



COMPLEMENT AU MANUEL D'ACCRÉDITATION

HOSPITALISATION À DOMICILE

Mars 2003

Direction de l'accréditation

COMPLEMENT AU MANUEL D'ACCREDITATION

L'HOSPITALISATION A DOMICILE

INTRODUCTION

Les alternatives à l'hospitalisation traditionnelle, et plus particulièrement l'hospitalisation à domicile (HAD), constituent un mode privilégié d'innovation dans les pratiques de soins et un vecteur de diffusion des nouvelles technologies dans le système de santé d'aujourd'hui. Le développement de l'HAD répond à une volonté de respect du cadre de vie du patient, de son autonomie, de son entourage et une volonté d'adéquation de moyens et de ressources par rapport aux besoins.

L'HAD a été instituée par la loi hospitalière du 31 décembre 1970. A ce titre, elle fait donc partie des structures sanitaires et est concernée comme tout établissement de santé par la démarche d'accréditation. Elle est néanmoins ici considérée comme une alternative de type médico-sociale au vu de l'analyse de l'activité enregistrée dans ses structures. La première structure d'hospitalisation à domicile a été créée en 1957 à l'Assistance Publique de Paris, suivie en 1958 par la création de Santé Services à Puteaux, à l'initiative de l'Institut Gustave Roussy de Villejuif. Il est important de relever, dès cette loi initiale, la mise en exergue du rôle dévolu aux médecins traitants ambulatoires dans cette prise en charge.

La circulaire de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés du 19 octobre 1974 exclut de l'HAD les malades contagieux, les malades porteurs de pathologies chroniques et psychiatriques relevant de la sectorisation ainsi que les hémodialysés et les insuffisants respiratoires graves, pour lesquels un appareillage à domicile est prescrit. Ces exclusions sont toujours d'actualité sauf pour les malades porteurs de pathologies chroniques qui peuvent être pris en charge en HAD. L'hospitalisation à domicile recouvre l'ensemble des soins médicaux et paramédicaux délivrés à domicile à ces malades dont l'état ne justifie pas le maintien au sein des structures hospitalières. Ces soins doivent être d'une nature et d'une intensité comparables à ceux qui étaient susceptibles de leur être prodigués dans le cadre d'une hospitalisation traditionnelle (circulaire du Ministère des Affaires Sociales du 12 mars 1986).

Le décret paru no 92-1101 du 2 octobre 1992 précise que « les structures dites d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes » (décret). Le type de soins qui peuvent y être délivrés et les conditions de fonctionnement sont définis de façon plus précise par la circulaire du 30 mai 2000 (DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000). Ces textes témoignent d'une volonté de développement de ce type de prise en charge.

Le décret d'octobre 1992 et la circulaire de mai 2000 définissent la place et le rôle du « médecin coordinateur HAD qui organise la fonction médicale de la structure ». Cette définition souligne un important effort de médicalisation au sein de l'HAD et le rôle majeur de l'HAD dans une prise en charge continue et coordonnée du patient.

POURQUOI UNE ADAPTATION DU MANUEL ET DE LA DEMARCHE D'ACCREDITATION A L'HOSPITALISATION A DOMICILE

Cette adaptation du manuel d'accréditation à l'HAD est la première réalisée depuis la parution du manuel en février 1999 et le lancement de la procédure en juin 1999. Élaborée principalement par des professionnels de l'HAD en coordination avec les membres de l'ANAES, elle s'inscrit dans l'objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle n'a pas pour objet d'interpréter la stratégie des champs d'application des pathologies éventuellement prises en charge en HAD.

L'appréciation des activités réalisées en HAD obéit aux mêmes exigences que celles des autres établissements. Elle utilise les références actuelles du manuel d'accréditation centrées sur le patient, sur sa prise en charge tout au long de son parcours hospitalier et sur les interfaces entre les secteurs d'activité.

Cette adaptation souligne des spécificités de prise en charge en HAD que les professionnels de santé oeuvrant dans ce secteur d'activité ont estimé nécessaire de prendre en compte. Celles-ci portent principalement sur l'information du patient et de l'entourage, la confidentialité, la coordination et la continuité entre les professionnels, l'éducation des patients, l'approvisionnement et la maintenance des équipements.

Les principales étapes de la procédure doivent donner lieu à une évaluation participative stimulée par un contrôle externe exercé par les pairs. La priorité est donnée à une auto-évaluation réalisée par des équipes rassemblant prestataires et utilisateurs suivie d'un processus de validation externe par la visite d'accréditation. Les modalités d'exercice en HAD conduisent à des adaptations de réalisation de l'auto-évaluation et de la visite.

Ces activités HAD s'exercent dans deux cadres juridiques différents qui justifient des approches adaptées. Dans un premier cas, les structures d'HAD dépendent d'un établissement de santé publique ou d'un établissement privé participant au service publique hospitalier. Elles sont alors prises en compte dans le cadre de la démarche d'accréditation de cet établissement au même titre que les autres activités hospitalières. Dans un deuxième cas de figure, les structures sont autonomes, dédiées à l'HAD et habituellement gérées par des associations privées à but non lucratif. Ces structures font l'objet d'une démarche spécifique d'accréditation.

Ce travail d'adaptation concerne un secteur d'activité qui a fortement progressé ces dernières années. L'accréditation en HAD contribuera en conséquence à apporter une meilleure prise de connaissance des structures, des organisations et des procédures par les professionnels de santé, par l'ensemble des personnes représentant les institutions, par les patients et les citoyens.

LA DEFINITION DU CHAMP DE L'HAD

L'HAD concerne des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives ou instables qui, en l'absence d'un tel service, feraient l'objet d'une hospitalisation traditionnelle. Ces malades nécessitent des soins complexes, formalisés dans un projet thérapeutique clinique et psychosocial, impliquant à la fois une coordination de soins, une évaluation médicale au moins hebdomadaire, des soins infirmiers ou des interventions de kinésithérapie quasi-quotidiens.

L'HAD prend en charge des adultes ou des enfants souffrant de pathologies diversifiées ou encore des parturientes, à l'exception des pathologies mentales.

Les personnes hospitalisées à domicile peuvent bénéficier de soins ponctuels complexes pour une durée déterminée qui peuvent être réitérés ou de soins continus complexes pour une durée non déterminée préalablement.

L'ORGANISATION DE L'HAD

- ***Une prise en charge pluridisciplinaire***

- *Les acteurs médicaux :*

Le médecin coordonnateur, praticien salarié relevant de l'HAD, est le référent médical de la structure. Il émet un avis médical pour toute admission et sortie de l'HAD et contribue à l'échange d'informations nécessaires à une prise en charge globale et coordonnée du patient. Il est responsable de l'évaluation de la prise en charge du patient.

Le médecin hospitalier transmet les informations concernant son patient, élabore le projet thérapeutique en lien avec l'équipe HAD, s'engage à le suivre au niveau hospitalier et à le réhospitaliser si nécessaire. Il peut être le médecin prescripteur de l'HAD.

Le médecin traitant, praticien exerçant à titre libéral, est choisi librement par le malade. L'HAD ne peut se réaliser qu'avec son accord. Il est responsable du suivi du malade. Il peut également être le médecin prescripteur de l'HAD.

- *Les intervenants paramédicaux libéraux ou salariés :*

De nombreux acteurs paramédicaux sont étroitement associés à l'HAD dans un cadre de collaboration défini : infirmiers(ères), aides-soignants, kinésithérapeutes, orthophonistes, nutritionnistes, ...

- *Les professionnels psychosociaux, administratifs, logistiques*

L'accompagnement psychosocial durant l'HAD est essentiel pour le patient et pour son entourage. D'autres acteurs interviennent également, aides ménagères, sociétés de restauration, loueurs de matériel par exemple.

- ***Une prise en charge qui s'appuie sur un projet thérapeutique***

L'HAD est prescrite par un médecin hospitalier ou par un médecin en exercice libéral. Cette prescription s'appuie sur un projet thérapeutique élaboré et actualisé par les divers intervenants. Ce projet est validé et suivi par le médecin coordonnateur. La décision d'admission est prononcée après une évaluation de la charge en soins réalisée par une équipe paramédicale HAD. Le suivi est assuré par le médecin traitant en coordination avec le médecin hospitalier. La décision de sortie est prise en concertation avec le médecin traitant, le médecin hospitalier et le médecin coordonnateur.

- ***Une prise en charge coordonnée 24 heures sur 24***

Les structures HAD assurent la permanence et la continuité des soins. Elles ont une organisation en place permettant au patient d'avoir un interlocuteur 24 h sur 24 et assurant le transfert des patients dans les établissements d'hospitalisation traditionnelle en cas de nécessité.

L'ADAPTATION DU MANUEL D'ACCRÉDITATION A L'HAD

Les modalités de réalisation

Une analyse documentaire et, plus spécifiquement, une analyse des démarches utilisées à l'étranger ont été réalisées.

Un groupe de travail a été constitué. Ce groupe comprenait des professionnels provenant de structures HAD publiques et privés de tailles différentes. Il était composé de médecins coordonnateurs, des soignants et des directeurs. La liste des participants se trouve en annexe.

Le processus de relecture a inclus des professionnels de structures HAD, des représentants des fédérations, des professionnels de services hospitaliers référents, des médecins libéraux utilisateurs de l'HAD, et des représentants d'usagers. La liste des relecteurs est aussi mise en annexe.

Le maintien des références du manuel d'accréditation

Les références sont centrées sur le parcours du patient et les activités de soutien essentielles à la prise en charge. Elles s'intéressent aux interfaces entre les secteurs d'activité et sont construites pour apprécier une démarche qualité. Elles sont des références optimales indiquant un objectif à atteindre.

Elles demeurent applicables aux établissements ayant des activités d'HAD. Les critères sont également inchangés. En revanche, certaines références ou critères ont été jugés non applicables dans le cas d'activité HAD.

Les référentiels Management de l'Etablissement et des secteurs d'Activité (MEA), Gestion des Ressources Humaines (GRH), Gestion du Système d'Information (GSI), gestion de la Qualité et Prévention des Risques (QPR) et Vigilances Sanitaires et sécurité Transfusionnelle (VST) ne sont pas modifiés.

Les principales évolutions au sein des référentiels

Un accent a été porté sur les thèmes suivants :

- La coordination et la continuité de la prise en charge et les échanges d'information entre les professionnels
- Le rôle des acteurs, notamment médicaux
- L'information du patient et de son entourage
- La confidentialité
- L'éducation du patient et de son entourage
- L'approvisionnement et la maintenance des équipements

Ces évolutions se traduisent par l'ajout de nouveaux cartouches explicatifs ou par le remplacement de cartouches existants ; certains critères ont été jugés non applicables aux structures HAD. Les introductions de certains des référentiels ont été modifiées pour mieux expliquer les références dans le cadre de la prise en charge spécifique à l'HAD.

Dans sa forme de présentation, ce complément au manuel d'accréditation ne reprend que les référentiels qui ont fait l'objet d'une adaptation. Ces adaptations sont indiquées en gris à la fois dans les introductions et au niveau des cartouches explicatifs.

L'ADAPTATION DES ETAPES DE LA PROCEDURE

Ces étapes sont décrites dans le manuel d'accréditation. Elles sont reprises avec plus de détail dans le guide « Préparer et conduire votre démarche d'accréditation » dont une version actualisée est disponible depuis février 2003.

L'auto-évaluation, la composition de l'équipe des experts-visiteurs et certaines étapes de la visite ont fait l'objet d'adaptation afin de prendre en compte des spécificités de la prise en charge en HAD, telles l'implication de professionnels tant salariés que libéraux, la multiplicité des sites d'intervention, la coordination de prestataires externes, etc... Ces adaptations sont décrites de façon plus détaillées dans l'ajout au guide « Préparer et conduire votre démarche d'accréditation » spécifique à l'HAD.

Concernant l'auto-évaluation, cet ajout précise les modalités d'organisation et de constitution des équipes d'auto-évaluation en fonction de la taille des structures, des professionnels à associer (médecins traitants, services hospitaliers prescripteurs), de la participation d'usagers, de la prise en compte des prestataires externes.

S'agissant de la conduite de la visite d'accréditation, ce complément au guide donne des exemples de calendriers de visite qui tiennent compte de la taille des structures et, notamment, des déplacements à domicile qu'auront à réaliser les experts-visiteurs. Il précise les modalités de déroulement de certaines des étapes de la visite d'accréditation comme la visite à domicile, les rencontres d'équipes d'auto-évaluation, l'appréciation de la continuité des soins en dehors des heures ouvrables, le dossier du patient.

ONT PARTICIPÉ

- **Les membres du groupe de travail HAD :**

*Monsieur le Docteur Philippe BANDON, médecin coordonnateur, Hôpital «Au Foyer Bagatelle», Talence ;
Madame Annick BIJU-DUVAL, directeur, HAD Nice et région, Nice ;
Madame Françoise BOURGEOIS, directrice des soins, Santé Service, Puteaux ;
Madame Marie-Paule BRU, surveillante, Centres Mutualistes de soins infirmiers, HAD-soins palliatifs, Rodez ;
Madame Sylvie DEBRAY, cadre supérieur infirmier, Hôpital Bichat, Paris ;
Monsieur Claude FONQUERNIE, directeur financier, CH des Pyrénées, Pau ;
Madame Yvette HANNO, directrice adjointe, responsable qualité et accréditation, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Paris ;
Monsieur le Docteur Patrick LE PLAT, médecin HAD, Fondation de la Croix Saint-Simon, Paris ;
Madame le Docteur Lydie NICOLAS, médecin coordonnateur HAD, CH de Grenoble, Grenoble ;
Madame Sylvaine SEVEIGNES, surveillante générale, Soins et Santé, Caluire.*

- **Les membres du groupe de lecture :**

*Monsieur le Docteur Jean-Michel CHABOT, médecin missions réseaux, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris ;
Madame Marie-Noëlle CHAMPION-DAVILLER, infirmière générale, directrice, Europe Management, Boulogne ;
Monsieur le Docteur Pierre-Jean COUSTEIX, président FNEHAD, CNAMTS, Paris ;
Madame Sylvie CURTO, responsable du service social à l'HAD de l'AP-HP, Hôpital de la Salpêtrière, Paris ;
Madame le Docteur Marie-Paule CUENOT, ancien médecin coordonnateur en HAD, médecin inspecteur, DDASS, Chartres ;
Monsieur le Docteur Franck DELPRETTI, médecin coordonnateur, CH Général-HAD, Vichy ;
Monsieur le Docteur Eric DUBOST, médecin, directeur HAD, Soins et Santé, Caluire ;
Monsieur le Docteur Vincent FOUCQUES DU PARC, médecin coordonnateur HAD, secteur est, Santé Service, Montreuil ;
Monsieur Yannick GARCIA, secrétaire général FNEHAD, Paris ;
Madame Céline GILARDINO, cadre infirmier, HAD de Nice et région, Nice ;
Monsieur Timothy GREACEN, directeur du laboratoire de recherche, Maison Blanche, Paris ;
Monsieur le Professeur Patrick GRELLIER, médecin hospitalier, neuro-chirurgien, HAD de Nice et région, Nice ;
Monsieur le Professeur Xavier HEBUTERNE, médecin hospitalier, gastro-entérologue, HAD de Nice et région, Nice ;
Madame Michèle TREGUER, directrice des soins infirmiers, Hôpital de la Salpêtrière, Paris.*

- **Les membres du groupe de pilotage interne :**

*Madame Chantal LACHENAYE-LLANAS, directrice de l'accréditation, ANAES, Paris ;
Monsieur Charles BRUNEAU, adjoint au chef du service études et développement, ANAES, Paris ;
Madame Maryse BOULONGNE, responsable du service des experts-visiteurs, ANAES, Paris ;
Madame Christiane CHEVILLARD, chef de projet, service des démarches, ANAES, Paris ;
Madame Sylvie DEBRAY, cadre supérieur infirmier, Hôpital Bichat, Paris ;
Monsieur James GOLDBERG, responsable du service des relations internationales, ANAES, Paris.*

DROITS ET INFORMATION DU PATIENT (DIP)

- **Introduction**

La notion de droits du patient fait référence d'une part aux droits universels de l'homme et du citoyen et aux principes généraux du droit français, d'autre part aux droits plus directement liés à la présence du patient dans l'établissement de santé. L'ensemble de ces principes est repris dans la charte du patient hospitalisé. L'établissement s'assure que chaque patient peut exercer ses droits et met en œuvre à cet effet les moyens nécessaires à leur prise en compte. Les droits du patient concernent essentiellement l'accès aux soins, la liberté de choix, et le respect de la dignité. L'information constitue un champ spécifique de ces droits.

Dans le cadre de l'HAD, il faut toujours entendre par patient le patient et/ou son entourage. La particularité de l'hospitalisation d'une personne malade à son domicile ou au domicile d'un de ses proches consiste à concilier son espace de vie, 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. Aussi, la notion d'information du patient et/ou de son entourage, tant au préalable que pendant la prise en charge en HAD, prend ici toute sa dimension, d'autant que l'entourage ou le patient sont amenés à être considérés comme « partenaires » au cours de cette prise en charge.

- **Références**

DIP - Référence 1

L'établissement inscrit les droits et l'information du patient dans ses priorités.

DIP - Référence 2

L'établissement assure à tous l'accès aux soins.

DIP - Référence 3

Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions du séjour.

DIP - Référence 4

Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur ses soins et son état de santé.

DIP - Référence 5

Le consentement du patient et/ou de son entourage est requis pour toute pratique le concernant.

DIP - Référence 6

Le respect de l'intimité et de la dignité du patient ainsi que sa liberté sont préservés tout au long de son séjour ou de sa consultation.

DIP - Référence 7

Le respect de la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales et de la vie privée est garanti au patient.

DIP - Référence 8

Les réclamations et/ou plaintes des patients font l'objet d'une gestion particulière.

DIP - Référence 9

L'établissement évalue le respect des droits du patient.

- **Références et critères**

DIP - Référence 1

L'établissement inscrit les droits et l'information du patient dans ses priorités.

DIP.1.a. L'établissement a adopté les principes énoncés dans la charte du patient hospitalisé ; le projet d'établissement intègre ces principes.

DIP.1.b. La direction, la Commission médicale d'établissement et la DSSI ou le responsable du service de soins infirmiers développent une politique reposant sur les principes de la charte du patient hospitalisé.

DIP.1.c. L'existence de la charte est portée à la connaissance des professionnels et le document est disponible dans tous les secteurs d'activité.

DIP.1.d. Les professionnels sont formés à la question du respect des droits du patient.

DIP.1.e. La charte ou son résumé est communiqué(e) au patient dès son entrée.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

DIP.1.a.

En HAD, on recherchera un projet d'établissement ou tout document d'orientations stratégiques équivalent.

DIP - Référence 2

L'établissement assure à tous l'accès aux soins.

DIP.2.a. En cas d'urgence, l'établissement accueille toutes les personnes sans distinction et quelles que soient leurs conditions de couverture sociale.

DIP.2.b. L'établissement dispose d'aménagements permettant l'accès et l'accueil des personnes handicapées.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

DIP 2.a.

La structure HAD accueille toutes les personnes sans distinction dans la limite de son champ d'intervention et des autorisations accordées. Elle veille à obtenir avant l'admission le consentement du patient et de son entourage au principe de l'hospitalisation à domicile.

DIP 2.b.

La structure HAD évalue et favorise l'adaptation du domicile au handicap du patient.

DIP - Référence 3**Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions du séjour.**

- DIP.3.a.** L'établissement prend des mesures pour faciliter l'expression et la compréhension des patients qui ne peuvent s'exprimer en français.
- DIP.3.b.** Le patient reçoit des informations pratiques concernant son séjour.
- DIP.3.c.** Le patient est informé des modalités de sa prise en charge administrative, des tarifs et du montant de sa participation financière éventuelle.
- DIP.3.d.** Le patient est informé de la fonction et de l'identité des personnes intervenant auprès de lui.
- DIP.3.e.** L'établissement favorise toute démarche permettant au patient de bénéficier de l'aide de services sociaux.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

DIP 3.b.

Les informations concernant le séjour en HAD sont par exemple :

- *les horaires de passage des professionnels au domicile du patient ;*
- *les conditions d'accès aux prestations sociales.*

DIP - Référence 4**Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur ses soins et son état de santé.**

- DIP.4.a.** Le patient ou son représentant légal désigne la ou les personnes qu'il souhaite voir informée(s).
- DIP.4.b.** Les professionnels informent le patient ou la(les) personne(s) qu'il a désignée(s) sur son état de santé et sur les soins qui lui sont proposés ; ils facilitent la demande d'information du patient.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

DIP 4.b.

L'information délivrée au patient lui permet de participer à sa prise en charge. Elle associe une information orale et la remise de documents.

Les informations communiquées au préalable au patient concernant son état de santé sont connues des professionnels assurant sa prise en charge.

DIP - Référence 5

Le consentement du patient et/ou de son entourage est requis pour toute pratique le concernant.

DIP.5.a. Le consentement éclairé du patient est requis pour tout acte médical (excepté si son état rend nécessaire un acte auquel il n'est pas à même de consentir) ; dans cette démarche, le patient est informé des bénéfices et des risques des actes envisagés.

DIP.5.b. Le patient inclus dans une recherche biomédicale donne son consentement de manière écrite.

DIP.5.c. Le patient mineur donne son avis, dont il est tenu compte dans toute la mesure du possible. En dehors de certaines dispositions particulières, les détenteurs de l'autorité parentale donnent leur consentement de manière écrite.

DIP.5.d. Les représentants légaux de l'incapable majeur donnent leur avis selon une procédure en place dans l'établissement.

DIP.5.e. L'établissement recherche l'expression de l'accord ou du refus préalable du patient pour le don et l'utilisation des produits du corps humain.

DIP.5.f. Le patient exprime son consentement pour les dépistages de certaines maladies infectieuses (VIH) ou génétiques.

DIP.5.g. L'entourage du patient est préalablement informé des autopsies (hors recherche légale des causes de décès).

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

DIP 5.a.

En cours d'hospitalisation à domicile, il revient au médecin qui prescrit un acte médical d'obtenir le consentement éclairé du patient. La structure HAD rappelle au médecin traitant ce devoir d'information.

DIP .5.e. et g.

Non applicables en HAD.

DIP - Référence 6

Le respect de l'intimité et de la dignité du patient ainsi que sa liberté sont préservés tout au long de son séjour ou de sa consultation.

- DIP.6.a.* Le patient est examiné et peut obtenir les réponses aux questions qu'il pose dans des conditions d'intimité adaptées à un colloque singulier.
- DIP.6.b.* Le patient dispose de ses effets personnels durant son séjour, sauf si des raisons de sécurité s'y opposent. Le dépôt et le retrait des objets personnels sont organisés.
- DIP.6.c.* L'intimité du patient est respectée lors de la toilette, des soins, etc.
- DIP.6.d.* Le consentement du patient est recueilli pour les visites avec des étudiants.
- DIP.6.e.* Les croyances du patient sont respectées. Le patient est informé qu'il peut faire appel au ministre du culte de son choix.
- DIP.6.f.* La liberté de circulation du patient est préservée, sauf si des raisons de sécurité ou des raisons réglementaires s'y opposent.
- DIP.6.g.* Le patient peut à tout moment quitter l'établissement après avoir été informé des risques qu'il court, sauf si des raisons réglementaires s'y opposent. La demande de sortie d'un patient contre avis médical est formalisée par l'établissement.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

DIP.6.f. et DIP.6.g. Les raisons réglementaires peuvent être, par exemple, une hospitalisation d'office ou une hospitalisation à la demande d'un tiers.

DIP 6.b. et 6.f.

Non applicables pour l'HAD.

DIP - Référence 7

Le respect de la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales et de la vie privée est garanti au patient.

- DIP.7.a.* Le patient bénéficie d'une garantie de la non-divulgence de sa présence.
- DIP.7.b.* Le secret professionnel est garanti et les moyens sont mis en œuvre à cet effet par l'établissement.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

DIP 7

La structure d'HAD informe 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. La structure HAD tient compte de l'avis du patient dans la décision de prise en charge du patient au domicile.

DIP - Référence 8**Les réclamations et/ou plaintes des patients font l'objet d'une gestion particulière.**

- DIP.8.a.* L'établissement facilite l'expression des suggestions, réclamations et /ou plaintes des patients.
- DIP.8.b.* Les procédures de conciliation, dont les patients et les professionnels sont informés, sont organisées par l'établissement.
- DIP.8.c.* Toutes les réclamations et/ou plaintes des patients sont analysées et ont une réponse.
- DIP.8.d.* Les secteurs d'activité concernés sont tenus informés de tout contentieux avec un patient.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

DIP.8.a. L'établissement peut par exemple proposer un lieu d'écoute pour les réclamations.

DIP - Référence 9**L'établissement évalue le respect des droits du patient.**

- DIP.9.a.* L'établissement évalue le respect des droits du patient.
- DIP.9.b.* L'établissement met en place une politique d'amélioration du respect des droits et de l'information du patient.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

DOSSIER DU PATIENT (DPA)

- **Introduction**

Le dossier du patient est indispensable à la communication des informations entre les professionnels et constitue un outil de réflexion et de synthèse, de planification, d'organisation et de traçabilité des soins.

Afin de faciliter la continuité des soins, l'échange d'informations entre les différents intervenants à domicile est indispensable. Que ce soit sous forme de dossier papier ou de dossier informatisé, la structure doit veiller à la confidentialité des données et à en sécuriser l'accès.

Il comporte l'ensemble des informations concernant le patient, qu'elles soient administratives, sociales, médicales ou paramédicales.

La spécificité de l'HAD consiste donc à allier la mise à disposition au lit du malade, 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 : une partie centralisée au sein de la structure, et une partie au domicile à vocation de transmission pour l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge du malade.

Des dysfonctionnements dans la gestion des dossiers peuvent entraîner des conséquences allant de la simple perte de temps à des défauts majeurs dans la prise en charge des patients et le fonctionnement de l'établissement.

La gestion des dossiers doit donc reposer sur une bonne organisation, des responsabilités définies et l'enregistrement au quotidien par tous les professionnels des informations pertinentes.

- **Références**

DPA - Référence 1

L'établissement définit et met en œuvre une politique du dossier du patient dans l'ensemble des secteurs d'activité.

DPA - Référence 2

La politique du dossier du patient associe dans sa définition et sa mise en œuvre les instances et les professionnels concernés.

DPA - Référence 3

Les informations contenues dans le dossier du patient sont soumises au respect des règles de confidentialité.

DPA - Référence 4

La tenue du dossier du patient permet une gestion fiable des informations.

DPA - Référence 5

Le contenu du dossier du patient permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre professionnels et entre secteurs d'activité.

DPA - Référence 6

La gestion du dossier du patient est organisée de façon à assurer l'accès aux informations.

DPA - Référence 7

Le dossier du patient fait l'objet d'un dispositif d'évaluation et d'amélioration continue.

- **Références et critères**

DPA - Référence 1

L'établissement définit et met en œuvre une politique du dossier du patient dans l'ensemble des secteurs d'activité.

DPA.1.a. Pour chaque patient, un recueil d'informations permet d'assurer la continuité des soins.

DPA.1.b. Une politique vise à favoriser le regroupement des informations détenues pour chaque patient dans l'établissement.

DPA.1.c. Une politique vise à assurer la protection de la confidentialité des dossiers et informations concernant le patient, notamment lors de la circulation des informations nominatives liées aux nécessités diagnostiques et thérapeutiques.

DPA.1.d. L'établissement s'organise pour assurer le droit d'accès du patient à son dossier par l'intermédiaire d'un praticien qu'il choisit librement.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

DPA - Référence 2

La politique du dossier du patient associe dans sa définition et sa mise en œuvre les instances et les professionnels concernés.

DPA.2.a. La direction, la CME et la DSSI ou le responsable du service des soins infirmiers s'assurent que les modalités de tenue du dossier du patient sont écrites, validées, diffusées et évaluées.

DPA.2.b. La direction, la CME et la DSSI mettent en place et maintiennent l'organisation du circuit du dossier et de l'archivage des dossiers.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

DPA - Référence 3

Les informations contenues dans le dossier du patient sont soumises au respect des règles de confidentialité.

DPA.3.a. Les professionnels sont sensibilisés à la confidentialité.

DPA.3.b. Si son dossier est informatisé, le patient est informé de cette informatisation et de son droit d'accès et de rectification.

DPA.3.c. L'élimination des pièces des dossiers se fait selon des conditions garantissant la confidentialité.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

DPA - Référence 4

La tenue du dossier du patient permet une gestion fiable des informations.

DPA.4.a. Le dossier du patient comporte l'ensemble des éléments nécessaires à son identification.

DPA.4.b. Les responsabilités des différents intervenants (infirmier(ère)s, praticiens, internes, secrétaires médicales, étudiants hospitaliers, autres intervenants) sur la tenue du dossier du patient sont établies par écrit.

DPA.4.c. Les prescriptions médicales sont rédigées par le praticien prescripteur, datées, et comportent le nom et la signature du praticien.

DPA.4.d. Le dossier du patient est organisé et classé.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

DPA - Référence 5

Le contenu du dossier du patient permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre professionnels et entre secteurs d'activité.

DPA.5.a. Le dossier du patient comporte, sous l'autorité du praticien responsable, dans les meilleurs délais après son admission, les motifs d'hospitalisation et les conclusions de l'évaluation initiale de la situation du patient.

DPA.5.b. Le dossier du patient comporte des informations actualisées sur l'évolution de son état clinique et de sa prise en charge.

DPA.5.c. Le dossier du patient permet à tout moment de connaître les traitements, les examens et les soins reçus ou devant être reçus par le patient.

DPA.5.d. Le dossier du patient comporte, lorsque sa prise en charge l'exige, des éléments d'information spécialisés.

DPA.5.e. Le dossier du patient comporte la trace de la réflexion bénéfice-risque de la stratégie diagnostique et thérapeutique adoptée pour le patient avant chaque acte invasif.

DPA.5.f. Le dossier du patient comporte, après sa sortie, les conclusions du séjour et les éventuelles modalités de suivi.

DPA.5.g. Le médecin désigné par le patient est destinataire d'un document écrit qui lui parvient dans un délai permettant la continuité de la prise en charge.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

DPA.5.a.

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.

DPA.5.b et c.

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.

DPA 5.e.

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.

DPA - Référence 6

La gestion du dossier du patient est organisée de façon à assurer l'accès aux informations.

DPA.6.a. Le dossier du patient peut être localisé et accessible à tout moment.

DPA.6.b. Le dossier du patient est conservé dans le respect des délais de conservation et des conditions de sécurité.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

DPA - Référence 7

Le dossier du patient fait l'objet d'un dispositif d'évaluation et d'amélioration continue.

DPA.7.a. L'établissement évalue la qualité des dossiers.

DPA.7.b. L'établissement met en place une politique d'amélioration des dossiers.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS (OPC)

- **Introduction**

L'organisation de l'établissement permet une prise en charge des patients dans des conditions optimales de qualité et de sécurité, conformes aux missions inscrites dans son projet d'établissement notamment quant aux orientations stratégiques de l'activité médicale.

Les missions et champs d'interventions de l'HAD sont définis par des dispositions légales.

L'admission d'un patient répond à un besoin de soins coordonnés, complexes, de type ponctuels, continus ou de réadaptation au domicile.

Une hospitalisation à domicile est prescrite par un médecin hospitalier ou un médecin exerçant à titre libéral, librement choisi par le patient. Il est alors le médecin prescripteur. Cette prescription s'appuie sur un projet thérapeutique établi pour le malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé. Ce projet thérapeutique tient compte des soins cliniques, psychologiques et sociaux nécessaires au patient. La pertinence de ce projet thérapeutique et sa cohérence avec les conditions d'admission en HAD sont validées par le médecin coordonnateur de l'HAD. L'admission est prononcée après une évaluation de la charge en soins réalisée par une équipe paramédicale HAD. La décision de fin d'HAD est liée à l'atteinte du projet thérapeutique et se prend en concertation avec le patient, le médecin traitant, le médecin hospitalier expert et/ou le médecin coordonnateur.

Les conditions d'une prise en charge de qualité en HAD sont plurielles.

La complexité de la coordination de l'ensemble des actions de chaque intervenant est liée à la multiplicité des professionnels, à leur dispersion géographique, leur statut dans la structure - salariés ou libéraux - et leur spécialité. Elle repose également sur le fait que les activités médico-techniques sont réalisées par des structures externes à l'HAD qui peuvent être librement choisies par le patient. Cette complexité pose des problèmes d'évaluation de l'interface entre les activités cliniques et médico-techniques réalisées en HAD. Cette coordination s'amorce dès la première rencontre de l'équipe paramédicale HAD avec le patient, et nécessite une vigilance continue tout au long de son séjour, jusqu'à la gestion de sa sortie

Le suivi au domicile du patient est sous la responsabilité du médecin traitant. Dans certains cas, les spécialistes hospitaliers peuvent être sollicités comme experts. Le suivi doit être alors coordonné entre le médecin traitant et le médecin hospitalier. Un des rôles du médecin coordonnateur est d'assurer cette coordination.

L'éducation du patient et/ou de son entourage porte sur la prise en charge de la maladie ; des actes d'éducation aux gestes techniques en rapport avec les divers traitements, une éducation à la gestion du matériel et à l'hygiène, et une recherche d'autonomisation permettent d'assurer la continuité et la sécurité de cette prise en charge.

En effet, le niveau d'implication de ces « partenaires de soins » dans la gestion de certaines situations, ou la réalisation de certains actes du quotidien conditionne la réussite de la prise en charge. Les HAD prennent en charge des patients atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables. Ces structures sont donc directement impliquées dans la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs.

PLAN

- Accès**
- Accueil**
- Évaluation de l'état de santé et des besoins du patient**
- Coordination de la prise en charge**
- Sortie**
- Protocoles et évaluation des prises en charge**

• Références

OPC - Référence 1

L'établissement définit une politique visant à assurer l'organisation de la prise en charge des patients.

OPC - Référence 2

L'accès à l'établissement et à ses différents secteurs d'activité est organisé, facilité, et fait l'objet d'une information claire.

OPC - Référence 3

L'établissement met en œuvre une politique d'accueil du patient et de son entourage.

OPC - Référence 4

La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale et régulière de son état de santé.

- OPC - Référence 5*
Les besoins spécifiques du patient sont identifiés et pris en charge.
- OPC - Référence 6*
La prise en charge du patient est coordonnée au sein des secteurs d'activité cliniques.
- OPC - Référence 7*
La continuité des soins est assurée.
- OPC - Référence 8*
Les professionnels intervenant dans les blocs opératoires, les autres secteurs interventionnels et les secteurs d'activité cliniques déterminent en commun leurs règles de fonctionnement.
- OPC - Référence 9*
Les professionnels de la pharmacie et les secteurs d'activité cliniques déterminent en commun leurs règles de fonctionnement.
- OPC - Référence 10*
Les professionnels des laboratoires et les secteurs d'activité cliniques déterminent en commun leurs règles de fonctionnement.
- OPC - Référence 11*
Les professionnels des secteurs d'imagerie médicale ou d'exploration fonctionnelle et les secteurs d'activité cliniques déterminent en commun leurs règles de fonctionnement.
- OPC - Référence 12*
La sortie du patient est planifiée et coordonnée.
- OPC - Référence 13*
Le décès du patient fait l'objet d'un accompagnement.
- OPC - Référence 14*
Les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques utilisent des protocoles diagnostiques et thérapeutiques.
- OPC - Référence 15*
Les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques évaluent les pratiques professionnelles et les résultats obtenus.

- **Références et critères**

OPC - *Référence 1*

L'établissement définit une politique visant à assurer l'organisation de la prise en charge des patients.

OPC.1.a. Le projet médical et le projet de soins, élaborés avec les professionnels, définissent les modalités d'organisation de la prise en charge des patients.

OPC.1.b. L'établissement définit une politique hôtelière.

OPC.1.b.

Non applicable pour l'HAD.



Accès

OPC - *Référence 2*

L'accès à l'établissement et à ses différents secteurs d'activité est organisé, facilité, et fait l'objet d'une information claire.

OPC.2.a. Le public et les professionnels de santé extérieurs sont informés des activités de l'établissement.

OPC.2.b. L'accès au service des urgences est signalé clairement à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement.

OPC.2.c. Selon leurs spécificités, les secteurs d'activité s'organisent pour prendre en compte dans leur organisation les attentes du public.

OPC.2.d. Les secteurs d'activité sont signalés clairement à l'intérieur de l'établissement afin de faciliter la circulation de tous.

OPC.2.b. et OPC.2.d.

Non applicables pour l'HAD.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

OPC.2.c.

Les attentes des patients et de son entourage susceptibles d'être prises en compte dans le cadre de l'HAD concernent, par exemple, la disponibilité des professionnels, les horaires de passage des professionnels à domicile ou l'accès aux services médico-techniques.

→ Accueil

L'accueil du patient est assuré dès son arrivée et durant tout le séjour.

OPC - Référence 3

L'établissement met en œuvre une politique d'accueil du patient et de son entourage.

OPC.3.a. Une permanence de l'accueil est assurée.

OPC.3.b. L'accueil administratif est approprié pour une prise en charge rapide et fiable du patient.

OPC.3.c. L'établissement organise sans délai la prise en charge de toute personne se présentant pour une urgence, en tenant compte du degré d'urgence.

OPC.3.d. Si la situation du patient ne relève pas de ses compétences, l'établissement l'adresse à une structure appropriée.

OPC.3.e. Des dispositions sont prises pour réduire les délais d'attente.

OPC.3.f. Le séjour programmé est préalablement organisé au plan médical et administratif.

OPC.3.g. L'établissement propose des solutions d'hébergement et de restauration aux accompagnants.

OPC.3.h. L'établissement met en œuvre une politique de prévention du tabagisme.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

OPC.3.a. La permanence de l'accueil concerne tant l'accueil téléphonique qu'un accueil par des professionnels de santé.

OPC.3.c.

La structure HAD organise et planifie la prise en charge du patient dans un délai qui tient compte du degré d'urgence, de l'état du patient et de son contexte environnemental.

OPC.3.f.

La notion d'organisation préalable du séjour programmé vise notamment les éléments suivants :

- l'élaboration du projet thérapeutique ;*
- la visite préalable du domicile ;*
- l'organisation des livraisons de matériel ;*
- la première visite par le professionnel de santé au domicile du patient.*

OPC.3.g.

Non applicable en HAD.

OPC.3.h.

Il peut s'agir d'actions d'éducation et de conseils auprès de patients.

→ **Évaluation de l'état de santé et des besoins du patient**

OPC - Référence 4

La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale et régulière de son état de santé.

- OPC.4.a. Les données issues d'une consultation préalable, d'une hospitalisation antérieure ou du passage au service d'urgences sont disponibles.
- OPC.4.b. Les besoins du patient sont identifiés et pris en compte.
- OPC.4.c. Les examens complémentaires et les soins sont programmés à partir d'un examen médical.
- OPC.4.d. La réflexion sur les bénéfices et les risques des examens complémentaires et des soins est effectuée en relation avec le patient.
- OPC.4.e. L'état de santé du patient fait l'objet d'évaluations régulières et de réajustements de la prise en charge, si nécessaire.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

OPC. 4.a.

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.

OPC.4.b.

Les besoins du patient et de son entourage à prendre en compte sont les besoins physiques, psychologiques, sociaux, fonctionnels et nutritionnels.

OPC - Référence 5

Les besoins spécifiques du patient sont identifiés et pris en charge.

- OPC. 5.a. Le secteur d'activité clinique est sensibilisé à la reconnaissance des situations nécessitant une prise en charge spécifique.
- OPC.5.b. Les douleurs aiguës ou chroniques et la souffrance psychique sont recherchées, prévenues et prises en charge.
- OPC.5.c. La prise en charge des besoins spécifiques du patient en fin de vie est assurée.
- OPC.5.d. Le patient bénéficie des actions d'éducation concernant sa maladie et son traitement.
- OPC.5.e. Le patient bénéficie des actions d'éducation pour la santé correspondant à ses besoins.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

OPC.5.a. Les situations nécessitant une prise en charge spécifique sont par exemple : la violence, l'agitation, la tendance suicidaire. Les besoins spécifiques des enfants (école par exemple) et des personnes âgées sont identifiés.

OPC.5.c. La prise en charge des besoins spécifiques du patient en fin de vie fait l'objet notamment de formations et de réflexions multidisciplinaires permettant d'élaborer une démarche commune, en relation avec le médecin traitant et l'entourage.

OPC.5.d. et 5.e.

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.

Les actions d'éducation concernent aussi la gestion de l'environnement.

Ces actions sont destinées aux patients et à leur entourage.

➔ **Coordination de la prise en charge**

OPC - Référence 6

La prise en charge du patient est coordonnée au sein des secteurs d'activité cliniques.

OPC.6.a. Des mécanismes de coordination entre professionnels médicaux et paramédicaux permettent d'assurer la prise en charge globale du patient au sein du secteur d'activité clinique.

OPC.6.b. Les secteurs d'activité cliniques collaborent entre eux pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.

OPC.6.c. Des avis compétents sont recherchés à l'extérieur de l'établissement lorsque l'état du patient le nécessite.

OPC.6.d. En cours d'hospitalisation, l'information du médecin traitant est assurée.

OPC.6.e. Une coordination est organisée entre les professionnels chargés des prestations hôtelières et ceux assurant la prise en charge des soins.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

OPC.6.d.

Dans le cadre de l'HAD, ce critère peut concerner le médecin traitant ou de ville et / ou le médecin hospitalier.

OPC.6.e.

La structure d'HAD est responsable de la coordination entre les prestations des fournisseurs extérieurs et l'activité de soins des professionnels.

OPC - Référence 7

La continuité des soins est assurée.

- OPC.7.a. L'identification du patient est assurée aux différentes étapes de la prise en charge.
- OPC.7.b. Des règles de présence, de concertation et de délégation, ainsi qu'un système de gardes et astreintes sont mis en place afin d'assurer la permanence 24 h/24 h.
- OPC.7.c. Une organisation est en place pour faire face aux urgences vitales internes.
- OPC.7.d. Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes, qu'elles soient médicales ou paramédicales.
- OPC.7.e. La continuité des soins est assurée entre secteurs d'activité.
- OPC.7.f. Le transport des patients entre secteurs d'activité est organisé pour assurer la continuité des soins et du respect des règles d'hygiène, de qualité, de sécurité et de confidentialité.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

OPC.7.b.

La structure s'assure d'une permanence de la réponse médicale 24 heures sur 24.

OPC.7.c.

L'HAD dispose d'une organisation pour faire face aux situations d'urgences vitales et d'aggravations de l'état de santé du patient.

Le patient et son entourage sont informés des mesures à prendre en cas d'urgence vitale.

OPC - Référence 8

Les professionnels intervenant dans les blocs opératoires, les autres secteurs interventionnels et les secteurs d'activité cliniques déterminent en commun leurs règles de fonctionnement.

- OPC.8.a. La prise en charge pré, per et post-interventionnelle est organisée conjointement par les opérateurs, les anesthésistes, et l'encadrement des secteurs concernés.

OPC.8.b. Afin d'assurer la continuité de la prise en charge pré, per, et post-interventionnelle du patient, les différents professionnels concernés assurent, à chaque étape, une transmission écrite des informations.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

OPC. 8.

Cette référence n'est pas applicable dans le cadre de l'HAD.

OPC - Référence 9

Les professionnels de la pharmacie et les secteurs d'activité cliniques déterminent en commun leurs règles de fonctionnement.

OPC.9.a. Les règles relatives aux conditions de prescription, de validation des prescriptions, d'acheminement et de délivrance des médicaments aux secteurs d'activité cliniques sont établies.

OPC.9.b. Les règles relatives aux conditions de prescription, de validation des prescriptions, d'acheminement et de délivrance des dispositifs médicaux aux secteurs d'activité cliniques sont établies.

OPC.9.c. Les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux sont à la disposition des utilisateurs.

OPC.9.d. Des mécanismes sont en place pour analyser l'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

OPC. 9.a. et OPC.9.b.

Cette référence concerne également les activités effectuées au domicile du patient.

OPC. 9.d.

L'évaluation repose sur l'organisation d'un recueil commun d'information. Les structures HAD mettent en œuvre une politique de communication et d'information avec les médecins traitants.

OPC - Référence 10

Les professionnels des laboratoires et les secteurs d'activité cliniques déterminent en commun leurs règles de fonctionnement.

OPC.10.a. Les règles relatives aux conditions de prescription, de prélèvement, d'acheminement et de communication des résultats des examens sont établies.

- OPC.10.b. En fonction des circonstances cliniques, les prescriptions d'examens mentionnent les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande.
- OPC.10.c. Les résultats d'examens répondent aux besoins des secteurs d'activité cliniques en terme de qualité et de délais de transmission.
- OPC 10.d. Des mécanismes sont en place pour analyser l'utilisation des examens de laboratoire.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

OPC. 10. La notion de laboratoire intègre notamment les activités de biologie et d'anatomo-pathologie.

OPC. 10.d.

L'évaluation de l'utilisation des examens de laboratoire repose sur l'organisation d'un recueil commun d'informations. Les structures HAD mettent en place une politique sur ce sujet appuyée sur des échanges et des actions de communication.

OPC - Référence 11

Les professionnels des secteurs d'imagerie médicale ou d'exploration fonctionnelle et les secteurs d'activité cliniques déterminent en commun leurs règles de fonctionnement.

- OPC 11.a. Les règles relatives aux conditions de demande, de réalisation des examens, de communication des résultats sont établies.
- OPC.11.b. Les prescriptions d'examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle mentionnent les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande.
- OPC.11.c. Les résultats d'examens répondent aux besoins des secteurs d'activité cliniques en terme de qualité et de délais de transmission.
- OPC 11.d. Des mécanismes sont en place pour analyser l'utilisation des examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle.

OPC. 11.d.

L'évaluation de l'utilisation des examens d'imagerie ou d'explorations fonctionnelles repose sur l'organisation d'un recueil commun d'informations. Les structures HAD mettent en place une politique sur ce sujet appuyée sur des échanges et des actions de communication.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

→ Sortie

OPC - Référence 12

La sortie du patient est planifiée et coordonnée.

- OPC.12.a. La planification de la sortie est envisagée dès l'arrivée du patient et actualisée au cours du séjour.
- OPC.12.b. Le patient est orienté vers le circuit de prise en charge approprié à sa situation.
- OPC.12.c. La sortie est organisée avec le patient et son entourage.
- OPC.12.d. Le patient dispose à sa sortie des informations et des documents nécessaires pour assurer la continuité de sa prise en charge.
- OPC.12.e. Le médecin traitant est informé du retour à domicile ; cette information est communiquée préalablement à la sortie lorsque l'état du patient requiert un suivi particulier.
- OPC.12.f. La continuité de la prise en charge est assurée lors du transfert du patient.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

OPC.12.d. Les informations fournies au patient doivent lui permettre de participer activement à son traitement après sa sortie de l'établissement.

La structure s'assurera de la mise en place de prestations sociales et/ou d'un suivi social en cas de besoin (aide ménagère, le port des repas, etc.).

OPC.12.e.

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 informé.

OPC - Référence 13

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

- OPC.13.a. Les personnes à prévenir sont contactées en cas d'état critique du patient.
- OPC.13.b. Les volontés et les convictions du défunt sont respectées.
- OPC.13.c. Le médecin traitant est informé du décès.
- OPC.13.d. Un accompagnement psychologique de l'entourage est assuré.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

OPC. 13.c.

La structure d'HAD s'assure que le médecin traitant et / ou hospitalier sont informés du décès du patient.

**Protocoles et évaluation des prises en charge****OPC - Référence 14**

Les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques utilisent des protocoles diagnostiques et thérapeutiques.

OPC.14.a. Les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques utilisent les recommandations de pratiques cliniques adaptées à leur domaine d'activité.

OPC.14.b. Les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques élaborent des protocoles diagnostiques, thérapeutiques dans les domaines où ces protocoles sont justifiés.

OPC.14.c. Les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques évaluent l'utilisation de ces protocoles.

OPC - Référence 15

Les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques évaluent les pratiques professionnelles et les résultats obtenus.

OPC.15.a. Les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques entreprennent des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles.

OPC.15.b. Les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques définissent, recueillent et utilisent des indicateurs de résultats.

OPC.15.c. Les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques déterminent les événements sentinelles qui doivent faire l'objet d'une analyse systématique et multiprofessionnelle.

OPC.15.d. Les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques ajustent leurs pratiques et leurs outils en fonction des résultats de l'évaluation.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

OPC.15.c. Un événement sentinelle identifie une occurrence défavorable qui sert de signal d'alerte et déclenche systématiquement une investigation et une analyse poussée. Ces événements représentent des extrêmes utilisés en gestion de risque et se prêtent mal à une analyse statistique. Ils sont choisis par chaque secteur d'activité clinique.

À titre d'exemple d'événements sentinelles : les décès inattendus, les complications majeures, les reprises d'interventions par le bloc opératoire l'occurrence de certaines infections nosocomiales, les réadmissions non programmées, les sorties contre avis médical, les accidents transfusionnels.

GESTION DES FONCTIONS LOGISTIQUES (GFL)

- **Introduction**

Les fonctions logistiques en HAD sont essentielles à la continuité des prestations fournies au patient, et à la qualité de sa prise en charge. L'organisation des fonctions d'approvisionnement, la mise à disposition d'équipements, la fonction transport, la maintenance et la sécurité des installations, la sécurité de l'environnement constituent les fonctions logistiques principales. Ces organisations sont à transposer et à adapter au contexte du domicile du patient.

Des actions d'éducation du patient et/ou de son entourage sont essentielles pour une prise en compte de ces fonctions logistiques.

Les structures d'HAD comprennent deux types de locaux soumis à des règles différentes. D'une part les locaux de type administratif et/ou hospitalier, et d'autre part les lieux de soins d'habitation, le domicile. Certaines références s'appliquent également aux locaux administratifs, comme les références 2 et 9.

- **Références**

GFL - Référence 1

L'établissement dispose d'approvisionnements et d'équipements adaptés aux besoins de son activité.

GFL - Référence 2

L'établissement est organisé pour assurer la sécurité et la maintenance des bâtiments, des équipements et des installations.

GFL - Référence 3

La fonction restauration respecte les règles d'hygiène, l'équilibre nutritionnel, et recherche la satisfaction des consommateurs.

GFL - Référence 4

La fonction blanchisserie est organisée pour traiter le linge de façon adaptée.

GFL - Référence 5

Le nettoyage des locaux et des équipements est conforme à la politique de sécurité et d'hygiène.

GFL - Référence 6

La fonction transport est organisée et coordonnée.

GFL - Référence 7

L'établissement assure l'élimination des déchets.

GFL - Référence 8

L'établissement dispose d'une organisation et de personnels chargés d'assurer la sécurité des biens et des personnes.

GFL - *Référence 9*

L'établissement est organisé pour assurer la sécurité des personnes contre l'incendie.

GFL - *Référence 10*

Une évaluation des prestations logistiques est réalisée auprès des secteurs d'activité utilisateurs.

- **Références et critères**

GFL - *Référence 1*

L'établissement dispose d'approvisionnements et d'équipements adaptés aux besoins de son activité.

GFL.1.a. Les besoins sont évalués sur le plan quantitatif et sur le plan qualitatif.

GFL.1.b. Les personnels utilisateurs sont associés aux procédures d'achat.

GFL.1.c. Les secteurs d'activité utilisateurs sont approvisionnés à périodicité définie.

GFL.1.d. Une procédure d'approvisionnement en urgence est en place.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

GFL.1.b. Les procédures d'achat concernent les approvisionnements en consommables aussi bien que les équipements.

GFL.1.c.

L'approvisionnement au domicile du patient est organisé selon une périodicité convenue avec lui et son entourage. Les conditions de transport ou de stockage des consommables au domicile sont appropriées. L'adaptation des installations et du domicile et le fonctionnement des appareils sont vérifiés avant la mise à disposition. L'information du patient et de son entourage est réalisée.

GFL - *Référence 2*

L'établissement est organisé pour assurer la sécurité et la maintenance des bâtiments, des équipements et des installations.

GFL.2.a. L'établissement met en œuvre les recommandations issues des contrôles externes des bâtiments, installations et équipements.

GFL.2.b. Une politique de maintenance est définie.

GFL.2.c. Une maintenance préventive est assurée.

GFL.2.d. Une maintenance curative est assurée.

GFL.2.e. Des protocoles d'alerte et d'intervention sont écrits et connus des personnels concernés.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

GFL.2.b.,c.,d.,e.

Des protocoles sont en place assurant la maintenance des équipements, qu'ils soient propres à la structure HAD ou qu'ils dépendent de prestataires externes par le biais de conventions ou de contrats. Ces protocoles définissent des systèmes d'alerte et prévoient des clauses d'intervention en urgence 24 heures sur 24.

GFL - Référence 3

La fonction restauration respecte les règles d'hygiène, l'équilibre nutritionnel, et recherche la satisfaction des consommateurs.

GFL.3.a. Un système d'assurance de la qualité en cuisine centrale est en place.

GFL.3.b. La distribution des repas respecte les règles d'hygiène jusqu'au consommateur du repas.

GFL.3.c. Le personnel participant à la fonction restauration est formé aux règles d'hygiène de la distribution.

GFL.3.d. Les secteurs de production des repas veillent, en relation avec les secteurs d'activité cliniques, à ce que la prestation restauration réponde aux besoins et attentes des patients (variété des menus, horaires et température des repas, etc.).

GFL.3.e. La fonction restauration prend en compte les attentes des personnels et autres consommateurs.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

GFL.3.b. Les consommateurs de prestations de restauration peuvent être :

- les patients ;
- les accompagnants ;
- les professionnels ;
- les enfants des personnels, etc.

GFL.3.

Cette référence n'est pas applicable pour les structures d'HAD.

GFL - Référence 4

La fonction blanchisserie est organisée pour traiter le linge de façon adaptée.

- GFL.4.a. Le traitement du linge fait l'objet de protocoles et d'évaluations.
GFL.4.b. La séparation du linge propre et du linge sale est assurée tant pendant le transport que dans les secteurs d'activité.
GFL.4.c. Les professionnels des secteurs d'activité sont formés aux règles d'hygiène concernant le linge.
GFL.4.d. Un contrôle du traitement du linge est réalisé à périodicité définie.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

GFL.4.

Cette référence n'est pas applicable aux structures d'HAD.

GFL - Référence 5

Le nettoyage des locaux de la structure et des équipements est conforme à la politique de sécurité et d'hygiène.

- GFL.5.a. Le nettoyage des locaux et des équipements fait l'objet de protocoles et d'évaluations.
GFL.5.b. Le personnel chargé du nettoyage des locaux et des équipements est formé.
GFL.5.c. Un contrôle du nettoyage des locaux et des équipements est effectué à périodicité définie.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

GFL5.b.

En HAD, le malade et son entourage sont formés au respect des conditions d'hygiène.

GFL - Référence 6

La fonction transport est organisée et coordonnée.

- GFL.6.a. Les missions et le mode d'organisation de la fonction transport sont définies.
GFL.6.b. La fonction transport fait l'objet de protocoles comportant des éléments relatifs à la sécurité, à la qualité et à l'hygiène.
GFL.6.c. Le personnel chargé du transport est formé.
GFL.6.d. La fonction transport fait l'objet d'évaluations à périodicité définie concernant notamment les délais et la satisfaction des utilisateurs.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

GFL. 6. La fonction transport concerne le transport des biens et celui des personnes.

GFL - Référence 7

L'établissement assure l'élimination des déchets.

GFL.7.a. Chaque catégorie de déchet est traitée de façon adaptée.

GFL.7.b. Le personnel chargé de l'élimination des déchets est formé.

GFL.7.c. L'élimination des déchets est évaluée à périodicité définie.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

GFL.7.b.

En HAD, le malade et son entourage sont formés au respect des conditions d'élimination des déchets.

GFL - Référence 8

L'établissement dispose d'une organisation et de personnels chargés d'assurer la sécurité des biens et des personnes.

GFL.8.a. L'établissement organise la conservation des biens des patients.

GFL.8.b. L'établissement met en œuvre des mesures préventives pour assurer la sécurité des personnes.

GFL.8.c. Des protocoles d'alerte sont rédigés et connus de tous.

GFL. 8. La sécurité des biens et des personnes concerne tant les patients que les professionnels.

GFL.8.a.

Non applicable en HAD.

GFL.8.b.

Les mesures préventives envisagées sont par exemple, la mise en place de téléalarme, une procédure concernant la détention des clés du domicile.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

GFL - Référence 9

L'établissement est organisé pour assurer la sécurité des personnes contre l'incendie.

GFL.9.a. L'établissement s'assure du passage de la commission de sécurité et en suit les recommandations.

- GFL.9.b.* L'établissement a mis en place une organisation pour prévenir le risque incendie.
- GFL.9.c.* Les professionnels bénéficient d'une formation incendie actualisée.
- GFL.9.d.* Les protocoles d'alerte et les mesures à prendre en cas d'incendie sont écrits et connus de tous les professionnels.

GFL.9.b. Parmi les mesures de prévention contre le risque incendie, on citera les mesures visant à faire respecter l'interdiction de fumer.

GFL.9.c.

Le malade et son entourage sont informés des risques d'incendie.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

GFL - Référence 10

Une évaluation des prestations logistiques est réalisée auprès des secteurs d'activité utilisateurs.

SURVEILLANCE, PREVENTION ET CONTROLE DU RISQUE INFECTIEUX (SPI)**• Introduction**

Les infections acquises au sein de l'établissement, d'origine plurifactorielle, sont susceptibles de concerner les patients, les professionnels, et toute personne entrant en contact avec les patients. Il est essentiel que l'établissement s'engage dans une politique active de maîtrise du risque infectieux. Les éléments à prendre en considération pour la lutte contre les infections acquises au sein de l'établissement sont essentiellement la situation médicale du patient, la réalisation d'actes invasifs, le respect des procédures d'hygiène, la sécurité de l'environnement hospitalier, et les traitements antibiotiques.

SPI - Référence 1

L'établissement initie et met en œuvre une politique coordonnée de maîtrise du risque infectieux chez les patients et les professionnels.

SPI - Référence 2

La politique de maîtrise du risque infectieux associe dans sa définition et sa mise en œuvre les instances et les professionnels concernés.

SPI - Référence 3

Le programme de lutte contre le risque infectieux associe les professionnels compétents.

SPI - Référence 4

Le programme de lutte contre le risque infectieux comporte une surveillance.

SPI - Référence 5

Le programme de lutte contre le risque infectieux comporte des actions de prévention.

SPI - Référence 6

Le programme de lutte contre le risque infectieux comporte des dispositions sur le bon usage des antibiotiques en vue de maîtriser la résistance bactérienne.

SPI - Référence 7

Un programme de prévention et de prise en charge des infections touchant les professionnels, établi en collaboration avec la médecine du travail, est élaboré.

<i>SPI -</i>	<i>Référence 8</i> Le risque infectieux lié à l'utilisation des dispositifs médicaux et équipements à usage multiple est maîtrisé.
<i>SPI -</i>	<i>Référence 9</i> Le risque infectieux lié à l'environnement est maîtrisé.
<i>SPI -</i>	<i>Référence 10</i> Des procédures concernant la manipulation, le stockage, la préparation et la distribution des aliments sont mises en œuvre.
<i>SPI -</i>	<i>Référence 11</i> La réalisation et l'efficacité du programme de prévention et de maîtrise du risque infectieux sont évaluées à périodicité définie.

- **Références et critères**

SPI - *Référence 1*
L'établissement initie et met en œuvre une politique coordonnée de maîtrise du risque infectieux chez les patients et les professionnels.

SPI.1.a. La politique de maîtrise du risque infectieux se traduit par la définition d'un programme d'activités annuel ou pluriannuel.

SPI.1.b. Le programme d'activités annuel ou pluriannuel comporte l'identification des actions de prévention, des systèmes de surveillance et de communication des résultats, ainsi que des plans de formation et des mesures d'évaluation.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

SPI - *Référence 2*
La politique de maîtrise du risque infectieux associe dans sa définition et sa mise en œuvre les instances et les professionnels concernés.

SPI.2.a. La politique de maîtrise du risque infectieux est élaborée en concertation entre la direction, la CME, la DSSI ou le responsable du service des soins infirmiers et les professionnels concernés.

SPI.2.b. Les modalités de mise en œuvre du programme de lutte contre le risque infectieux permettent de garantir la coordination des actions menées par les différents professionnels ou secteurs d'activité. Une définition des responsabilités, connue de l'ensemble des professionnels, est élaborée.

- SPI.2.c.* La politique et le programme de lutte contre le risque infectieux font l'objet d'actions de communication au sein de l'établissement et avec l'extérieur.
- SPI.2.d.* Une formation en hygiène est dispensée à tout professionnel temporaire ou permanent lors de son arrivée.
- SPI.2.e.* Les actions de formation continue en hygiène concernent l'ensemble des professionnels, notamment lors de la diffusion de nouvelles procédures.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

SPI.2.c. Parmi les interlocuteurs avec lesquels l'établissement est amené à communiquer quant à sa politique de maîtrise du risque infectieux, on peut citer par exemple le CLIN.

SPI - Référence 3

Le programme de lutte contre le risque infectieux associe les professionnels compétents.

- SPI.3.a.* Un responsable est identifié au sein de l'établissement et est chargé de la mise en œuvre du programme de lutte contre le risque infectieux.
- SPI.3.b.* Le responsable a accès à toutes les données nécessaires à la mise en œuvre du programme.
- SPI.3.c.* Le CLIN, ou équivalent, veille au suivi de la politique de l'établissement et à la communication des informations détenues à l'ensemble des secteurs d'activité cliniques, médico-techniques et administratifs.
- SPI.3.d.* Le CLIN, ou équivalent, est consulté pour tout projet d'aménagement des locaux, d'organisation des circuits, d'acquisition d'équipement ou de matériel et pour la programmation des travaux, dans le cas où ces projets ou ces choix pourraient avoir des conséquences en terme d'hygiène.
- SPI.3.e.* Le CLIN, ou équivalent, rédige un rapport d'activité annuel adressé à la direction, au CA et aux secteurs d'activité avec lesquels il collabore pour information, à la CME pour avis et au CHSCT le cas échéant.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

SPI - Référence 4

Le programme de lutte contre le risque infectieux comporte une surveillance.

- SPI.4.a.* Une stratégie de surveillance ciblée sur les secteurs d'activité à risque est mise en place.

- SPI.4.b.* Un dispositif permet l'alerte, l'identification, la gestion et la maîtrise d'un phénomène épidémique.
- SPI.4.c.* Les conclusions de l'analyse des données de surveillance, ainsi que les recommandations qui en découlent, sont communiquées aux secteurs d'activité concernés et à la direction. Elles sont utilisées pour adapter les activités de prévention du risque infectieux.
- SPI.4.d.* Un suivi de l'évolution du taux des bactéries résistant aux antibiotiques est assuré.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

SPI.4.a. La stratégie de surveillance du risque infectieux comporte un suivi concernant notamment les infections de site opératoire en chirurgie, les infections liées aux cathéters, les bactériémies et les pneumopathies acquises en réanimation.

SPI - Référence 5

Le programme de lutte contre le risque infectieux comporte des actions de prévention.

- SPI.5.a.* Des protocoles visant à maîtriser le risque infectieux sont utilisés.
- SPI.5.b.* Les professionnels bénéficient d'une formation permettant la mise en œuvre du programme de lutte contre le risque infectieux.
- SPI.5.c.* Le patient est associé aux actions de prévention du risque infectieux le concernant.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

SPI - Référence 6

Le programme de lutte contre le risque infectieux comporte des dispositions sur le bon usage des antibiotiques en vue de maîtriser la résistance bactérienne.

- SPI.6.a.* Une structure interne à l'établissement est chargée d'étudier les modalités d'utilisation des antibiotiques en relation avec le CLIN ou équivalent.
- SPI.6.b.* Des recommandations concernant la prescription des antibiotiques pour l'antibiothérapie et l'antibioprophylaxie sont émises.
- SPI.6.c.* Un suivi annuel des consommations d'antibiotiques pour l'établissement et par secteur d'activité est assuré.
- SPI.6.d.* La consommation des antibiotiques est confrontée à l'évolution de la résistance bactérienne.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

SPI 6. c. et d.

L'évaluation de ces critères repose sur une organisation de recueil des informations. Les structures HAD mettent en œuvre une politique de communication et d'information avec les médecins traitants.

SPI - Référence 7

Un programme de prévention et de prise en charge des infections touchant les professionnels, établi en collaboration avec la médecine du travail, est élaboré.

- SPI.7.a.* Des actions sont menées pour prévenir les accidents avec exposition au sang et aux liquides biologiques.
- SPI.7.b.* Un dispositif de notification, de recueil, d'analyse de ces accidents et de prise en charge des personnes concernées est en place.
- SPI.7.c.* L'ensemble des professionnels est immunisé contre certains risques spécifiques liés à l'exercice en établissement de santé.
- SPI.7.d.* Des actions sont menées pour prévenir les risques de contamination liés à l'exercice professionnel.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

SPI - Référence 8

Le risque infectieux lié à l'utilisation des dispositifs médicaux et équipements à usage multiple est maîtrisé.

- SPI.8.a.* Un système d'assurance de la qualité en stérilisation est en place.
- SPI.8.b.* Des procédures d'entretien (nettoyage, désinfection) des équipements et dispositifs médicaux non stérilisables sont écrites, validées et mises en œuvre par du personnel formé. Leurs respect et pertinence sont évalués à périodicité définie.

SPI .8.a.

Dans le cas où la structure HAD utilise des dispositifs médicaux de type instrumental pour la réalisation des soins, une convention est appliquée avec le service de stérilisation.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

SPI - Référence 9

Le risque infectieux lié à l'environnement est maîtrisé.

- SPI.9.a.* Des procédures écrites, validées et évaluées à périodicité définie, sont mises en œuvre.

SPI.9.b. Les procédures font l'objet d'une formation des professionnels.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

SPI.9.a.

Les procédures en HAD concernent :

- *l'entretien de l'ensemble des locaux en fonction des niveaux de risque ;*
- *la gestion des déchets d'activités de soins issus des secteurs d'activité.*

SPI - Référence 10

Des procédures concernant la manipulation, le stockage, la préparation et la distribution des aliments sont mises en œuvre.

SPI.10.a. Un système d'assurance de la qualité en cuisine centrale est en place.

SPI.10.b. Des procédures concernant la préparation des biberons, la nutrition entérale et les préparations diététiques sont écrites et validées.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

SPI - Référence 11

La réalisation et l'efficacité du programme de prévention et de maîtrise du risque infectieux sont évaluées à périodicité définie.

SPI.11.a. L'établissement évalue la réalisation du programme par l'analyse annuelle des indicateurs de bonne pratique et des résultats observés comparés aux objectifs fixés.

SPI.11.b. Les éléments d'évaluation sont régulièrement transmis aux équipes cliniques, à la direction et à la CME.

SPI.11.c. Des actions d'amélioration sont entreprises.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.