur-Seine.
- M. Thierry GONTHIER, expert-visiteur auprès de l'Anaes, cadre infirmier supérieur, Association pour le traitement de l'insuffisance rénale, service hémodialyse, Avignon.

- M. le Dr Gérard GOZET, neuroradiologue, vice-président, Confédération nationale des présidents de CME de l'hospitalisation privée, Lille.
- Mlle Séverine GRELLIER, coordinatrice qualité, hôpital Esquirol, Saint-Maurice.
- Mme Edwige GROBON, stagiaire qualité, polyclinique orthopédique de Lyon, clinique du Parc, Lyon.
- Mme Claude GUELDRY, directrice, BAQIMEHP, Paris.
- Mme Christine GUERI, directeur qualité, AP-HP, hôpital Henri-Mondor, Créteil.
- Mme Marie-Ange GUERRERO, coordinatrice des soins, CHU de Nice, hôpital de Cimiez, Nice.
- M. le Dr Yvan HALIMI, président, conférence des présidents de CME de CHS, centre hospitalier Georges-Mazurelle, La Roche-sur-Yon.
- M. le Dr Jean HALLIGON, président, Conférence nationale des présidents de CME de l'hospitalisation privée, clinique de l'Anjou, site Espérance, Angers.
- Mme le Dr Ghada HATEM-GANTZER, expert-visiteur coordonnateur auprès de l'Anaes, gynécologue-obstétricien, hôpital d'instruction des armées Begin, La maternité, Saint-Mandé.
- M. le Dr Eric HERGON, chargé de mission qualité-risque, Institut national de la transfusion sanguine (INTS), Paris.
- M. Emmanuel HIRSH, directeur, espace éthique et département universitaire de recherches en éthique, Paris sud 11, AP-HP, CHU de Saint-Louis, Paris.
- M. Guy ISAMBART, expert-visiteur auprès de l'Anaes, directeur des soins, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI), Clermont-de-l'Oise.
- M. le Pr Gérard JANVIER, médecin-anesthésiste, président de CME du CHU de Bordeaux, hôpital Haut-Lévêque, Pessac.
- Mme le Dr Marie-Claude JARS-GUINCESTRE, responsable secteur évaluation-qualité, SQUSS-DPM, AP-HP, direction de la politique médicale, Paris.
- Mme Claire JOHANN, cadre de direction, maison de convalescence Sainte-Marthe, Épernay.
- Mme le Dr Florence JOUVIN, médecin généraliste, La Guéroule.
- Mlle Nathalie JUST, assistante qualité, clinique Saint-Charles, Lyon.
- Mme le Pr Viviane KOVESS, directrice, Fondation MGEN Santé publique, Paris.
- M. Christian KRUMPHOLZ, responsable qualité, clinique du Croisé-Laroche, Marçay-Baroeul.
- Mme Claude-Marie LAEDLEIN-GREILSAMMER, chargée de mission Médiation et Coopération européenne, hôpitaux universitaires de Strasbourg, hôpital civil, direction générale, Strasbourg.
- M. le Dr Olivier LAURENT, expert-visiteur auprès de l'Anaes, psychiatre, centre psychothérapique Philippe-Pinel, centre hospitalier, Lavaur.
- Mme Annie LAUTISSIER, cadre de réadaptation fonctionnelle, PSPH, direction des soins paramédicaux, Méricourt.
- M. le Dr Jean-Alain LE FOLL, référent du réseau des experts-visiteurs Basse-Normandie, Bretagne et Pays de Loire et expert-visiteur coordonnateur auprès de l'Anaes, psychiatre des hôpitaux, chef de service, centre hospitalier Guillaume-Régner, Rennes.
- M. Olivier LE ROUGE, expert-visiteur auprès de l'Anaes, cadre infirmier anesthésiste, centre hospitalier, service anesthésiologie, Le Havre.
- M. Hervé LETEURTRE, conseiller qualité et accréditation du délégué général de la FHF, centre hospitalier universitaire de Nice, hôpital de Cimiez, Nice.
- Mme Nadine LEVALLOIS, pharmacien, délégué à la qualité, centre hospitalier universitaire, Montpellier.
- M. Gérald LONGCHAMP, expert-visiteur auprès de l'Anaes, cadre infirmier, centre hospitalier régional Metz-Thionville, CATTTP Van Gogh – psychiatrie, Thionville.
- M. Robert MARMOCCHI, responsable qualité, clinique de la Casamance, Aubagne.
- Mme Marie-France MARSOLIER, directeur, clinique de l'Espérance, Rennes.
- M. Joël MARTINEZ, directeur, centre hospitalier du Havre, Le Havre.
- Mlle Delphine MATHIEU, attachée de direction, clinique des Émailleurs, Limoges.
- M. François MEILLIER, directeur, Union nationale des cliniques psychiatriques privées (UNCPSY), Paris.
- M. Philippe MICHARD, secrétaire général, institut Paoli-Calmettes, Marseille.
- Mme Micheline MICHEL, expert-visiteur auprès de l'Anaes, service de médecine gériatrique, centre hospitalier universitaire - hôpital La Tauvrais, Rennes.
- M. le Dr Claude MICHETTI, expert-visiteur coordonnateur auprès de l'Anaes, chirurgien vasculaire, clinique chirurgicale du Docteur Carlier, Auch.
- M. Patrick MIGET, expert-visiteur auprès de l'Anaes, Liverdun.
- Mme le Dr Marie-Christine MOLL, médecin, responsable qualité, centre hospitalier, Saint-Nazaire.
- Mme Nicole MONSTERLET, directeur des soins, centre hospitalier Sainte-Anne, Paris.
- M. le Dr Pascal MONTEIL, expert-visiteur auprès de l'Anaes, neurochirurgien, centre hospitalier universitaire de Bordeaux, neurochirurgie, Bordeaux.
- Mme Élisabeth MOREAU, expert-visiteur auprès de l'Anaes, cadre infirmier, centre hospitalier de Saint-Cyr, Villeneuve-sur-Lot.
- Mme Emilia MOTA, cadre supérieure de santé, chargée de la qualité et de l'accréditation, centre hospitalier, Arpajon.
- M. le Dr François MUSSARD, expert-visiteur auprès de l'Anaes, médecin pneumologue, clinique médicale et pédagogique, Les cadrans solaires, service pneumologie, Vence.
- M. le Dr Patrick NA CHIN, expert-visiteur coordonnateur auprès de l'Anaes, chirurgien orthopédiste, centre hospitalier André-Boulloche, service chirurgie orthopédique, Montbéliard.
- M. Jean-Marc OSCARI, consultant prévention des risques et sécurité sanitaire, délégation à la qualité, CHRU, Lille.
- M. Pierre PAMART, référent du réseau des experts-visiteurs Haute-normandie, Nord et Picardie et expert-visiteur coordonnateur auprès de l'Anaes, directeur adjoint, EPSMLille Métropole, Direction du projet d'établissement des investissements et des marchés publics, Armentières.
- M. le Pr Emile PAPIERNIK, gynécologue-obstétricien, université Paris V Cochin-Port-Royal, maternité Port-Royal, Paris.
- M. le Dr Lionel PAZART, directeur, réseau qualité des établissements de santé de Franche-Comté (REQUA), Besançon.
- Mme Monique PENON-CAMPAS, ingénieur qualité et organisation, référent du réseau des experts-visiteurs PACA-Corse, Limousin et Poitou-Charentes et expert-visiteur coordonnateur auprès de l'Anaes, centre médical Saint-Christophe, Bouc-Bel-Air.
- M. le Dr Antoine PERRIN, directeur de l'Agence régionale d'hospitalisation de La Réunion, Sainte-Clotilde.
- Mme Michelle PICARD, expert-visiteur auprès de l'Anaes, cadre infirmier, centre de rééducation Sancellemoz, Plateau-d'Assy.
- M. Dominique POELS, directeur, clinique de l'Europe, Rouen.
- M. Max PONSEILLÉ, président fédéral, Fédération de l'hospitalisation privée, Paris.

Mme le Dr Catherine POURIN, médecin de santé publique, comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA), hôpital Xavier-Arnoz, Pessac.
M. le Dr Michel PREZ, expert-visiteur auprès de l'Anaes, cardiologue - DIM, polyclinique du Bois, Lille.
Mme Marie-Renée PROVOST, cadre supérieur de santé, cellule qualité, centre hospitalier universitaire, Angers.
M. Alain QUINQUIS, directeur, établissements hospitaliers du Bessin, Bayeux.
M. le Dr Patrick RAMBOURG, pharmacien des hôpitaux, chef de service, vice-président du SYNPREFH (Syndicat national des pharmaciens des établissements publics de santé), pharmacie Saint-Éloi, CHU, Montpellier.
Mme Claire RAVIER, expert-visiteur auprès de l'Anaes, directeur du service de soins infirmiers, clinique Saint-Vincent, direction du service de soins infirmiers, Besançon.
Mme Marie-José RAVINEAU, cadre-expert, direction des soins, centre hospitalier, Meaux.
M. le Pr Michel REYNAUD, PU-PH, psychiatre, chef de service, département de psychiatrie et d'addictologie, hôpital universitaire Paul-Brousse, Villejuif.
M. le Dr Gilles RIBEIL, directeur général, clinique Sainte-Anne, Langon.
Mme Isabelle RICHARD, responsable qualité et gestion des risques, centre régional Léon-Bérard, Lyon.
Mme Annie RIGAUT, directrice, GIP-REQUASS, Isle.
M. le Dr Jacques RIVOALLAN, gynécologue-obstétricien, président de CME, clinique Saint-Michel Sainte-Anne, Quimper.
M. le Dr Olivier ROTH, expert-visiteur auprès de l'Anaes, médecin généraliste, Fondation hôpital Saint-Joseph, service rhumatologie, Marseille.
M. Frédéric SASSIER, directeur des soins, groupe hospitalier Cochin/St-Vincent-de-Paul/La Roche-Guyon, pôle périnatal et pédiatrique, Paris.
Mme Marylène SCHIMMENTI, responsable assurance qualité, centre Maguelone, Castelnaud-le-Lez.
M. le Dr Jean-Christophe SEGUIER, expert-visiteur auprès de l'Anaes, anesthésiste-réanimateur, centre hospitalier, Saint-Germain-en-Laye.
Mme Martine SÉNÉ-BOURGEOIS, expert-visiteur auprès de l'Anaes, cadre supérieur infirmier, AP-HP, Direction de la politique médicale, secteur sanitaire, Paris.
M. le Dr Dominique SERVANT, psychiatre, responsable de l'unité stress et anxiété, clinique de La Charité, CHRU de Lille.
M. le Dr Michel SFEZ, président, SoFGRES (Société française de gestionnaires de risques en établissement de santé), Paris.
Dr. Christian SICOT, directeur médical, Le Sou médical, groupe MACSF, La Défense.
M. le Dr Claude SOUTIF, néphrologue, chef du service d'information médicale, CH d'Avignon.
M. Jean-Jacques STOLTZ, expert-visiteur auprès de l'Anaes, directeur des soins, centre hospitalier de Lourdes, direction de l'organisation et de la qualité des soins, Lourdes.
Mme Éliane TOUSSAINT, directeur, cellule ANADIM, hôpital St-Julien, Nancy.
Mme Jocelyne UHL, cadre infirmier supérieur honoraire, responsable qualité, unité évaluation - service formation continue, référent du réseau des experts-visiteurs Alsace Champagne-Ardenne, Franche-Comté et Lorraine et expert-visiteur coordonnateur auprès de l'Anaes, centre hospitalier, Charleville-Mézières.
Mme Marie-Cécile VANDENDAEL, directeur qualité et gestion des risques, centre hospitalier, Valenciennes.
M. le Pr Alain VERGENÈGRE, chef de service, SIME, hôpital du Cluzeau, Limoges.
M. Vincent VERNEZOU, responsable qualité, centre de réadaptation fonctionnelle Les Grands Chênes, Bordeaux.
M. Claude VIVINUS, expert-visiteur auprès de l'Anaes, directeur, Meyrargues.
M. le Dr Henri-Georges VRILLAUD, chirurgien-dentiste, polyclinique des Bleuets, Reims.
Mme Josette VUIDEPOT, expert-visiteur auprès de l'Anaes, cadre infirmier supérieur, hôpital Saint-Louis, Paris.

Pour l'Anaes :

Mme le Dr Nafissa ABDELMOUMÈNE, chef de projet, service études et développement.
Mme Isabelle ALQUIER, chef de projet, service des procédures d'accréditation.
Mme Rose-Marie ANDRIEU, chef de projet, service études et développement.
Mme Marie-Laure BARBOTIN, chef de projet, service des procédures d'accréditation.
Mme Marianne BLANC, chef de projet, service des procédures d'accréditation.
M. le Dr Matthieu BOUSSARIE, adjoint au chef du service des procédures d'accréditation.
M. le Pr Jean BRAMI, chef de projet, responsable du réseau des correspondants en région, service évaluation des pratiques.
M. le Dr Charles BRUNEAU, adjoint au chef du service études et développement.
M. Didier BRUNEAU, chef de projet, service des procédures d'accréditation.
M. Philippe BURNEL, directeur de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques.
M. Philippe CHEVALIER, adjoint au chef du service des procédures d'accréditation.
Mme Christiane CHEVILLARD, adjoint au chef du service des procédures d'accréditation.
Mme Sabine COHEN, adjoint au chef du service des procédures d'accréditation.
M. Thierry DE LAMBERT, chef de projet, service des procédures d'accréditation.
Mme Anne DEPAIGNE-LOTH, chef de projet, service études et développement.
Mme Brigitte DION, B. Braun Médical France, Boulogne - chef de projet, service études et développement jusqu'en décembre 2003.
Mme Isabelle DORLÉANS, chef de projet, service des procédures d'accréditation.
Mme le Pr Isabelle DURAND-ZALESKI, directrice de l'aide à la décision publique et professionnelle.
Mme Dominique FERREOL, chef de projet, service des procédures d'accréditation.
M. le Dr Hubert GARRIGUE-GUYONNAUD, chargé de mission, service études et développement.
Mme Claudine GHISTE-REYNAUD, chef de projet, service des procédures d'accréditation.
Mme Anne-Sophie GROSSEMY, chef de projet, service des procédures d'accréditation.
Mme Frédérique HANIQUAUT, chef de projet, service des procédures d'accréditation.
M. Philippe JOURDY, chef du service des procédures d'accréditation.
M. Amah KOUEVI, chef de projet, service des procédures d'accréditation.
Mme Chantal LACHENAYE-LLANAS, groupe hospitalier Saint-André, Bordeaux - directrice de l'accréditation jusqu'en décembre 2003.
Mme le Dr Marielle LAFONT, responsable de la mission formation, service évaluation des pratiques.
M. Patrick LAMBERT, secrétaire général.
M. le Dr Thierry LAVERGNE, adjoint au chef du service des procédures d'accréditation.

Ont participé

Mme Michèle LENOIR-SALFATI, adjoint au chef du service des procédures d'accréditation.
Mme le Dr Catherine MAYAULT, chef de projet, service évaluation des pratiques.
M. Frédéric MICOUIN, chef de projet, service des procédures d'accréditation.
M. le Dr Vincent MOUNIC, adjoint au chef du service études et développement.
M. Hervé NABARETTE, chef de projet, service études et développement.
M. Didier NATANSON, chef de projet, service de l'évaluation des pratiques.
M. le Dr Olivier OBRECHT, chef du service études et développement.
M. le Dr Jacques ORVAIN, directeur des enseignements et de la recherche, École nationale de la santé publique (ENSP), Rennes – directeur de l'évaluation jusqu'en juillet 2004.
M. le Dr Roger PESCHAUD, chirurgien, chargé de mission auprès de l'Anaes, service études et développement.
M. le Dr Jean PETIT, médecin anesthésiste-réanimateur, centre hospitalier de Rouen, service de réanimation chirurgicale, chargé de mission auprès de l'Anaes, service études et développement, Rouen.
Mme le Dr Marie SAJUS, chef de projet, service des procédures d'accréditation.
M. Stéphane THIBAULT, chef de projet, service des procédures d'accréditation.
Mme Christine VERMEL, chef de projet, service des procédures d'accréditation.
M. le Dr Bertrand XERRI, Chef du service de l'évaluation technologique.

Le secrétariat a été assuré par Mme Viviane CIEUTAT et Mme Sylvia RAOUST-DESNOYERS.

La recherche documentaire a été réalisée par Mme Christine DEVAUD, documentaliste, et Mme Renée CARDOSO, aide-documentaliste, sous la direction de Mme Rabia BAZI, chef du service documentation.

• **Les membres du Conseil scientifique de l'Anaes, section accréditation,
2^e mandat : 2000-2003**

- M. le Dr Philippe LOIRAT, président du Conseil scientifique, chef du service de réanimation polyvalente, hôpital Foch, Suresnes.
- Mme Yveline ALBIN-CAILLY, directrice du service de soins infirmiers, Centre hospitalier, Aubagne.
- M. le Dr Jean CARLET, chef du service de réanimation polyvalente, Fondation hôpital Saint-Joseph, Paris.
- M. le Dr Pierre FIEVET, directeur du laboratoire, centre hospitalier, Douai.
- M. le Dr Jean-Pierre GENET, chef du service d'orthopédie-traumatologie, hôpital Sainte-Camille, Bry-sur-Marne.
- M. Pierre GIRAULT, responsable méthodes et développement, direction développement et coordination qualité, AIR France, Roissy-Charles-de-Gaulle.
- M. le Dr Gérard GOZET, neuroradiologue, vice-président, Confédération nationale des présidents de CME de l'hospitalisation privée, Lille.
- M. Jean-Pierre GUSCHING, président de la section accréditation, directeur général, centre hospitalier, Orléans.
- M. le Pr Gilles GUY, service de neurochirurgie, CHU, Angers.
- Mme Elma HEIDEMANN, Executive Director, Canadian Council on Health Facilities Accreditation, Ottawa, Ontario, Canada.
- M. Pierre LASCOUMES, AIDES, animateur du Collectif inter-associatif sur la santé (CISS), CEVIPOF – MSH, Paris.
- Docteur Anne-Marie MAGNIER, médecin généraliste, Paris.
- M. le Dr Jean-Paul ORTIZ, service de néphrologie hémodialyse, polyclinique Saint-Roch, Cabestany.
- M. le Dr Jean-Charles PASCAL, psychiatre des hôpitaux, chef de service, EPS ERASME, Antony.
- M. Louis ROLLAND, directeur général, CHR Auguste-Morvan, Brest.
- M. le Pr François STEUDLER, professeur de sociologie, directeur du CERESS, Strasbourg.
- M. le Pr Bertrand BECQ GIRAUDON, chef du service de médecine Interne, maladies infectieuses et tropicales, CHU de Poitiers-Jean-Bernard, Poitiers.
- Mme Catherine BUGÉON, directeur qualité, service qualité – communication, Générale de Santé, Paris.
- Mme Nadine CHASTAGNOL, coordonnateur PMTR, Paris.
- Mme Marie-Sophie DESAULLE, présidente, Association des paralysés de France, Paris.
- M. le Dr Jean HALLIGON, phlébologue, polyclinique de l'Espérance, Angers.
- M. le Dr John HELFRICK, vice-président, Joint Commission International, Illinois, États-Unis.
- M. le Dr Daniel JACQUES, chef de service, service inter-secteur de pédopsychiatrie, CHS, Châlons-sur-Marne.
- Mme Danièle LACROIX, directrice, CHI de Meulan les Mureaux, Meulan.
- Mme Claude-Marie LAEDLEIN-GREILSAMMER, chargée de mission médiation et coopération européenne, hôpitaux universitaires de Strasbourg, hôpital civil, direction générale, Strasbourg.
- M. le Dr Jacques LANGE, chirurgien libéral, clinique du Sud, Thiais.
- M. Jean LE CAMUS, directeur général, CHU, Angers.
- M. le Dr Bernard LECLERCQ, directeur, centre Oscar-Lambret, Lille.
- M. le Pr Didier MUTTER, chirurgien, IRCAD, Strasbourg.
- Mrs Elisabeth M.S.J. VAN GENNIP, Director of the NAO, Netherlands Organisation for Accreditation of Higher Education (NAO), The Hague, The Netherlands.
- M. le Dr Bernard WILLEMIN, chef du service de médecine interne et pathogastroentérologie endocrinologie, centre hospitalier, Haguenau.
- M. le Dr Jean-Marc ZIZA, chef du service de médecine interne et rhumatologie, hôpital de la Croix-Saint-Simon, Paris.

• **Les membres du Conseil scientifique de l'Anaes, 3^e mandat : 2003-2006**

- Mme Marthe BERTRAND, hôpital de La Timone, Marseille.
 M. Patrick BINI, hôpital de Cimiez, centre hospitalier universitaire, Nice.
 M. le Dr Marie-Ange DESAILLY-CHANSON, centre hospitalier départemental, La Roche-sur-Yon.
 M. le Dr Jean-Pierre DONZEL, Polygone 2, Chambéry.
 Mme Claudine DROUIN, MEDIPSY-Générale de Santé, service de psychiatrie, Rennes.
 M. le Dr Jean HALLIGON, clinique de l'Anjou, site Espérance, Angers.
 Mme Agnès JACQUERYE, hôpital Érasme, cliniques universitaires de Bruxelles, Belgique.
 M. le Pr Gérard JANVIER, groupe hospitalier Sud, Pessac.
 Mme le Pr Odile KREMP, clinique de pédiatrie Saint-Antoine, hôpital Saint-Vincent-de-Paul, Lille.
 Mme Claude-Marie LAEDLEIN-GREILSAMMER, chargée de mission médiation et coopération européenne, hôpitaux universitaires de Strasbourg, hôpital civil, direction générale, Strasbourg.
 M. le Dr Bernard LECLERCQ, centre Oscar-Lambret, Lille.
 Mme Marie-Claude LEFORT, centre hospitalier départemental, service qualité, La Roche-sur-Yon.
 M. le Dr Alain LIBERT, cabinet médical, Val-de-Saône.
 M. le Dr Bernard NOE, hôpital de jour Camille-Claudiel, Marseille.
 Mme Frédérique POTHIER, Le lien, Paris.
 Mrs Karen H. TIMMONS, Joint Commission Resources inc, Oakbrook Terrace, Illinois, États-Unis.
 M. Yvonnick MORICE, centre hospitalier, Angers.
 M. le Dr Frédéric BEVERNAGE, centre psychothérapeutique de l'Ain, hôpital CPA, Bourg-en-Bresse.
 M. le Pr Loïc DE CALAN, hôpital Trousseau, Tours.
 M. le Dr Pierre FIEVET, centre hospitalier, Douai.
 M. Pierre GODART, centre hospitalier des Pyrénées, Pau.
 M. le Dr Georgios GOUVRAS, Commission européenne, Direction générale santé et protection des consommateurs, Direction C – Santé publique et évaluation des risques, C3 – Menaces pour la santé, Luxembourg.
 M. le Dr Gérard GOZET, neuroradiologue, vice-président, Confédération nationale des présidents de CME de l'hospitalisation privée, Lille.
 Mme Noëlle KOBRINE, Reshus, Charenton-le-Pont.
 M. Gilles LANTEIGNE, Conseil canadien d'agrément des services de santé, Ottawa, Ontario, Canada.
 M. Dominique LUDDENI, clinique Saint-Bruno, Marseille.
 M. Pierre MAILLARD, Irdq, Besançon.
 M. le Dr Philippe MICHEL, directeur médical, comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA), hôpital Xavier-Arnoz, Pessac.
 Mme Marie-Paule MORIN, centre hospitalier Sud-Francilien, Évry.
 M. Jean-Philippe MOUSNIER, Sisyph, Paris.
 M. le Pr Didier MUTTER, Ircad, Strasbourg.
 M. le Dr Jean-Paul ORTIZ, polyclinique St-Roch, Médipole, Cabestany.
 Mme le Dr Anne-Sylvie POISSON-SALOMON, hôpital Necker – Enfants-Malades, Paris.
 M. le Pr Jean-Claude CHAPUT, chef du service de gastro-entérologie, représentant des doyens, hôpital Antoin-Béclère, Clamart.
 M. le Dr Pierre HAEHNEL, radiologue, cabinet de radiologie, Strasbourg.
 M. le Pr Dominique GRIMAUD, président du Conseil scientifique de l'Anaes, chef de service, hôpital Saint-Roch, département d'anesthésie réanimation Est, Nice.
 Mme Marie-Françoise DUMAY, chargée de la prévention-gestion des risques - Accréditation-Audit-Qualité, Fondation hôpital Saint-Joseph, Paris.
 M. le Pr Michel DOURMENC, médecin généraliste, cabinet médical, Fontenay-aux-Roses.
 M. le Pr Muriel RAINFRAY, département de gériatrie, hôpital Xavier-Arnoz, Groupe sud, CHU de Bordeaux, Pessac.
 M. le Dr Patrice ROUSSEL, professeur de santé publique, représentant ENSP, Département MATISS, Rennes.
 M. le Pr Alain VERGNENÈGRE, président du Conseil scientifique section évaluation de l'Anaes, chef du SIME, CHU de Limoges, hôpital du Cluzeau, Limoges.
 Mme Martine BUNGENER, économiste de la santé, représentant INSERM, CERMES, Villejuif.
 M. le Dr Michel DELCEY, représentant des usagers, Association des paralysés de France, Paris.
 M. le Pr Maryse GADREAU, professeur d'économie de la santé, pôle d'économie et de gestion, Dijon.
 M. le Pr Paul LANDAIS, chef du service de biostatistique et d'informatique médicale - médicalisation du système d'information, hôpital Necker-Enfants-Malades, Paris.
 M. Alain LE HEN, ingénieur biomédical, direction de l'investissement et du service technique, hôpital Saint-Antoine, Paris.
 M. le Pr Roger LEVERGE, service de pharmacie, hôpital Lariboisière, Paris.
 Mme le Dr Sylvie MARION, biologiste - PH, service d'hématologie d'immunologie et de biologie des tumeurs, hôpital Paul-Brousse, Villejuif.
 Mme N.T. Françoise NGUYEN, Directrice de l'école de sages-femmes Jeanne-Sentubery, CHI Poissy-Saint-Germain, Saint-Germain.
 Mme Yolande OBADIA, Ors de Paca, Marseille.
 M. le Dr Bernard ORTOLAN, président de la section généralistes, médecin généraliste spécialisé dans la médecine du sport, représentant URML-IDF, L'Hay-les-Roses.
 M. Michel PAPAREMBORDE, directeur, institut de formation en masso-kinésithérapie, Lille.
 Mme le Dr Emmanuelle WOLLMAN, chargée de mission, représentant CNRS, département SDV, Paris.
 M. Daniel BENAMOUZIG, sociologue scientifique, chargé de recherche au CNRS, centre de recherche médecine sciences, santé société, site CNRS, Villejuif.
 M. le Dr Yann BOURGUEIL, enseignant-chercheur, CREDES, Paris.
 Mme le Pr Marie-Odile CARRÈRE, professeur d'économie de la santé, université Claude-Bernard Lyon 1, UMR 5823 CNRS, centre Léon-Bérard, Lyon.
 M. le Dr Michel CUCHERAT, service de pharmacologie clinique, hôpital de Lyon.
 M. Guillaume du BOISBAUDRY, ingénieur biomédical, hôpital Broussais, laboratoire Carpentier, Paris.

M. Gérard DE POUVOURVILLE, directeur de recherche au CNRS UMR 8052, directeur de l'unité 537, INSERM, Unité 537, Le Kremlin-Bicêtre.
 M. le Dr Jean-Claude FARASSE, rhumatologue, URMELE Nord-Pas-de-Calais, cabinet médical, Cambrai.
 M. Gilles GAEBEL, représentant des usagers, AVIAM, Carrière-sur-Seine.
 M. Bruno HOUSSET, chef du service de pneumologie professionnelle, centre hospitalier intercommunal, Créteil.
 M. le Pr Henry MAGLOIRE, faculté d'odontologie, laboratoire du développement des tissus dentaires, Lyon.
 Mme Danièle MARANDE, directeur des soins, hôpital Charles-Foix, Ivry-sur-Seine.
 M. le Pr Alexandre MEBAZAA, représentant des doyens, service anesthésie réanimation, hôpital Lariboisière, Paris.
 M. Jacques MONET, kinésithérapeute, directeur, ADERF, Paris.
 M. le Pr Patrick RAMPAL, président du SNFGE, centre hospitalier Princesse-Grâce, Monaco.
 Mme Armelle THEBAULT, chef du service de pharmacie, centre hospitalier intercommunal, Créteil.
 M. le Pr Alain TRUCHAUD, laboratoire de technologie biomédicale, centre de recherche en technologie biomédicale, centre hospitalier universitaire de Nantes, institut de biologie, Nantes.

• Les membres du Conseil d'administration de l'Anaes

M. William DAB, directeur général, Direction générale de la santé, Paris.
 M. Christian ANASTASY, directeur général, Mutualité de la Loire, Saint-Étienne.
 Mme Michelle BRESSAND, directrice du service central des soins infirmiers, AP-HP, Paris.
 Mme le Pr Claudine BLUM-BOISGARD, médecin conseil national, CANAM, Saint-Denis.
 M. Michel BRAULT, contrôleur financier, ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, Paris.
 M. le Dr Nicolas BRUGÈRE, président de l'union régionale des médecins libéraux d'Aquitaine, Bordeaux.
 M. Etienne CANIARD, secrétaire général, délégué général aux questions de santé et de sécurité sociale, Fédération nationale de la mutualité française, Paris.
 Mme Marie-France CLENET, vice-présidente chargée de la formation, responsable de la formation médicale continue, Union nationale pour la recherche et l'information orthoptiste (UNRIO), Syndicat national autonome des orthoptistes, Paris.
 M. le Dr Michel COMBIER, médecin généraliste, Toulouse.
 M. le Dr Alain COLVEZ, directeur de recherche, INSERM, Montpellier.
 M. le Dr Alain CORVEZ, médecin national, Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA), Bagnolet.
 M. Édouard COUTY, directeur, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), Paris.
 M. Jean-Paul DAVID, masseur-kinésithérapeute, président de la FFMKR, Maison des kinésithérapeutes, Paris.
 M. le Dr Pierre FENDER, médecin conseil national-adjoint, responsable du département analyse des soins de ville et hospitaliers, CNAMTS, Paris.
 M. le Dr Jean-Pierre GALLET, chirurgien-dentiste, docteur en économie de la santé, président du centre odontologique de médicamente et d'évaluation (COME), président de la commission économie de la santé de l'Association dentaire, de la Société française d'évaluation des soins et des technologies (SOFESTEC), Chinon.
 M. Patrick GIORDANI, directeur général, Hexagone Hospitalisation, Boulogne.
 M. le Dr Yves GRILLET, pneumologue, UMESPE, Valence.
 M. le Pr Bernard GUIRAUD-CHAUMEIL, président du Conseil d'administration, chef du service de neurologie, CHU de Purpan, Toulouse.
 M. le Dr François-Xavier LEANDRI, gynécologue-obstétricien, Marseille.
 M. le Dr Bernard MATHEY, chirurgien digestif, responsable de la commission d'évaluation de union régionale des médecins libéraux d'Alsace, UMESPE, Strasbourg.
 Mme Nicole MARTHOU, directeur des soins infirmiers, centre hospitalier Saint-Luc-Saint-Joseph, Lyon.
 M. le Dr François PARQUIN, pneumologue-réanimateur, chef du service de réanimation pulmonaire, centre chirurgical Marie-Lannelongue, Le Plessis-Robinson.
 M. le Dr Alain PIDOLLE, clinique de psychologie médicale, Phalsbourg.
 M. le Dr Max PONSEILLÉ, président, Fédération de l'hospitalisation privée, Paris.
 M. le Dr Christophe RATEAU, médecin en santé publique, directeur général adjoint chargé de la santé, Mutualité française, Paris.
 Mme Helyett REALI, sage-femme, membre du CA du Centre national des professions de santé (CNPS) et de l'Organisation nationale syndicale des sages-femmes, Reims.
 M. le Dr Bernard SALENGRO, médecin du travail, administrateur de la CNAM, service protection sociale, maison de la CGC, Paris.
 M. Gérard VINCENT, délégué général, Fédération hospitalière de France, Paris.
 Mme le Dr Marie-Laure ALBY, médecin généraliste, Paris.
 M. Philippe AMOUYEL, unité d'épidémiologie et de santé publique, INSERM, Institut Pasteur, Lille.
 M. le Dr Joël ANKRI, gériatre, MCU-PH en santé publique, centre gérontologique, hôpital Sainte-Périne, Paris.
 M. le Dr Gilles ANTONIOTTI, biologiste, directeur général, laboratoire Biomedica Nosoconseil, Aix-les-Bains.
 M. le Dr Claude ATTALI, médecin généraliste, maître de conférence associé des universités, Épinay-sur-Sénart.
 M. le Pr Gérard BRÉART, directeur, unité « Mère-Enfant », INSERM, Villejuif.
 M. Michel CALMON, directeur, centre hospitalier de Chartres, délégué général adjoint de la Fédération hospitalière de France, Chartres.
 Mme Suzanne CHARVET-PROTAT, secrétaire général, institut de myologie, Association française contre les myopathies, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris.
 Mme Florence CONDAMIN, sous-directrice en charge de l'offre de soins et des réseaux santé, Mutualité française, Paris.
 Mme Hélène DUREBOS, surveillante des services médicaux, CGT, secteur social, URIF, Montreuil.
 Mme Régina GODART, infirmière, représentante du Centre national des professions de santé, Boutigny-sur-Orge.
 M. le Dr Daniel PINCHEZON, Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA), Bagnolet.
 M. le Dr Yvan HALIMI, centre hospitalier spécialisé, hôpital Sud, La Roche-sur-Yon.
 Mme le Dr Brigitte HEULS-BERNIN, médecin conseil national adjoint, CANAM, Saint-Denis.
 M. le Dr Bernard HUYNH, gynécologue, URML d'Ile-de-France, Paris.
 M. Yann LE CAM, EURORDIS, plate-forme maladies rares, hôpital Broussais, Paris.
 M. le Dr Dominique LUSIGNAN, psychiatre, clinique Jeanne-d'Arc, Saint-Mandé.
 M. le Dr Francis MOLINER, généraliste, Perpignan.
 M. Louis OLIE, président, Fédération nationale des podologues, Paris.

M. Patrick PERIGNON, secrétaire général, Fédération nationale des orthophonistes, Châlons-en-Champagne.
M. Daniel PINCHEZON, médecin national, Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA), Bagnolet.
M. Bernard PUCHEU, cadre médico-technique, hôpital Notre-Dame-de-Bon-Secours, Paris.
M. le Dr Gérald RAJZBAUM, rhumatologue, Fondation hôpital St-Joseph, Paris.
M. le Dr Guy RENOUE, chef de service ORL, président de CME, centre hospitalier intercommunal Poissy-Saint-Germain, Saint-Germain-en-Laye.
M. le Dr Jean-François REY, spécialiste, institut Arnaud-Tzanck, Saint-Laurent-du-Var.
Mme Martine ROCHON, cadre infirmier, hôpital Trousseau, service de chirurgie cardiaque et réanimation, Chambray-lès-Tours.
M. le Dr Louis SANGUIGNOL, ancien médecin généraliste, clinique du Château de Vernhes, Bondigoux.
M. le Dr Jean-Pierre TAROT, médecin anesthésiste-réanimateur, chargé de mission, Mutualité française, Paris.

• **Les membres du Collège de l'accréditation**

M. Gérard ALBOUY, PSPH, Pessac.
Mme Isabelle BALFET-GAUJOUR, responsable qualité, Villers-Saint-Frambourg.
M. Léonard BISACCIA, directeur, institut de rééducation interdisciplinaire et sportive, Marcy-l'Étoile.
M. le Pr Francis BLOTMAN, chef de service de rhumatologie, CHU de Montpellier, hôpital Lapeyronie, Montpellier.
M. le Dr Philippe BONEF, praticien hospitalier, DIM, centre hospitalier, Sedan.
Mme Maryse BOULONGNE-GARCIN, Paris.
Mme Patricia BURGAIN, directrice des soins infirmiers, Générale de santé, Paris.
M. Jean-François CAILLAT, directeur général adjoint, CHU, Angers.
M. René CAILLET, directeur, centre hospitalier, Lens.
M. Christian CAODURO, directeur, clinique Saint-Sauveur, Mulhouse.
M. le Dr Franck CHAUVIN, médecin, centre Léon-Bérard, Lyon.
Mme Aline DEMOLLIENS-MASERAK, surveillante chef, centre hospitalier, La Bassée.
Mme Josette DEREGNAUCOURT, pharmacien, chef de service, laboratoire de biologie médicale, hôpital Léopold-Bellan, Paris.
Mme Monique DUPUY, Lyon.
M. le Dr Alain EPOIS, cardiologue, Sainte-Adresse.
M. Pascal FORCIOLI, directeur, centre Intercommunal Eaubonne-Montmorency - hôpital Simone-Veil, Montmorency.
M. le Dr Jacques GLIKMAN, psychiatre, centre médico-psychologique « Tagore », Épinay-sur-Seine.
M. Gilbert HELENE, PSPH, Saint-Cyr-sur-Loire.
M. le Pr Albert HIRSCH, chef du service de pneumologie, AP-HP, hôpital Saint-Louis, Paris.
M. Pierre HUIN, infirmier général, groupe hospitalier privé du Centre Alsace, Colmar.
M. le Dr Laurent JOUFFROY, anesthésiste-réanimateur, clinique des Diaconesses, Strasbourg.
M. Bruno LUCET, directeur qualité, coordonnateur plateau médico-technique, groupe hospitalier Necker-Enfants-Malades, direction du système qualité, Paris.
Mme Marie-France MAILLET, directeur, clinique Saint-Louis, Le Bouscat.
M. Philippe MICHARD, secrétaire général, institut Paoli-Calmettes, Marseille.
M. le Dr Jean-François QUARANTA, PH, coordination médicale des vigilances sanitaires et de la gestion des risques, cellule d'hémovigilance, CHU de Nice, hôpital de Cimiez, Nice.
M. Denis REYNAUD, directeur, clinique du Mont-Duplan, Nîmes.
Mme le Dr Françoise RIOU, MCU-PH santé publique, CHU Pontchaillou, service d'épidémiologie et d'hygiène hospitalière, unité d'évaluation – accréditation, Rennes.
M. Claude ROUY, directeur, délégation interministérielle à la sécurité routière, ministère de l'Équipement, Puteaux.
M. le Pr Philippe VINCENEUX, chef de service de médecine interne, AP-HP, hôpital Louis-Mourier, Colombes.
Mme Béatrice WALTER, directrice de soins infirmiers, EPSM de la Vallée de l'Arve, La Roche-sur-Foron.

BIBLIOGRAPHIE (LISTE NON EXHAUSTIVE)

L'intégralité des recommandations pour la pratique clinique, des conférences de consensus et des référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles publiés par l'Anaes entre janvier 2000 et décembre 2004 est contenue dans le CD-Rom annexé au classeur.

A. Bibliographie générale

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Préparer et conduire votre démarche d'accréditation. Saint-Denis: ANAES; 2004.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Collège de l'accréditation. Rapport d'activité, année 2003. Saint-Denis: ANAES; 2004.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Manuel d'accréditation des établissements de santé : actualisation. Paris: ANAES; 2003.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. À propos de l'accréditation. Paris: ANAES; 2001.

Bureau de l'Assurance Qualité de l'Hospitalisation Privée. Le guide d'auto-évaluation. Paris: BAQHP; 2001.

Australian Council on Healthcare Standards. Standards and guidelines for the ACHS evaluation and quality improvement program. The EQuid guide. Sydney: ACHS; 2002.

Conseil Canadien d'Agrément des Services de Santé. Mesures Implantées pour le Renouveau de l'Évaluation (MIRE). Programme d'agrément. Format CD ROM, 4^e édition. Ottawa: CCASS; 2004.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. 2004 Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals : the official handbook (CAMH). Oakbrook Terrace: JCAHO; 2004.

B. Bibliographie thématique

Politique et qualité du management

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Guide pour l'autodiagnostic de la qualité du management en établissements de santé. Saint-Denis: ANAES; 2004.

Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers. Anticipation de la "Nouvelle gouvernance hospitalière". Synthèse des entretiens téléphoniques réalisés au 21 juin 2004. Paris: Ministère de la Santé et de la Protection sociale; 2004.

Budet JM, Blondel F. L'hospitalisation publique et privée. Des ordonnances de 1996 au plan Hôpital 2007. Paris: Berger-Levrault; 2004.

Calmon M, Bertrand-Mantsinen M, Bitaud JR, Chassaniol JL, Destrem H, Dogimont R, et al. Référentiel métier : directeur d'hôpital. Vitry-sur-Seine: AEAE-ENSP; 2003.

Couanau R. Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital. Rapport n° 714. Paris: Assemblée Nationale; 2003.

Crémadez M. Vers une nouvelle gouvernance hospitalière ? Rev Hospital Fr 2003;490:42-9.

Debrosse D, Perrin D, Vallancien G. Projet Hôpital 2007 : Mission sur "La modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale". Paris: Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées; 2003.

Ducassou D, Jaeck D, Leclercq B. Plan hôpital 2007. Mission relative aux spécificités des CHU. Restaurer l'attractivité des CHU et leur partenariat avec le monde de la santé et de l'université. Paris: Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées; 2003.

Ressources transversales : ressources humaines

Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers. Temps de travail des médecins et organisation des services. Rapport d'étape. Paris: Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées; 2004.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, ministère délégué à la Santé. Élaboration, négociation et suivi du projet social. Guide méthodologique. Paris: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité; 2001.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, ministère délégué à la Santé. Guide de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. 2^e édition. Paris: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité; 1998.

Fédération Hospitalière de France. Livret d'accueil du personnel hospitalier. Établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux publics. Paris: FHF; 2003.

Fédération Hospitalière de France. Guide de l'administrateur d'hôpital et d'établissement médico-social. Les établissements publics de santé, la psychiatrie, la prise en charge des personnes âgées, le handicap. Paris: FHF; 2000.

Derrene O, Lucas A, Couny S, Dieumegard P, Jeanne B, Lamy Y. Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière. Tome 1 : le fonctionnaire hospitalier et sa carrière. Rennes: ENSP; 2001.

Ressources transversales : fonctions hôtelières et logistiques

Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers. Rapport d'étape : les achats dans les hôpitaux et cliniques. Paris: Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées; 2003.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, ministère Délégué à la Santé. La fonction linge dans les établissements de santé. Éléments d'approche méthodologique. Paris: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité; 2001.

Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales Ouest. Hygiène de la fonction restauration dans les établissements de santé. Rennes: CCLIN-Ouest; 2001.

Renaux I, Taggiasco N. Management de la qualité des achats médicaux : 12 recommandations techniques et pratiques. Paris: AFNOR; 2000.

Sampieri-Teissier N. Etat des lieux des pratiques logistiques dans les hôpitaux publics français. Polit Manage Public 2002;20(2).

Ressources transversales : organisation de la qualité et de la gestion des risques

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Les coûts de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé : état des lieux et propositions. Saint-Denis: ANAES; 2004).

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé. Paris: ANAES; 2003.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Principes de mise en oeuvre d'une démarche qualité en établissement de santé. Paris: ANAES; 2002.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Évaluation d'un programme d'amélioration de la qualité : les enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français. Paris: ANAES; 1999.

Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé : principes méthodologiques. Paris: ANDEM; 1996.

Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. Sécurité sanitaire dans les établissements de santé : réglementation applicable. 4^e édition. Paris: Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées; 2004.

Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. Recommandations pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé. Paris: Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées; 2004.

Ministère de la Santé et de la Protection sociale. Que faire en cas de canicule ? L'état des connaissances et recommandations pour les professionnels de santé. Paris: Ministère de la Santé et de la Protection sociale; 2004.

Agence du Médicament. Bonnes pratiques de pharmacovigilance. Cas particulier des médicaments dérivés du sang humain. Saint-Denis: Agence du Médicament; 1997.

Agence du Médicament. Bonnes pratiques de pharmacovigilance. Saint-Denis: Agence du Médicament; 1994.

Association Française de Normalisation. FD S99-130. Lignes directrices pour la mise en œuvre d'un système qualité dans un établissement de santé. Saint-Denis: AFNOR; 2002.

Ressources transversales : qualité et sécurité de l'environnement

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Infections nosocomiales : comment interpréter les taux ? L'exemple des infections du site opératoire. Paris: ANAES; 2003.

Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé. Paris: Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées; 2004.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'État à la Santé et à l'Action Sociale, Comité Technique National des Infections Nosocomiales. Cent recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales. Paris: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité; 1999.

Ministère de la Santé et de la Protection sociale [promoteur], Comité de Coordination de l'Évaluation et de la Qualité en Aquitaine. Étude nationale sur les événements indésirables graves liés au processus de soins (ENEIS); (à paraître 2005). <http://www.ccecqa.asso.fr> [consulté le 25/08/2004].

Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales Sud-Ouest. Guide à l'usage des formateurs. Lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de soins. Bordeaux: CCLIN Sud-Ouest; 2003.

Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales Paris-Nord. Mortalité et infections nosocomiales 2000-2001. Rapport d'enquête. Paris: CCLIN Paris-Nord; 2002.

Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales Ouest. Hygiène et prévention du risque infectieux dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Rennes: CCLIN Ouest; 2002.

Carlet J. Les infections liées aux soins médicaux. ADSP 2002;38:23-70.

Ressources transversales : système d'information

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Guide d'amélioration continue de la qualité des informations du PMSI-SSR. Paris: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité; 2000.

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Professions de santé : fiches thématiques. Paris: CNIL; 2004.

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Guide pratique pour les professionnels de santé. Paris: CNIL; 2003.

Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier. Exemples de chartes d'identification. Paris: GMSIH; 2004.

Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier. Politique de sécurité des systèmes d'information des établissements de santé. Paris: GMSIH; 2002.

Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier. Étude sur l'identification du patient. Paris: GMSIH; 2002.

Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier. Conduite du changement. Paris: GMSIH; 2002.

Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier. Système d'information de production de soins : analyse des expériences des établissements de santé. Paris: GMSIH; 2002.

International Organization for Standardization. ISO/CEI 17799:2000. Technologies de l'information. Code de pratique pour la gestion de sécurité d'information. Genève: ISO; 2000.

Documentation générale commune à l'ensemble des prises en charge

L'intégralité des recommandations pour la pratique clinique, des conférences de consensus et des référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles publiés par l'Anaes entre janvier 2000 et décembre 2004 est contenue dans le CD-Rom annexé au classeur.

Droits et information du patient

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Accès aux informations concernant la santé d'une personne. Modalités pratiques et accompagnement. Recommandations. Saint-Denis: ANAES; 2004.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Information des patients. Recommandations destinées aux médecins. Paris: ANAES; 2000.

Fédération Hospitalière de France, Comité d'entente des associations représentatives de personnes handicapées et de parents d'enfants handicapés. Hôpital - Handicap : complément au manuel d'accréditation de l'Anaes. 2002.

http://www.apf-moteurline.org/droitsdevoirs/droitsdespatients/FHF_CE_accréditation_integral.pdf
[consulté le 25-08-04].

Fédération Nationale des Pédiatres Néonatalogistes. Dilemmes éthiques de la période périnatale. Recommandations pour les décisions de fin de vie : abstention, limitation, arrêt des traitements et arrêt de vie. Lille: FNPN; 2000.

Réanimation du sujet en état de mort encéphalique en vue de prélèvement d'organes. Conférence d'experts organisée par la Société française d'anesthésie et de réanimation avec la collaboration de l'Établissement français des Greffes et de la Société française de transplantation, 1998. Ann Fr Anesth Réanim 1999; 18: 4-12.

Société de Réanimation en Langue Française. Les limitations et arrêts de thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte. Recommandations de la Société de Réanimation en Langue Française. Paris: SRLF; 2002.

Cormier M. Rénovation de l'action sociale et médico-sociale. ADSP 2004; (43): 19-54.

Dupont M, Rey-Salmon C. L'enfant, l'adolescent à l'hôpital. Règles et recommandations applicables aux mineurs. Points essentiels. Paris: AP-HP, Doin; 2002.

Éthique médicale et biomédicale. Débats, enjeux, pratiques. Rev Fr Affaires Sociales 2002; 3: 5-216.

Evin C. Les droits des usagers du système de santé. Paris: Berger-Levrault; 2002.

Handicap, incapacités, dépendance. Rev Fr Affaires Sociales 2003; 1-2: 5-321.

Juillard JM. Rapport de la commission d'enquête sur la maltraitance envers les personnes handicapées accueillies en établissements et services sociaux et médico-sociaux et les moyens de la prévenir. Rapport n° 339. Paris: Sénat; 2003.

Dossier du patient

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Dossier du patient. Fascicule 1 : réglementation et recommandations. Paris: ANAES; 2003.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Dossier du patient. Fascicule 2 : réalisation pratique de l'audit clinique. Paris: ANAES; 2003.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Dossier du patient. Fascicule 3 : méthodes d'amélioration de la qualité. Paris: ANAES; 2003.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Dossier du patient : amélioration de la qualité et de la tenue et du contenu. Réglementation et recommandations. Paris: ANAES; 2003.

Imagerie médicale

Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, Société française de Radiologie, Office de Protection contre les Rayonnements Ionisants. Les procédures radiologiques : critères de qualité et optimisation des doses. 2003 ; révision en cours (www.sfrnet.org) [consulté le 23/09/2004].

Ministère de la Santé et de la Protection sociale. Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale (à paraître ; à consulter sur www.sfrnet.org).

Ministère de la Santé et de la Protection sociale. Guide des procédures en médecine nucléaire (à paraître ; à consulter sur www.sfbmn.org).

Ministère de la Santé et de la Protection sociale. Guide des indications et des procédures radiologiques en odontostomatologie (à paraître).

Médicament

Ministère de la Santé et de la Protection sociale. Guide de pratiques professionnelles sur la prise en charge du patient hospitalisé : le circuit du médicament. Paris : Ministère de la Santé et de la Protection sociale; (à paraître 2004).

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, ministère Délégué à la Santé. L'informatisation du circuit du médicament dans les établissements de santé. Approche par l'analyse de la valeur : quels projets pour quels objectifs ? Paris: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité; 2001.

Schmitt E. Le risque médicamenteux nosocomial. Circuit hospitalier du médicament et qualité des soins. Paris: Masson; 1999.

Woronoff-Lemsi MC, Grall JY, Monier B, Bastialelli JP. Le médicament à l'hôpital. Paris: Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées; 2003.

Urgences

Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers. Temps d'attente aux urgences. Rapport de synthèse portant sur le relevé et le calcul des temps d'attente aux urgences (phase 1). Paris: Ministère de la Santé et de la Protection sociale; 2004.

Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. Plan urgences. Paris: Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées; 2003.

Société Francophone de Médecine d'Urgence. 10^e Conférence de Consensus sur la prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences, Strasbourg, 5 décembre 2003. Paris: SFMU; 2003.

Société Francophone de Médecine d'Urgence, SAMU de France, Société de Réanimation de Langue Française, Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation d'une salle d'accueil des urgences vitales (SAUV). Paris: SFMU; 2003.

Société Francophone de Médecine d'Urgence. Référentiel SFMU. Critères d'évaluation des services d'urgences. Paris: SFMU; 2001.

Haegy JM, Andronikof M, Thiel MJ, Simon J, Bichet-Beunaiche M, et al. Éthique et urgences. Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. J Eur Urgences 2003; 16(2): 106-20.

Nutrition

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Évaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique chez les patients hospitalisés. Recommandations. Saint-Denis: ANAES; 2003.

Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. Le CLAN en 10 questions. Paris: Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées; 2004.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, ministère délégué à la santé. Programme National Nutrition Santé (PNNS) 2001-2005. Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité; 2001 (actualisation 2003).

Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Évaluation de la qualité de l'alimentation et de la nutrition dans les services de soins. Paris: AP-HP; 2000.

Committee of Experts on nutrition, food safety and consumer health. Food and nutritional care in hospitals: how to prevent undernutrition. Strasbourg: Council of Europe; 2002.

Ricour C, Zazzo JF. Mise en place d'une politique nutritionnelle dans les établissements de santé. Rapport de mission. Paris: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité; 2002.

Douleur

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale. Recommandations. Paris: ANAES; 2000.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Évaluation et stratégies de prise en charge de la douleur en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans. Recommandations. Paris: ANAES; 2000.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Recommandations. Paris: ANAES; 1999.

Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. Guide pour la mise en place d'un programme de lutte contre la douleur dans les établissements de santé. Paris: Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées; 2002.

Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Évaluation de la qualité de la prise en charge de la douleur. Référentiel. Paris: AP-HP; 2001.

Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer. Recommandations pour la pratique clinique. Standards, Options et Recommandations pour l'évaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer (mise à jour du rapport validé en 1995). Paris: FNCLCC; 2003.

Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer. Standards, Options et Recommandations 2002 sur le traitement antalgique médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte (mise à jour du rapport validé en 1996). Paris: FNCLCC; 2002.

Vassor E, Le Gall J. Douleur : programme d'amélioration de la qualité, mode d'emploi. Paris: Masson; 2003.

Sortie du patient

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Sortie de l'hôpital et retour à domicile d'une personne adulte handicapée. Conférence de consensus, Paris, 29 septembre 2004. (à paraître).

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Préparation de la sortie du patient hospitalisé. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Paris: ANAES; 2001.

Fin de vie

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. Recommandations. Paris: ANAES; 2002.

Ministère de la Santé et de la Protection sociale. Comité de suivi soins palliatifs et accompagnement 2002-2005. Guide de bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissements. Paris: Ministère de la Santé et de la Protection sociale; 2004.

Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales Paris-Nord. Recommandations relatives à la prise en charge de la personne décédée en établissement de santé. Guide de recommandations. Paris: CCLIN Paris-Nord; 2001.

de Hennezel M. Mission "Fin de vie et accompagnement". Paris: Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées; 2003.

Dupont M, Macrez A. Le décès à l'hôpital. Règles et recommandations à l'usage des personnels. Paris: AP-HP, Doin; 2003.

Sebag-Lanoe R, Lefebvre-Chapiro S, Feteanu D, Trivalle C. Palliative care in a long-term care setting: a 25-year French experience. J Palliat Care 2003; 19(3): 209-13.

Prise en charge du patient en psychiatrie et santé mentale

Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. Compte rendu d'activité de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale. Paris: Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées; 2004.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Prise en charge de la souffrance psychique et des troubles de la santé mentale dans les situations de précarité et d'exclusion. Paris: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité; 2001.

Bureau de l'Assurance Qualité de l'Hospitalisation Privée, Syndicat National des cliniques de Neuropsychiatrie Privées, Union Nationale des Établissements Psychiatriques Privés. Référentiel d'évaluation de la qualité en clinique psychiatrique Privée. Paris: BAQHP; 1998.

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. Paris: INSERM; 2001.

Caria A, Alary P, Aute L, Bousquet M, Bloch J, Soury Fet al. Démarche qualité en santé mentale. Une politique au service des patients. Paris: In Press Editions; 2003.

Prise en charge du patient en soins de suite et réadaptation

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Dossier du patient en masso-kinésithérapie. Paris: ANAES; 2001.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Dossier du patient en ergothérapie. Paris: ANAES; 2001.

Centre de Coordination de la Lutte Contre les infections Nosocomiales Sud-Ouest. Hygiène en rééducation fonctionnelle. Bordeaux: CCLIN Sud-Ouest; 2001.

Hesbeen W. La réadaptation. Aider à créer de nouveaux chemins. Paris: Séli Arslam; 2001.

Prise en charge du patient en soins de longue durée

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale. Recommandations. Paris: ANAES; 2000.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. Paris: ANAES; 2000.

Ministère de l'Emploi, du Travail, et de la Cohésion Sociale. Recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD. Paris: Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion Sociale; 2004.

Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion Sociale. Démarche qualité - Évaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire. Guide méthodologique. Paris: Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion Sociale; 2004.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Améliorer la qualité en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD). Présentation de l'outil ANGELIQUE. Paris: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité; 2001.

Jeandel C, Bonnel M. Livre blanc de la gériatrie française. Paris: ESV Production; 2004.

Sebag-Lanoe R, Wary B, Mischlich D, Kouchner B. La douleur des femmes et des hommes âgés. Paris: Masson; 2002.

Prise en charge du patient en hospitalisation à domicile

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Haury B, Jestin C. L'hospitalisation à domicile en France : bilan et propositions. Paris: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité; 1999.

Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation à Domicile, Garcia MY. Ce qu'il faut savoir pour créer une HAD. Paris: FNEHAD; 2004.

Hospitalisation à domicile. Etat des lieux et perspectives. Rev Hosp Fr 2004; (496): 4-27.

Évaluation des pratiques professionnelles

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Revue de mortalité-morbidité. Évaluation des pratiques professionnelles en établissement de santé. Saint-Denis: ANAES; (à paraître 2004).

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Guide pour l'évaluation des pratiques professionnelles en établissement de santé. Saint-Denis: ANAES; (à paraître 2004).

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles : base méthodologique pour leur réalisation en France. Saint-Denis: ANAES; 2004.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration. Paris: ANAES; 2003.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé. Principes Généraux. Paris: ANAES; 2002.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Évaluation des réseaux de soins : bilan de l'existant et cadre méthodologique. Paris: ANAES; 2001.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé. Paris: ANAES; 2000.

Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé : principes méthodologiques. Paris: ANDEM; 1996.

Éléments pour évaluer les performances des établissements hospitaliers. Dossier Solidarité Santé 2001; 2: 9-111.

Pour plus d'informations

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé	http://www.Anaes.fr
Base française d'évaluation en santé	http://bfes.sante.fr
Ministère de la santé et de la protection sociale	http://www.sante.gouv.fr
Mission nationale d'audit et d'expertise hospitaliers	http://www.meah.sante.gouv.fr
Portail des agences sanitaires	http://www.sante.fr/
Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé	http://afssaps.sante.fr
Agence française de sécurité sanitaire des aliments	http://www.afssa.fr
Agence française de sécurité sanitaire environnementale	http://www.afsse.fr
Établissement français des greffes	http://www.efg.sante.fr
Établissement français du sang	http://www.dondusang.net/
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé	http://www.inpes.sante.fr
Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire	http://www.irsno.org/
Institut de veille sanitaire	http://www.invs.sante.fr
École nationale de la santé publique	http://www.ensp.fr/
Commission nationale de l'informatique et des libertés	http://www.cnil.fr
Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	http://www.atih.sante.fr
Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier	http://www.gmsih.fr
Délégation à l'information médicale et à l'épidémiologie	http://dime.ap-hop-paris.fr/
Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales Paris Nord	http://www.ccr.jussieu.fr/cclin/
Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales Sud-Est	http://cclin-sudest.univ-lyon1.fr/
Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales Ouest	http://www.cclinouest.com/
Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales Sud-Ouest	http://www.cclin-sudouest.com/
NosoBase : base de documents sur les infections nosocomiales et l'hygiène hospitalière	http://nosobase.chu-lyon.fr/
Portail des Comités de Lutte contre la Douleur de l'AP-HP	http://interclud.ap-hp.fr/