



**HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ**

**DIRECTION DE L'ACCREDITATION**

# **GUIDE D'AIDE À LA COTATION**

**DEUXIÈME PROCÉDURE DE CERTIFICATION  
DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (V2)**

**NOVEMBRE 2005**

## **AVANT-PROPOS**

---

En complément de la deuxième version du manuel d'accréditation des établissements de santé (V2), la Haute Autorité de santé (HAS) a élaboré, en collaboration avec différents professionnels de terrain, ce guide d'aide à la cotation, destiné aux différents acteurs de la procédure de certification.

Pour chacun des critères du manuel V2, le document décline les attendus « raisonnables » (mais non exhaustifs) pour la mesure de la qualité et de la sécurité des prestations délivrées au patient.

Ainsi, chaque critère est illustré par une fiche spécifique qui inclut :

- un questionnement ciblant le champ du critère ;
- une série non exhaustive d'éléments d'appréciation de la satisfaction au critère, à rechercher par les experts-visiteurs ;
- une liste indicative de documents à consulter ;
- des propositions de personnes-ressources à rencontrer ;
- la description de la cotation A.

### **Objectifs**

La traduction concrète dans ce guide de chacun des critères du manuel V2 vise à :

- faciliter la mission des experts-visiteurs ;
- renforcer la cohérence et la cohésion des rapports de certification et de la cotation des critères ;
- aider les établissements de santé à réaliser leur auto-évaluation.

### **Méthode et déroulement du processus**

- **Élaboration** : huit groupes de travail internes à la HAS ont été constitués pour traiter chaque domaine thématique du manuel V2. Les groupes étaient constitués de 4 ou 5 personnes et animés par un membre du comité de pilotage. Les fiches ont été élaborées au terme de 3 ou 4 réunions des groupes de travail.
- **Validation interne** : les fiches produites ont été validées en interne par le comité de pilotage.
- **Lecture externe** par un large panel de professionnels de terrain (experts-visiteurs et experts dans le domaine concerné) : deux sessions de lecture ont été effectuées dont la première, à titre de test, sur les 25 premières fiches.
- **Test** par 72 experts-visiteurs de 134 fiches (sur 215) au cours des 20 premières visites d'établissements de santé dans le cadre de la deuxième procédure de certification.
- **Finalisation** du guide par le comité de pilotage prenant en compte les commentaires des lecteurs.
- **Diffusion papier** du guide aux experts-visiteurs déjà formés au manuel V2 et aux établissements appelés à être visités jusqu'en mars 2006.
- **Relecture « institutionnelle »** : ce guide est proposé aux fédérations des établissements de santé et à nos correspondants du ministère de la Santé (DGS et DHOS).

- Mise en ligne du guide sur le site Internet de la HAs au cours du 2<sup>e</sup> semestre 2005.

### **Principes d'utilisation**

- Les éléments d'appréciation listés dans les fiches n'étant pas exhaustifs, l'établissement peut avoir développé d'autres réponses qu'il pourra présenter dans son auto-évaluation.
- Ces fiches ne tiennent pas compte de la taille de l'établissement, de son statut juridique, de ses activités : il appartient à l'établissement visité et aux experts-visiteurs respectivement, de présenter et de tenir compte des spécificités et du contexte local.
- Le système de cotation est celui présenté dans le guide « préparer et conduire votre démarche d'accréditation » (cf. fiche 6, paragraphe 2.2).

---

## SOMMAIRE

---

<b>Chapitre 1. Politique et qualité du management .....</b>	<b>6</b>
Référence 1 .....	7
Référence 2 .....	12
Référence 3 .....	18
Référence 4 .....	23
Référence 5 .....	29
Référence 6 .....	33
Référence 7 .....	37
<b>Chapitre 2. Ressources transversales .....</b>	<b>41</b>
Référence 8 .....	42
Référence 9 .....	45
Référence 10 .....	51
Référence 11 .....	56
Référence 12 .....	60
Référence 13 .....	64
Référence 14 .....	72
Référence 15 .....	79
Référence 16 .....	85
Référence 17 .....	93
Référence 18 .....	97
Référence 19 .....	103
Référence 20 .....	108
Référence 21 .....	112
Référence 22 .....	118
Référence 23 .....	122
Référence 24 .....	126
<b>Chapitre 3. Prise en charge du patient.....</b>	<b>132</b>
Référence 25 .....	133
Référence 26 .....	141
Référence 27 .....	148
Référence 28 .....	155
Référence 29 .....	160
Référence 30 .....	167
Référence 31 .....	170
Référence 32 .....	178
Référence 33 .....	183
Référence 34 .....	187
Référence 35 .....	192
Référence 36 .....	196
Référence 37 .....	202
Référence 38 .....	207
Référence 39 .....	212
Référence 40 .....	216
Référence 41 .....	221
Référence 42 .....	226
Référence 43 .....	231

<b>Chapitre 4. Évaluations et dynamiques d'amélioration.....</b>	<b>236</b>
Référence 44 .....	237
Référence 45 .....	239
Référence 46 .....	242
Référence 47 .....	249
Référence 48 .....	252
Référence 49 .....	255
Référence 50 .....	259
Référence 51 .....	263
Référence 52 .....	268
Référence 53 .....	271
<b>Groupes de travail et de lecture .....</b>	<b>275</b>

## **CHAPITRE 1. POLITIQUE ET QUALITÉ DU MANAGEMENT**

---

**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 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, à moyen et à court terme. Elles sont explicites, quantifiables et hiérarchisées. 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 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, à moyen et à court terme. Elles sont explicites, quantifiables et hiérarchisées. 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.**

#### Questionnement

- ◆ Selon quelle méthode et à partir de quelles données factuelles, les besoins en soins et en prévention de la population ont-ils été pris en compte dans la définition des orientations stratégiques de l'établissement ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Existence d'orientations stratégiques (ou d'un projet d'établissement).
- ◆ Projet d'établissement approuvé par l'ARH ou contrat d'objectifs et de moyens (COM) intégrant les orientations stratégiques.
- ◆ Prise en compte du SROS et le cas échéant du schéma gérontologique départemental et des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation précaire (PRAPS) et de toutes les personnes ayant des difficultés d'accès aux soins (handicap physique, mental, social, culturel...), en fonction de la spécificité de l'établissement.
- ◆ Données factuelles complémentaires sur les besoins de la population du territoire de santé.

#### Documents à consulter

- ◆ Orientations stratégiques (ou projet d'établissement), COM.
- ◆ Comptes rendus des réunions préparatoires.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Président du conseil d'administration (CA).
- ◆ Directeur.
- ◆ Président de la CME.

#### Description de la cotation A

Les orientations stratégiques ont été élaborées en prenant en compte le SROS et les données relatives à l'état de santé de la population.



## 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, à moyen et à court terme. Elles sont explicites, quantifiables et hiérarchisées. 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.b

► **Les orientations stratégiques organisent la complémentarité avec les autres établissements du territoire de santé et la participation aux réseaux de santé.**

#### Questionnement

- ◆ Quels sont les domaines de partenariat identifiés dans les orientations stratégiques ?
- ◆ Comment sont mises en œuvre la complémentarité et la participation aux réseaux de santé ?
- ◆ Quels en sont les résultats attendus ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Identification des domaines de partenariat.
- ◆ Stratégies d'alliance, recensement des partenaires potentiels.
- ◆ Formalisation des partenariats (conventions, réunions de suivi).

#### Documents à consulter

- ◆ Projet d'établissement et COM.
- ◆ Conventions, contrats relais, protocoles de prise en charge.
- ◆ Rapports d'activité dans les domaines de partenariat.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Directeur.
- ◆ Président de CME.
- ◆ Correspondants externes.

#### Description de la cotation A

Les orientations stratégiques de l'établissement prévoient la poursuite et/ou la mise en œuvre de partenariats formalisés avec d'autres établissements ainsi que la participation aux réseaux de santé.

## 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, à moyen et à court terme. Elles sont explicites, quantifiables et hiérarchisées. 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.c

#### ► **La direction, les instances délibératives et consultatives, et les responsables s'impliquent dans la définition des orientations stratégiques.**

##### **Questionnement**

- ◆ Comment les différents acteurs ont-ils travaillé ensemble pour définir les orientations stratégiques ?

##### **Éléments d'appréciation**

- ◆ Rôle de la direction, des instances délibératives et consultatives, et des responsables dans les orientations stratégiques (projet d'établissement).
- ◆ Actions d'information des instances et des responsables sur la définition des orientations stratégiques.
- ◆ Modes de concertation entre les instances et les responsables.

##### **Documents à consulter**

- ◆ Procès-verbaux des instances et du comité de pilotage.
- ◆ Règlement intérieur des instances, projets de service et/ou de pôle.

##### **Personnes à rencontrer**

- ◆ Membres du CA.
- ◆ Directeur et le cas échéant, comité exécutif.
- ◆ Président de la CME.
- ◆ Autres instances consultatives (CE, CTE).
- ◆ Responsables de secteurs d'activité.

##### **Description de la cotation A**

Le processus d'élaboration des orientations stratégiques (projet d'établissement) favorise la participation des instances et des responsables. Leurs rôles respectifs sont définis et la transmission d'informations organisée. Leur implication est effective.

## 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, à moyen et à court terme. Elles sont explicites, quantifiables et hiérarchisées. 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.d

► **La direction et les responsables mettent en œuvre leur politique en conformité avec les orientations stratégiques.**

#### Questionnement

- ◆ Les objectifs opérationnels prioritaires et mesurables issus des orientations stratégiques sont-ils définis ?
- ◆ Quelles sont les modalités de leur mise en œuvre ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Définition d'objectifs opérationnels par domaine d'activité.
- ◆ Définition des moyens nécessaires à la mise en œuvre de la politique.
- ◆ Actions d'information.
- ◆ Définition de modalités de suivi.

#### Documents à consulter

- ◆ COM.
- ◆ Projets de service (ou équivalent).
- ◆ Procès-verbaux des comités stratégiques ou de direction.
- ◆ Indicateurs de suivi.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Directeur et le cas échéant, comité exécutif.
- ◆ Directeurs fonctionnels.

#### Description de la cotation A

Dans les différents domaines d'activité, la direction et les responsables précisent les choix stratégiques retenus et identifient les objectifs et les moyens nécessaires à leur réalisation. Ils en assurent l'information et le suivi.

## 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 les textes dédiés.

#### **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 2

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

### 2.a

► **Le respect des droits et de 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 les textes dédiés.

#### Questionnement

- ◆ Dans quelle mesure le respect des droits du patient constitue-t-il une priorité de l'établissement ?
- ◆ Quel est le niveau de sensibilisation des professionnels à cet effet ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Intégration effective du respect des droits du patient dans le projet d'établissement ou les orientations stratégiques.
- ◆ Intégration du respect des droits et information du patient dans les projets et documents institutionnels (livret d'accueil, projets de service, formulaire d'admission, etc.), les contrats de travail, le règlement intérieur, les contrats de séjour, etc.
- ◆ Modalités d'organisation visant la promotion du respect des droits et information du patient (secteur ou responsable chargé de la clientèle, commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU), maison des usagers, affichage de la charte dans les secteurs d'activité, etc.).
- ◆ Communication interne et sensibilisation des professionnels au respect des droits des patients.

#### Documents à consulter

- ◆ Projet d'établissement ou orientations stratégiques.
- ◆ Livret d'accueil.
- ◆ Comptes rendus de réunions des instances (CA, CME, CCSSI, etc.).
- ◆ Rapport annuel de la CRU.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Directeur et responsable du secteur clientèle.
- ◆ Représentants d'usagers de la CRU.

#### Description de la cotation A

L'établissement intègre le respect des droits et de l'information du patient dans la mise en œuvre de ses orientations stratégiques et dans son organisation. La sensibilisation des professionnels est assurée.

## Référence 2

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

### 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.

#### Questionnement

- ◆ De quels moyens l'établissement s'est-il doté pour favoriser l'expression du patient et de son entourage ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Modalités d'entretiens et d'échanges entre les professionnels, les patients et leur entourage (colloque singulier ou en présence de la personne de confiance à la demande du patient, réception des familles, réunion soignant/soigné en psychiatrie, permanence assurée par des représentants d'usagers).
- ◆ Existence de lieux et d'activité favorisant les échanges entre professionnels de santé et patients.
- ◆ Mention dans le livret d'accueil des associations d'usagers et de bénévoles, des membres de la CRU, des modalités d'examen des plaintes et insertion du contrat relatif à la prise en charge de la douleur.
- ◆ Modalités de remise du livret d'accueil (échanges à cette occasion).
- ◆ Repérage de personnes en difficulté.
- ◆ Organisation du recueil des suggestions et plaintes des patients.

#### Documents à consulter

- ◆ Projet d'établissement ou orientations stratégiques, projets de service.
- ◆ Livret d'accueil.
- ◆ Protocoles de repérage et de suivi des personnes en difficulté, en lien avec la permanence d'accès aux soins de santé (PASS).
- ◆ Rapport annuel de la CRU.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Directeur et responsable du secteur clientèle, standardiste et hôtesse d'accueil.
- ◆ Représentants d'usagers de la CRU.

#### Description de la cotation A

Les entretiens et les échanges entre les professionnels, les patients et leur entourage sont réalisés dans des conditions propices à l'expression. Des locaux adaptés sont disponibles à cet effet. Le recueil des suggestions et des plaintes est organisé.

## Référence 2

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

### 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.

#### Questionnement

- ◆ Comment les professionnels ont-ils organisé la réflexion éthique ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Organisation de la réflexion sur des sujets éthiques : identification des sujets nécessitant une réflexion éthique (par exemple : attitude à adopter face à un refus de soins, modalités d'interruption des thérapeutiques en réanimation), documentation correspondante.
- ◆ Sollicitation d'avis auprès d'espace ou comité d'éthique.
- ◆ Débats ou réunions d'équipe *a posteriori* sur des situations vécues posant un problème éthique.

#### Documents à consulter

- ◆ Comptes rendus de réunions sur les questions d'éthique (CME, CCSSI, etc.).
- ◆ Avis des comités et espaces éthiques.
- ◆ Documentation disponible (bibliographie, accès Internet, etc.).

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Membres de la CRU.
- ◆ Comité *ad hoc*, comité d'éthique le cas échéant.
- ◆ Président de la CME, directeur des soins.

#### Description de la cotation A

L'établissement identifie et traite les sujets nécessitant une réflexion éthique.

## Référence 2

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

### 2.d

#### ► La politique hôtelière prend en compte les attentes des patients.

##### Questionnement

- ◆ Existe-t-il une politique hôtelière de l'établissement ? Avec qui est-elle élaborée ?
- ◆ Comment les attentes des patients sont-elles identifiées et comment sont-elles prises en compte dans la politique hôtelière ?

##### Éléments d'appréciation

- ◆ Existence d'une politique hôtelière adaptée aux activités de l'établissement : orientations formalisées sur la restauration, la blanchisserie, les locaux.
- ◆ Recueil et prise en compte des besoins des patients :
  - à l'entrée (chambre d'hospitalisation, accompagnant, croyance religieuse, etc.) ;
  - dans le secteur d'activité après avis des soignants (état médical, précautions particulières, etc.) ;
  - analyse des questionnaires de satisfaction et gestion des plaintes sur l'aspect hôtelier.

##### Documents à consulter

- ◆ Projet hôtelier et cahier des charges des prestataires externes, le cas échéant.
- ◆ Résultats d'analyse du recueil des besoins des patients.
- ◆ Résultats des enquêtes ou questionnaires de satisfaction.

##### Personnes à rencontrer

- ◆ Directeur.
- ◆ Responsable logistique.
- ◆ Responsable de la restauration, lingère, gouvernante, prestataires éventuels.
- ◆ Cadres de santé.
- ◆ Responsable qualité.
- ◆ Patients, représentants d'usagers.

##### Description de la cotation A

Les attentes des patients sur le plan hôtelier sont recueillies et prises en compte. Elles permettent de définir et de mettre en œuvre une politique hôtelière.



## Référence 2

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

### 2.e

#### ► Les représentants de patients participent à l'évaluation et à l'amélioration des services rendus par l'établissement.

Les représentants de 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.

#### Questionnement

- ◆ Comment les usagers participent-ils à l'évaluation et à l'amélioration des services rendus par l'établissement ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Désignation d'usagers siégeant dans les instances de l'établissement (CA, CRU, CLIN, etc.).
- ◆ Participation effective des usagers à la vie de l'établissement [(instances, comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN), comité de lutte contre la douleur (CLUD), etc.)].
- ◆ Participation des usagers aux démarches qualité et d'accréditation (groupes de travail).
- ◆ Prise en compte de l'avis des patients dans l'amélioration du service rendu par l'établissement.

#### Documents à consulter

- ◆ Comptes rendus de réunions des instances (CA, CME, CCSSI, etc.).
- ◆ Rapport annuel de la CRU.
- ◆ Documents relatifs aux démarches qualité et de certification.
- ◆ Comptes rendus de réunions spécifiques avec des représentants d'usagers.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Représentants d'usagers siégeant dans les instances de l'établissement.

#### Description de la cotation A

Les représentants d'usagers sont désignés. Ils siègent aux instances et participent à la vie de l'établissement et aux démarches qualité et de certification. Leur avis est pris en compte pour améliorer le service rendu au patient.

## 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 des 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 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 des soins, les cadres, les médecins, etc.) et de définir leurs rôles respectifs ainsi que leurs interfaces.

#### Questionnement

- ◆ Les responsabilités en matière de gestion des ressources humaines (GRH) sont-elles formalisées ? Comment ?
- ◆ Quelle connaissance les acteurs et le personnel en ont-ils ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Identification des différents intervenants en matière de GRH au niveau de l'établissement de santé et des secteurs d'activité (procédure, charte, organigramme, délégations de signatures).
- ◆ Rôles respectifs des intervenants et interfaces définis (entre l'encadrement et la direction, entre le corps médical et le service de soins infirmiers, entre le directeur et le DRH...).
- ◆ Communication à l'ensemble des personnels de l'établissement du « qui fait quoi, quand, comment ».

#### Documents à consulter

- ◆ Organigrammes hiérarchique et fonctionnel, éventuelle procédure ou charte de fonctionnement.
- ◆ Livret d'accueil du personnel.
- ◆ Éventuelles procédures de GRH.
- ◆ Fiches de poste des intervenants en matière de GRH.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Directeur.
- ◆ DRH ou responsable du personnel.
- ◆ Directeur ou responsable des affaires médicales.
- ◆ Président ou membre de la CME.
- ◆ Directeur des soins.
- ◆ Responsables de secteurs d'activité.
- ◆ Médecins, personnels.
- ◆ Partenaires sociaux.

#### Description de la cotation A

Les différents intervenants sur la gestion des ressources humaines sont identifiés tant au niveau de l'établissement que des secteurs d'activité ; leurs rôles respectifs et leurs interfaces sont définis et connus de l'ensemble du personnel de l'établissement.

## 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.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.

#### Questionnement

- ◆ Quelles sont les modalités de suivi des emplois et des effectifs (qui, quand, comment) ?
- ◆ Des contraintes spécifiques à certaines catégories professionnelles, durant certaines périodes ont-elles été identifiées ? Comment sont-elles résolues ?
- ◆ Comment l'établissement assure-t-il l'adaptation des compétences aux postes et aux orientations stratégiques ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Existence d'une politique d'anticipation quantitative des besoins en personnel (nombre d'emplois, pyramide des âges, entrées/sorties, mouvements).
- ◆ Existence d'une politique d'anticipation qualitative des besoins en personnel (bilan de l'existant en termes d'activité, de compétences, de métiers, arbitrage entre recrutements externes et promotion interne, détermination des facteurs d'évolution, veille sur les compétences, réflexion sur les organisations).
- ◆ Existence d'outils et d'indicateurs de gestion prévisionnelle partagés.

#### Documents à consulter

- ◆ Projet social et bilan social.
- ◆ Plans de formation.
- ◆ Outils de gestion prévisionnelle.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ DRH ou responsable du personnel.
- ◆ Directeur des soins.
- ◆ Membres du service du personnel en charge de la gestion prévisionnelle.
- ◆ Responsables des secteurs d'activité.
- ◆ Président ou membre de la CME (et notamment commission des emplois et effectifs dans le secteur public).

#### Description de la cotation A

Il existe une politique d'anticipation des besoins en personnel à court, moyen et long terme dans une dimension à la fois quantitative et qualitative au sein de l'établissement et des secteurs d'activité sur la base d'outils partagés.

## 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.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.

#### Questionnement

- ◆ Comment sont ciblées et priorisées les actions d'amélioration des conditions de travail et de prévention des risques professionnels ? (modalités d'identification, rôle du CHSCT, de la médecine du travail, participation des professionnels, etc.).
- ◆ Quel suivi et quelle évaluation en sont faits ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Évaluation à périodicité définie des conditions de travail et risques professionnels.
- ◆ Existence d'un plan d'amélioration des conditions de travail dans le cadre du projet social.
- ◆ Planification du suivi et de l'évaluation des actions entreprises.
- ◆ Association des instances (CLIN et CHSCT) et intégration de la dimension conditions de travail lors des opérations de construction et de réhabilitation.

#### Documents à consulter

- ◆ Projet et bilan sociaux.
- ◆ Plan d'amélioration des conditions de travail et bilan, le cas échéant.
- ◆ Comptes rendus du CHSCT.
- ◆ Enquêtes thématiques ciblées auprès du personnel, le cas échéant.
- ◆ Document unique sur les risques professionnels.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ DRH ou responsable du personnel.
- ◆ Président ou membre de la CME.
- ◆ Directeur des soins.
- ◆ Partenaires sociaux.
- ◆ Membres du CHSCT, médecin du travail, personnels chargés des conditions de travail, le cas échéant.
- ◆ Membres de la cellule « gestion des risques », le cas échéant.

#### Description de la cotation A

Les conditions de travail et les risques professionnels sont évalués et un plan d'amélioration des conditions de travail est élaboré. Des actions de suivi et d'évaluation sont planifiées.

## 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.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.

#### Questionnement

- ◆ Quelles sont les modalités de motivation du personnel ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Actions institutionnelles favorisant l'adhésion et la participation (programme d'intégration, communication, etc.).
- ◆ Existence de modalités de motivation (intéressement, formation, promotion, gestion des carrières, conditions de travail, etc.).

#### Documents à consulter

- ◆ Projet et bilan sociaux (ou équivalent).
- ◆ Plan de formation.
- ◆ Plan d'amélioration des conditions de travail.
- ◆ Enquêtes de satisfaction du personnel.
- ◆ Procès-verbaux des instances.
- ◆ Journal interne.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ DRH, responsable de formation.
- ◆ Directeur, président de la CME, directeur des soins.
- ◆ Responsables des secteurs d'activité.
- ◆ Professionnels.
- ◆ Partenaires sociaux.

#### Description de la cotation A

Des actions sont définies et conduites au sein de l'établissement de santé pour favoriser l'adhésion, la participation et la motivation des personnels.

## 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 (par 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 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.

Le schéma directeur traite notamment des points suivants :

- sécurité du système ;
- archivage des données ;
- sauvegarde des données ;
- accessibilité et adéquation des informations ;
- équipement et renouvellement des équipements ;
- maintenance des équipements et programmes ;
- formation des personnels ;
- évaluation du système d'information et de la satisfaction des utilisateurs.

### Questionnement

- ◆ Existe-t-il un schéma directeur et prend-il en compte les orientations stratégiques ?

### Éléments d'appréciation

- ◆ Existence d'un schéma directeur.
- ◆ Adéquation du schéma directeur aux orientations stratégiques définies en matière de ressources humaines, gestion des risques, communication, gestion financière et médicotarifaire (PMSI), organisation de la prise en charge du patient, évaluation, confidentialité des données médicales, etc.

### Documents à consulter

- ◆ Schéma directeur.
- ◆ Projet d'établissement ou orientations stratégiques.
- ◆ Modalités d'élaboration et d'approbation du schéma directeur.

### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsable du système d'information.
- ◆ Responsable du département de l'information médicale (DIM).

### Description de la cotation A

Le schéma directeur a été élaboré et approuvé en s'appuyant sur l'identification et la hiérarchisation des besoins stratégiques de l'établissement en information.



## 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.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 mûre, 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 (par exemple : compatibilité des logiciels), il est recommandé de choisir des solutions en adéquation avec les normes\* et les standards.

#### Questionnement

- ◆ Comment les projets du système d'information (SI) ont-ils été définis ?
- ◆ Comment ont-ils été hiérarchisés ?
- ◆ Comment les professionnels y ont-ils été impliqués ?
- ◆ Comment est appréhendée la maturité du marché ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Identification des processus à optimiser.
- ◆ Définition des projets SI.
- ◆ Hiérarchisation opérée (priorités fixées, calendrier de mise en œuvre...).
- ◆ Consultation des professionnels.
- ◆ Prise en compte de la maturité du marché en cas d'informatisation (modalités de consultation des fournisseurs).

#### Documents à consulter

- ◆ Schéma directeur du SI.
- ◆ Documents préparatoires.
- ◆ Procès-verbaux de réunions le cas échéant.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsable du SI.
- ◆ Professionnels médicaux et non médicaux.
- ◆ Responsable du DIM.

#### Description de la cotation A

Les projets du SI sont définis et hiérarchisés à partir d'une identification des domaines et processus à optimiser, en tenant compte de la maturité du marché. Les différents utilisateurs y sont associés.

## 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.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.

#### **Questionnement**

- ◆ Des méthodes de conduite de projet ont-elles été définies dans l'établissement ?
- ◆ Comment les besoins des utilisateurs ont-ils été recueillis ?
- ◆ La mise en œuvre de ces méthodes a-t-elle facilité la réalisation des projets ?

#### **Éléments d'appréciation**

- ◆ Structuration des projets (responsabilités en termes de maîtrise d'œuvre et de maîtrise d'ouvrage, échéancier précis défini pour chaque projet, accompagnement du changement, etc.).
- ◆ Prise en compte des besoins des utilisateurs aux différents projets et à chaque étape (expression du besoin, validation des cahiers de charges, test des solutions mises en œuvre).
- ◆ Évaluation de la mise en œuvre de ces méthodes.

#### **Documents à consulter**

- ◆ Schéma directeur.
- ◆ Documents relatifs aux projets (fiche de lancement, documents de suivi, comptes rendus de réunion, etc.).

#### **Personnes à rencontrer**

- ◆ Responsable du SI.
- ◆ Responsable du DIM.
- ◆ Professionnels associés aux groupes de travail.

#### **Description de la cotation A**

Des méthodes de conduite de projet prenant en compte l'expression des besoins des utilisateurs sont utilisées. Leur efficacité est régulièrement évaluée.

## 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.d

**Les professionnels concernés reçoivent un accompagnement et une formation pour traiter et utiliser les données.**

#### Questionnement

- ♦ Comment sont identifiés les professionnels devant traiter ou utiliser les données ?
- ♦ Quels dispositifs de formation sont mis en œuvre ?
- ♦ Quels dispositifs d'accompagnement sont mis en œuvre ?

#### Éléments d'appréciation

- ♦ Identification des personnels concernés (personnel permanent, temporaire, stagiaires, etc.).
- ♦ Adaptation et actualisation de la formation des personnels utilisateurs.
- ♦ Accompagnement personnalisé des personnels utilisateurs (« hotline », accompagnement en termes d'organisation du travail, conduite du changement, procédures, club utilisateurs, référents dans les différents services, le cas échéant, etc.).

#### Documents à consulter

- ♦ Plan de formation.
- ♦ Procédures.

#### Personnes à rencontrer

- ♦ Responsable du SI.
- ♦ Responsables de formation.
- ♦ Responsable du DIM.
- ♦ Professionnels concernés.

#### Description de la cotation A

Les personnels utilisateurs bénéficient d'une formation adaptée et d'un accompagnement personnalisé permettant un traitement et une utilisation efficace des données.

## 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.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.

#### **Questionnement**

- ◆ Une politique du dossier du patient est-elle définie ?
- ◆ Comment a-t-elle été élaborée ?
- ◆ En quoi permet-elle de contribuer à la qualité et à la continuité des soins ?

#### **Éléments d'appréciation**

- ◆ Définition d'une politique du dossier du patient en cohérence avec les orientations stratégiques.
- ◆ Association des différents professionnels et instances dans son élaboration (instances ou groupes de travail sur le dossier du patient).
- ◆ Politique favorisant la confidentialité, la fiabilité, l'accessibilité et le stockage des informations ainsi que la coordination des professionnels et des secteurs d'activité.

#### **Documents à consulter**

- ◆ Projet d'établissement ou orientations stratégiques (volet politique du dossier du patient).
- ◆ Comptes rendus de réunions préparatoires.
- ◆ Procès-verbaux des instances.
- ◆ Procès-verbaux de réunions de service ou de secteurs d'activité.
- ◆ Dossier du patient.
- ◆ Procédures.

#### **Personnes à rencontrer**

- ◆ Directeur.
- ◆ Président de la CME.
- ◆ Directeur des soins ou équivalent.
- ◆ Professionnels médicaux et non médicaux.
- ◆ Responsable du DIM et/ou responsable des archives médicales.

#### **Description de la cotation A**

Une politique du dossier du patient cohérente avec les orientations stratégiques est définie en associant les instances et les professionnels concernés. Cette politique favorise la confidentialité, la fiabilité, l'accessibilité et le stockage des informations ainsi que la coordination des professionnels et des secteurs d'activité.

## 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 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.**

#### Questionnement

- ◆ Quels sont les objectifs poursuivis en matière de communication interne ?
- ◆ Les moyens identifiés sont-ils en adéquation avec la politique de communication ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Implication de la direction dans la communication.
- ◆ Fixation des objectifs pour la communication interne.
- ◆ Affectation de moyens définie.
- ◆ Supports de communication.
- ◆ Identification des professionnels chargés de la communication.

#### Documents à consulter

- ◆ Plan ou projet de communication interne.
- ◆ Supports écrits : journal interne, intranet, livret d'accueil du personnel.
- ◆ Autres modalités : réunions du personnel, réunions de direction, réunions de l'encadrement, etc.
- ◆ Budget pour la communication.
- ◆ Enquête de satisfaction auprès des professionnels.
- ◆ Organigramme.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Directeur.
- ◆ Chargé de communication, le cas échéant.
- ◆ Différents personnels et délégués du personnel de l'établissement.

#### Description de la cotation A

La direction et les responsables identifient les objectifs devant faire l'objet d'une communication interne, définissent les moyens et les personnes chargées de mettre en œuvre la politique de communication.

## Référence 5

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

### 5.b

► **Les orientations stratégiques, leur mise en œuvre et leurs résultats sont connus de l'ensemble des professionnels de l'établissement.**

#### Questionnement

- ◆ Quel dispositif est en place pour faire connaître aux professionnels les orientations stratégiques de l'établissement, leur mise en œuvre et leurs résultats ?
- ◆ Comment les responsables s'assurent-ils que les professionnels ont connaissance de ces données ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Identification des responsabilités en matière de communication.
- ◆ Définition des cibles, du contenu et des supports de communication.
- ◆ Modalités de diffusion dans les secteurs d'activité.
- ◆ Choix d'indicateurs d'impact, le cas échéant.

#### Documents à consulter

- ◆ Projet ou plan de communication interne.
- ◆ Procédures d'organisation et de diffusion de l'information.
- ◆ Supports de communication (journal interne, intranet, livret d'accueil du personnel, etc.).
- ◆ Autres modalités : comptes rendus de réunions de l'ensemble du personnel, de réunions de direction, de réunion de l'encadrement, etc.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Directeur, président de la CME, directeur des soins.
- ◆ Chargé de communication.
- ◆ Comité de suivi des orientations stratégiques (ou équivalent).
- ◆ Différents personnels et délégués du personnel.

#### Description de la cotation A

L'organisation de la communication est en place dans l'établissement. Elle permet de s'assurer que l'ensemble des professionnels connaît les orientations stratégiques, leur mise en œuvre et leurs résultats.

## Référence 5

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

### 5.c

► **La direction et les responsables développent une politique de communication à destination du public et des correspondants externes.**

#### Questionnement

- ◆ Quels sont les objectifs de communication vis-à-vis du public et des correspondants externes ?
- ◆ Quels sont les moyens de mise en œuvre de la politique de communication externe ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Définition des cibles de la communication.
- ◆ Définition du contenu de la communication et de ressources.
- ◆ Moyens d'actions identifiés (supports de communication).

#### Documents à consulter

- ◆ Projet de communication externe.
- ◆ Supports de communication (panneau descriptif des activités de l'établissement dans le hall d'entrée de l'établissement, presse locale, plaquette spécifique d'information, site Internet, annuaires auprès des libéraux, annuaires sur Internet ou sur Minitel, livret d'accueil du patient, etc.).
- ◆ Documents relatifs à d'autres modalités de communication : journées portes ouvertes, réunions avec les correspondants externes, etc.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Directeur.
- ◆ Chargé de communication.
- ◆ Patients ou représentants d'usagers.
- ◆ Correspondants externes.

#### Description de la cotation A

Un dispositif est défini et mis en place afin que le public et les correspondants externes aient accès aux orientations stratégiques et à la vie de l'établissement.



## 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 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 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.**

#### Questionnement

- ◆ L'établissement a-t-il défini des objectifs en termes de démarche qualité et de gestion des risques ?
- ◆ Comment sont hiérarchisés les objectifs, en matière d'amélioration de la qualité et de gestion des risques ?
- ◆ Ces objectifs résultent-ils d'un consensus entre les instances et la direction ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Objectifs de la démarche qualité et la gestion des risques.
- ◆ Modalités d'élaboration et de hiérarchisation.
- ◆ Implication de la direction, des instances et des professionnels.
- ◆ Communication sur les objectifs et priorités.

#### Documents à consulter

- ◆ COM.
- ◆ Projet d'établissement.
- ◆ Programme qualité et de gestion des risques.
- ◆ Comptes rendus des instances.
- ◆ Documents relatifs à la communication.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Directeur.
- ◆ Représentants des instances (CME, DSS).
- ◆ Responsable qualité, gestionnaire de risques le cas échéant.

#### Description de la cotation A

Les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de gestion des risques sont définis et hiérarchisés de manière concertée entre la direction et les instances. Ils sont communiqués aux professionnels.

## 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.b

► **La politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques intègre l'évaluation des pratiques professionnelles.**

#### Questionnement

- ◆ L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) des équipes de soins (médical + paramédical ; PP liées aux soins) fait-elle partie de la politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques ?
- ◆ Quel est le niveau d'engagement de l'établissement (management, instances) sur le développement de l'EPP ?
- ◆ Une stratégie de développement de l'EPP est-elle définie ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Implication du management et des instances.
- ◆ Existence d'un projet et/ou d'actions concernant l'EPP (réflexion, formalisation, mise en œuvre, suivi).
- ◆ Communication sur l'EPP.
- ◆ Formations prévues et réalisées sur l'EPP.

#### Documents à consulter

- ◆ Projet d'établissement, projet médical, projet de soins, COM.
- ◆ Documents issus des projets thématiques d'EPP.
- ◆ Comptes rendus de CME, du comité de pilotage qualité ou du comité d'évaluation, de commissions de soins, autres instances.
- ◆ Plan de formation.
- ◆ Documents relatifs à la communication sur l'EPP.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Directeur, président de CME, directeur ou coordonnateur des soins.
- ◆ Responsable de la structure de coordination de l'EPP, le cas échéant.
- ◆ Responsables de projets d'EPP et participants à ces projets.

#### Description de la cotation A

L'EPP fait partie intégrante de la démarche d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement. Dans ce cadre, une stratégie de développement, notamment des actions de communication et de formation, et le suivi d'actions d'évaluation des pratiques professionnelles sont mis en œuvre.

## 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.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.

#### Questionnement

- ◆ Les responsabilités des différents acteurs concernant la gestion de la qualité et des risques sont-elles définies (direction, responsables de la fonction qualité et gestion des risques, responsables des secteurs d'activité, référents qualité dans les secteurs d'activité, responsables des fonctions transversales – CLIN, vigilances, douleur, nutrition, éducation pour la santé, etc.) ?
- ◆ Comment ces responsabilités ont-elles été définies et communiquées à l'ensemble des acteurs ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Définition des responsabilités.
- ◆ Responsables identifiés.
- ◆ Existence d'une formalisation (fiches de fonction ou description de mission).
- ◆ Modalités de communication.

#### Documents à consulter

- ◆ Organigramme.
- ◆ Programme qualité et de gestion des risques.
- ◆ Procès-verbaux de réunions.
- ◆ Fiches de fonction et description de mission.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Directeur.
- ◆ Responsables identifiés.
- ◆ Professionnels des secteurs d'activité.
- ◆ Membres du comité qualité et gestionnaire de risques (le cas échéant).
- ◆ Président de la CME, président du CLIN et autres responsables des comités réglementaires.

#### Description de la cotation A

Les responsabilités des professionnels concernant la qualité et la gestion des risques sont définies quel que soit leur niveau d'intervention (responsable hiérarchique, responsable de fonction transversale, professionnel).

## 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.

## 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*.

#### Questionnement

- ◆ Quelle organisation et quel système d'information sont en place pour permettre la connaissance et l'exploitation des coûts par activité ?
- ◆ Comment l'établissement s'assure-t-il de la maîtrise des coûts ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Organisation permettant de connaître les coûts par activité.
- ◆ Communication des objectifs aux responsables d'activité.
- ◆ Définition des responsabilités dans ce domaine.
- ◆ Élaboration et diffusion de tableaux de bord par secteur d'activité.
- ◆ Analyse des données en fonction des objectifs et réajustement pour la maîtrise des coûts.
- ◆ Modalités de contractualisation et d'intéressement.

#### Documents à consulter

- ◆ Orientations stratégiques.
- ◆ Notes de la direction sur les orientations budgétaires.
- ◆ Comptes rendus du comité stratégique (ou équivalent).
- ◆ Budgets de service et tableaux bord (suivi d'indicateurs).
- ◆ Bilan financier et documents budgétaires.
- ◆ Document de suivi du COM.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Directeur.
- ◆ Responsable du service financier.
- ◆ Responsables de secteurs d'activité.
- ◆ Responsable du DIM et du SI.
- ◆ Contrôleur financier.

#### Description de la cotation A

Les coûts des activités sont connus et transmis aux responsables. À partir de l'exploitation et de l'analyse des résultats, des mesures d'ajustement sont mises en œuvre avec les responsables des services afin d'assurer la maîtrise des coûts.

## 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.b

► **La réalisation et le financement des investissements sont planifiés de façon pluriannuelle.**

#### Questionnement

- ◆ Comment ont été élaborés le plan d'investissement et son financement ?
- ◆ Quelles en sont les modalités de suivi ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Orientations stratégiques comportant un plan d'investissement annuel et pluriannuel.
- ◆ Plan de financement des investissements (détermination des temps d'amortissements).
- ◆ Modalités de suivi et réajustement des réalisations selon les objectifs.

#### Documents à consulter

- ◆ Plan d'investissement.
- ◆ Orientations stratégiques.
- ◆ Tableaux de bord.
- ◆ Comptes rendus des instances (CA, CE, etc.).

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Président du CA.
- ◆ Directeur.
- ◆ Responsable financier.

#### Description de la cotation A

La prévision et l'organisation des investissements à réaliser et à financer permettent une planification pluriannuelle. Celle-ci est opérationnelle et son suivi assuré par des responsables identifiés de l'établissement.

## 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.c

► Une politique d'optimisation des équipements est mise en œuvre.

#### Questionnement

- ◆ Existe-t-il des conventions avec les professionnels de santé permettant de mutualiser les équipements ?
- ◆ Y a-t-il une organisation interne à l'établissement (commission d'acquisition, planning d'utilisation) permettant de prendre en compte l'optimisation des équipements ?

#### Éléments d'appréciation

##### En externe

- ◆ Partenariats pour l'optimisation des divers équipements (IRM, scanner, cuisine, blocs, etc.).
- ◆ Détermination d'un seuil d'amortissement et d'un seuil de rentabilité des équipements.

##### En interne

- ◆ Organisation permettant l'utilisation maximale des divers équipements (coordination des divers services, planning, réalisation des taux d'utilisation, durée d'amortissement, etc.).
- ◆ Outils de gestion pour le suivi.

#### Documents à consulter

- ◆ Conventions de partenariat.
- ◆ Plannings d'utilisation des équipements.
- ◆ Procès-verbaux des commissions.
- ◆ Tableaux de bord sur le suivi (avec indicateurs, en fonction des taux d'utilisation notamment).

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Président du CA.
- ◆ Directeur.
- ◆ Ingénieur biomédical.
- ◆ Responsables de secteurs d'activité.
- ◆ Directeur des achats.

#### Description de la cotation A

Les modalités d'utilisation des équipements permettent leur optimisation. La mutualisation des équipements en interne et en externe est organisée.



## CHAPITRE 2. RESSOURCES TRANSVERSALES

---

**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 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, boîtes 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 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.**

#### Questionnement

- ◆ En fonction du statut juridique de l'établissement, quelles sont les instances qui fonctionnent ? À quelle périodicité (par rapport notamment aux obligations réglementaires) ?
- ◆ Quels thèmes y sont traités et suivis ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Instances réunies selon la réglementation (ou davantage selon les thématiques).
- ◆ Existence de commissions ou groupes de travail des instances (par exemple pour la CME, commissions des effectifs, de permanence des soins, etc.).
- ◆ Bilan de suivi du fonctionnement des instances.

#### Documents à consulter

- ◆ Procès-verbaux et registres des instances (CE, DP, CTE, CME, CHSCT, etc.).
- ◆ Bilan social.
- ◆ Règlements intérieurs, le cas échéant.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Directeur, DRH ou responsable du personnel.
- ◆ Partenaires sociaux.
- ◆ Directeur des soins.
- ◆ Président de la CME.
- ◆ Représentants des instances.
- ◆ Responsables des secteurs d'activité.
- ◆ Membres du personnel y compris médical.

#### Description de la cotation A

Les instances sont réunies périodiquement conformément à la réglementation. Un suivi est assuré sur les thèmes ayant fait l'objet de leurs avis et suggestions.

## Référence 8

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

### 8.b

#### ► D'autres modalités sont également prévues pour faciliter le dialogue social et l'expression des personnels.

Exemples : rencontres avec les partenaires sociaux, boîtes 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.

#### Questionnement

- ◆ Quels sont les lieux et occasions du dialogue social dans l'établissement, en dehors des rencontres institutionnelles ?
- ◆ Comment ces modalités favorisent-elles le dialogue social et l'expression des personnels ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Organisation du dialogue social en dehors du fonctionnement des instances (rencontres RH/partenaires sociaux, interfaces RH/cadres, etc.).
- ◆ Suivi des thématiques abordées.

#### Documents à consulter

- ◆ Comptes rendus des réunions avec les partenaires sociaux ou d'autres lieux de concertation.
- ◆ Bilan social.
- ◆ Enquête de satisfaction du personnel.
- ◆ Supports de communication interne.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Directeur, DRH ou responsable du personnel.
- ◆ Partenaires sociaux.
- ◆ Directeur des soins.
- ◆ Président ou membre de la CME.
- ◆ Représentants des instances.
- ◆ Responsables des secteurs d'activité.
- ◆ Membres du personnel y compris médical.

#### Description de la cotation A

Au-delà des instances représentatives, d'autres modalités sont définies et mises en œuvre pour faciliter le dialogue social et l'expression des personnels. Le suivi de ces actions est assuré.

## 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 poste, 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.

## 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 poste, etc. Il s'appuie également sur des documents tels que les fiches de poste ou de métier.

#### **Questionnement**

- ◆ Quelles sont les modalités d'organisation du recrutement, y compris médical, mises en œuvre dans l'établissement ?
- ◆ Comment s'assure-t-on de l'adéquation des compétences aux conditions d'exercice ?

#### **Éléments d'appréciation**

- ◆ Procédures de recrutement (modalités, fiches et profils de poste, vérification des conditions d'exercice, adéquation des compétences aux postes requis, etc.).
- ◆ Politique de recrutement en lien avec les orientations stratégiques de l'établissement.
- ◆ Identification des responsabilités des différents acteurs.

#### **Documents à consulter**

- ◆ Dossier du personnel (papier et informatique).
- ◆ Fiches et profils de poste.
- ◆ Procédures de recrutement le cas échéant.

#### **Personnes à rencontrer**

- ◆ DRH ou responsable du personnel (y compris médical).
- ◆ Directeur des soins.
- ◆ Membres du service du personnel.
- ◆ Responsables des secteurs d'activité.
- ◆ Président ou membre de la CME.
- ◆ Professionnels y compris médecins.

#### **Description de la cotation A**

Une politique de recrutement est définie. Les différents acteurs sont identifiés. Les modalités de recrutement sont formalisées intégrant l'adéquation des compétences aux conditions d'exercice.

## RÉFÉRENCE 9

*Les processus de gestion des ressources humaines sont maîtrisés.*

### 9.b



**L'accueil et l'intégration des personnels sont assurés.**

#### Questionnement

- ◆ Quelles sont les modalités d'accueil et d'intégration mises en œuvre dans l'établissement ?
- ◆ Comment s'assure-t-on de leur pertinence et de leur généralisation ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Existence de procédures d'accueil (livret d'accueil du personnel, visite de l'établissement, programme d'intégration commun ou spécifique, tutorat).
- ◆ Évaluation de ce programme et de son efficacité.

#### Documents à consulter

- ◆ Livret d'accueil du personnel.
- ◆ Plan de formation (programme d'intégration).
- ◆ Procédures (tutorat, etc.) le cas échéant.
- ◆ Résultats des évaluations du programme auprès des nouveaux recrutés le cas échéant.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ DRH ou responsable du personnel (y compris médical).
- ◆ Directeur des soins.
- ◆ Président ou membre la CME.
- ◆ Responsable de formation.
- ◆ Responsables de secteurs d'activité.
- ◆ Praticiens nouveaux recrutés.
- ◆ Nouveaux recrutés (y compris équipe de nuit).

#### Description de la cotation A

Une politique d'accueil et d'intégration est organisée à l'échelle institutionnelle. Son impact est régulièrement évalué et son programme réajusté.

## RÉFÉRENCE 9

*Les processus de gestion des ressources humaines sont maîtrisés.*

### 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.

#### Questionnement

- ◆ Comment est élaboré le plan de formation et quelle est l'implication des différents acteurs dans cette élaboration ?
- ◆ Comment est organisée la formation médicale continue ?
- ◆ Comment s'assure-t-on que les actions de formation mises en œuvre tendent à la mise à niveau des compétences du personnel pour atteindre les orientations stratégiques de l'établissement (formation liée au projet d'établissement, aux projets des secteurs d'activité, promotion professionnelle, etc.) ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Existence d'un plan de formation s'appuyant sur quatre axes : orientations stratégiques de l'établissement, orientations des secteurs d'activité, besoins individuels, formations promotionnelles.
- ◆ Association des acteurs à son élaboration.
- ◆ Mise en œuvre maîtrisée : recueil de besoins, critères de priorisation, politique de choix et d'achat.
- ◆ Modalités d'évaluation des dispositifs pédagogiques et de l'impact en termes de compétence.
- ◆ Pour les médecins libéraux exerçant en établissements : existence d'un suivi formalisé par la CME.

#### Documents à consulter

- ◆ Plan et bilans de formation (y compris formation médicale continue) et évaluation des actions de formation.
- ◆ Modalités de recueil des besoins de formation (questionnaires, etc.).
- ◆ Comptes rendus des réunions de commission de soins, CME, CE-DP/CTE, commission de formation le cas échéant.
- ◆ Projet et bilan sociaux.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsable de formation.
- ◆ DRH ou responsable du personnel (y compris médical).
- ◆ Président de la CME.
- ◆ Directeur des soins.
- ◆ Partenaires sociaux.
- ◆ Responsables des secteurs d'activité.
- ◆ Personnel des secteurs d'activité, praticiens.

#### Description de la cotation A

Il existe un plan de formation y compris médicale qui permet de répondre aux orientations stratégiques de l'établissement de santé et des secteurs d'activité, aux besoins individuels, notamment en termes de promotion, et qui associe dans son élaboration les différents acteurs institutionnels. Sa mise en œuvre est maîtrisée (recueil de besoins, critères de priorisation, politique de choix et d'achat de formations, etc.) et évaluée.



## RÉFÉRENCE 9

*Les processus de gestion des ressources humaines sont maîtrisés.*

### 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.

#### **Questionnement**

- ◆ Quelles sont les modalités d'évaluation du personnel mises en œuvre dans l'établissement ?
- ◆ Quel usage est-il fait des résultats ?

#### **Éléments d'appréciation**

- ◆ Existence de modalités d'évaluation, y compris médicale (support, périodicité, identification des évaluateurs et formation des évaluateurs).
- ◆ Connexion avec la notation dans le public ou politique promotionnelle et d'intéressement dans le privé.

#### **Documents à consulter**

- ◆ Référentiel d'évaluation.
- ◆ Grille d'entretien.
- ◆ Plan de formation.
- ◆ Procédure d'évaluation.

#### **Personnes à rencontrer**

- ◆ DRH ou responsable du personnel (y compris médical).
- ◆ Directeur des soins.
- ◆ Président de la CME.
- ◆ Responsables des secteurs d'activité.
- ◆ Partenaires sociaux.
- ◆ Professionnels des secteurs d'activité (y compris praticiens).

#### **Description de la cotation A**

L'évaluation des personnels est mise en place et ses résultats sont utilisés dans le cadre de la politique de gestion des ressources humaines.

## RÉFÉRENCE 9

*Les processus de gestion des ressources humaines sont maîtrisés.*

### 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.

#### Questionnement

- ◆ Comment veille-t-on au sein de l'établissement de santé à l'exhaustivité, à la fiabilité et à la confidentialité des informations concernant le personnel (y compris médical) (système d'information sécurisé, sensibilisation des membres du service du personnel, etc.) ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Disponibilité du dossier : des procédures de constitution, mise à jour, accessibilité en temps réel, etc.
- ◆ Intégrité du dossier : procédures garantissant la fiabilité et l'exhaustivité, existence d'un système de contrôle.
- ◆ Confidentialité du dossier : procédures d'habilitation, formation du personnel.
- ◆ Sécurité du dossier : conditions de conservation et d'archivage.
- ◆ Appropriation des règles de gestion par les professionnels en charge de la gestion du personnel.

NB : L'informatisation peut être un plus pour la gestion administrative des personnels, mais elle n'est pas exigible. Lorsque le dossier est informatisé, il doit répondre aux règles énoncées tout comme un dossier sur papier.

#### Documents à consulter

- ◆ Procédures internes : remontée des informations, règles de tenue des dossiers, etc.
- ◆ Plan de formation le cas échéant.
- ◆ Dossiers de personnel y compris médical.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ DRH ou responsable du personnel (y compris médical).
- ◆ Membres du service du personnel.
- ◆ Partenaires sociaux.
- ◆ Directeur des soins.
- ◆ Responsables des secteurs d'activité.
- ◆ Professionnels des secteurs d'activité.

#### Description de la cotation A

Des modalités de gestion sont définies, diffusées, appropriées et appliquées par l'ensemble des gestionnaires du personnel. Elles garantissent les principes de disponibilité, d'intégrité, de confidentialité et de sécurité des dossiers du personnel.

## 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.

##### 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).

##### 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.

##### 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 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.

##### 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.

#### Questionnement

- ◆ Les locaux permettent-ils de respecter la dignité et l'intimité du patient ?
- ◆ Les pratiques des professionnels respectent-elles l'intimité et la dignité du patient tout au long de la prise en charge ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Locaux adaptés (chambres individuelles, paravent, locaux de soins et de toilette isolés, espaces d'accueil pour les patients et les familles, etc.).
- ◆ Réflexion formalisée dans le projet d'établissement, basée sur la charte du patient.
- ◆ Sensibilisation et formation du personnel.
- ◆ Appréciation régulière des questionnaires de sortie et des plaintes.

#### Documents à consulter

- ◆ Projet d'établissement.
- ◆ Projet de vie (soins de longue durée).
- ◆ Charte du patient, livret d'accueil du patient.
- ◆ Plan de formation, livret d'accueil du personnel.
- ◆ Enquêtes de satisfaction et registre de plaintes.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Directeur.
- ◆ Responsable qualité.
- ◆ Cadres de santé.
- ◆ Professionnels soignants et hôteliers.
- ◆ Représentants d'usagers, patients.

#### Description de la cotation A

Les locaux et l'organisation des soins permettent le respect de l'intimité et de la dignité du patient tout au long de sa prise en charge et dans tous les secteurs de l'établissement. Les professionnels sont formés et sensibilisés sur ce thème.

## 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.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).

#### 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).

#### Questionnement

- ◆ Les locaux sont-ils adaptés aux handicaps et à la dépendance des patients ?
- ◆ Les pratiques des professionnels prennent-elles en compte les besoins des patients handicapés ou dépendants ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Architecture des locaux adaptée (accès, signalétique, circulation, équipement des chambres et des espaces de vie, etc.).
- ◆ Organisation adaptée (aide au déplacement, horaires, activités, etc.).
- ◆ Personnel sensibilisé et formé.

#### Documents à consulter

- ◆ Projet d'établissement.
- ◆ Charte du patient, livret d'accueil du patient.
- ◆ Plan de formation, livret d'accueil du personnel.
- ◆ Enquêtes de satisfaction et registre de plaintes.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Directeur, responsable qualité.
- ◆ Cadres de santé.
- ◆ Professionnels soignants et hôteliers.
- ◆ Représentants d'usagers, patients.

#### Description de la cotation A

Les locaux et l'organisation des soins sont adaptés aux besoins des patients handicapés ou dépendants. Les professionnels sont formés et sensibilisés à la spécificité de cette prise en charge.

## 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.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.

#### SOINS DE LONGUE DURÉE

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

#### Questionnement

- ◆ Comment sont recueillis et pris en compte les besoins nutritionnels spécifiques du patient ?
- ◆ Comment sont recueillies et prises en compte les préférences et les convictions du patient ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Modalités d'identification des besoins nutritionnels spécifiques.
- ◆ Modalités de recueil des préférences et convictions.
- ◆ Modalités d'évaluation de la qualité nutritionnelle des repas distribués.
- ◆ Coordination entre professionnels de santé (médecins, soignants, diététicienne, agents hôteliers).
- ◆ Coordination entre professionnels de santé et prestataires.

#### Documents à consulter

- ◆ Manuel d'assurance qualité en restauration.
- ◆ Procédures, protocoles.
- ◆ Dossiers de patients.
- ◆ Procès-verbaux de réunions, comptes rendus du CLAN ou de la commission de menus.
- ◆ Contrat (si prestataire externe).
- ◆ Enquêtes de satisfaction.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsable de la restauration (interne ou externe) et personnel de cuisine.
- ◆ Président du CLAN.
- ◆ Diététicienne.
- ◆ Personnel chargé de la distribution des repas, personnel soignant.
- ◆ Patients, familles.

#### Description de la cotation A

Les besoins nutritionnels spécifiques, les préférences et les convictions sont identifiés et pris en compte. Les professionnels des différents secteurs y contribuent de façon coordonnée.

## 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.d

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

#### HOSPITALISATION À DOMICILE

Non applicable.

#### Questionnement

- ◆ Y a-t-il une organisation pour accueillir les accompagnants ?
- ◆ Cette organisation est-elle connue des professionnels et des patients ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Services offerts aux accompagnants en matière d'hébergement et de restauration.
- ◆ Connaissance de ces services par les professionnels.
- ◆ Information des patients et de leur entourage sur les possibilités de restauration et d'hébergement.

#### Documents à consulter

- ◆ Projet hôtelier.
- ◆ Livret d'accueil patient, plaquette d'information, affichage.
- ◆ Enquêtes de satisfaction.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Directeur chargé de la clientèle.
- ◆ Personnel d'accueil, admissions.
- ◆ Personnel soignant, hôtelier et de restauration.
- ◆ Patient et entourage.

#### Description de la cotation A

Des possibilités d'hébergement et de restauration sont offertes aux accompagnants. Celles-ci sont connues des professionnels, des patients et de leur 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.**

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 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.

En cas de reconnaissance externe de la qualité par un organisme certifié, le secteur ainsi reconnu ne nécessite pas d'être visité par les experts-visiteurs. En revanche, les interfaces avec les autres secteurs non certifiés doivent être examinées.

#### Questionnement

- ◆ Une démarche est-elle en place pour assurer la qualité en restauration ?
- ◆ Comment sont prises en compte les attentes des patients ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Soit existence d'une certification.
- ◆ Soit existence d'une assurance qualité (en cuisine centrale ou chez le prestataire extérieur) en place sur l'ensemble du circuit allant de la réception des marchandises à la distribution.
  - Existence d'une démarche HACCP.
  - Existence de procédures décrivant toutes les étapes de la distribution.
  - Mesures prises pour assurer le respect des règles d'hygiène par les personnels chargés de la restauration (entretien des locaux, tenue vestimentaire, hygiène des mains, etc.).
  - Réalisation d'audits internes.
- ◆ Appréciation positive des services vétérinaires ou prise en compte de leurs recommandations.
- ◆ Mesures prises pour les patients à risque (aplasié médullaire, etc.).
- ◆ Relation entre les secteurs d'activité et les secteurs de production des repas permettant de répondre aux attentes des patients.

#### Documents à consulter

- ◆ Procédures, protocoles.
- ◆ Plan de formation.
- ◆ Cahier des charges et certificat d'assurance qualité du prestataire éventuel.
- ◆ Enquêtes de satisfaction ; résultats de contrôles qualité.
- ◆ Rapport de contrôle des services vétérinaires.
- ◆ Procès-verbaux du CLIN, du CLAN, du CHSCT, etc.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsable restauration, personnel de cuisine.
- ◆ Correspondant hygiène.
- ◆ Diététicienne.
- ◆ Personnel chargé de la distribution.
- ◆ Patients.

#### Description de la cotation A

Une évaluation externe permet de vérifier l'existence d'un système d'assurance qualité de la restauration. À défaut, le système d'assurance qualité comporte l'existence d'une démarche HACCP, de protocoles et d'audits. La distribution est organisée. L'établissement assure l'adaptation des prestations aux attentes des patients.

## 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.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.

En cas de reconnaissance externe de la qualité par un organisme certifié, le secteur ainsi reconnu ne nécessite pas d'être visité par les experts-visiteurs. En revanche, les interfaces avec les autres secteurs non certifiés doivent être examinées.

#### Questionnement

- ◆ Comment sont appliquées les règles de bonne pratique dans le tri et le circuit du linge ?
- ◆ Quelle organisation est mise en place pour répondre aux besoins spécifiques des patients ou résidents (USLD, patients à risque infectieux majeur) ?
- ◆ Quelle est la formation initiale et continue du personnel de blanchisserie aux règles d'hygiène ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Soit existence d'une certification.
- ◆ Soit existence d'une assurance qualité (procédures, formation des professionnels, audits) que le traitement du linge soit effectué en interne ou externalisé :
  - Protocoles sur le tri du linge (circuit propre-sale, tenue du personnel, lavage des mains, etc.).
  - Protocoles sur le circuit du linge (séparation propre-sale, ascenseur séparé, local spécial dans les secteurs d'activité).
  - Contrôle du traitement du linge à périodicité définie, avec communication des résultats.
  - Mise en place d'une « écoute-client » entre les secteurs d'activité et les secteurs de blanchisserie.

#### Documents à consulter

- ◆ Procédures, protocoles.
- ◆ Plan de formation.
- ◆ Cahier des charges du prestataire éventuel.
- ◆ Enquêtes de satisfaction ; résultats de contrôles qualité.
- ◆ Procès-verbaux du CLIN, du CHSCT, etc.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsable de la blanchisserie.
- ◆ Gouvernante ou équivalent.
- ◆ Correspondants hygiène.
- ◆ Personnel chargé de la blanchisserie, hôtelier, aides-soignants, etc.

#### Description de la cotation A

Le programme qualité est assuré par l'application des protocoles établis à toutes les étapes de la fonction blanchisserie. L'établissement assure la formation des personnels, la diffusion des protocoles et l'évaluation à périodicité définie.

## 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.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.**

#### Questionnement

- ◆ Comment est coordonnée la fonction transport avec les secteurs d'activité de façon à assurer la continuité et la sécurité des soins ?
- ◆ Comment est assurée l'hygiène pendant le transport ?
- ◆ Comment sont assurés le respect de la dignité et la confidentialité pendant le transport ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Organisation de la fonction transport.
- ◆ Règles d'hygiène.
- ◆ Modalités de coordination.
- ◆ Formation adaptée (hygiène, sécurité, droits).

#### Documents à consulter

- ◆ Protocoles.
- ◆ Plan de formation.
- ◆ Convention avec les prestataires externes.
- ◆ Procès-verbaux du CHSCT, etc.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Brancardiers et ambulanciers.
- ◆ Cadres infirmiers et personnel soignant.
- ◆ Patients.

#### Description de la cotation A

La fonction transport (interne et externe) est organisée et le personnel est formé dans le but d'assurer l'hygiène, la continuité des soins et le respect des droits du patient.

## 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.

## 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.**

#### Questionnement

- ◆ Quelle organisation est en place pour assurer aux utilisateurs des approvisionnements et des équipements adaptés à leurs attentes et besoins ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Définition et mise en œuvre des règles d'évaluation des besoins selon un calendrier établi (prise en compte du développement de l'activité et des normes de sécurité).
- ◆ Organisation : responsable identifié et procédures de commande, de relance et de gestion des stocks.
- ◆ Satisfaction des professionnels quant à la prise en compte de leurs besoins.

#### Documents à consulter

- ◆ Procès-verbaux de réunions.
- ◆ Procédure(s) d'achat et d'approvisionnement.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsable logistique.
- ◆ Responsable des achats.
- ◆ Cadres des secteurs d'activité.

#### Description de la cotation A

Les besoins des secteurs d'activité sont régulièrement évalués et pris en compte. Les procédures tiennent compte des évolutions de l'activité et du contexte. Les professionnels sont satisfaits de la réponse donnée à leurs besoins.

## RÉFÉRENCE 12

*Les approvisionnements sont assurés.*

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

### 12.b

#### ► Les personnels utilisateurs sont associés aux procédures d'achat.

##### Questionnement

- ◆ Comment les personnels utilisateurs sont-ils consultés et associés aux achats les concernant ?

##### Éléments d'appréciation

- ◆ Définition des modalités de participation des utilisateurs dans les achats.
- ◆ Association des utilisateurs aux procédures d'achats.

##### Documents à consulter

- ◆ Protocoles, procédures d'achats.

##### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsable logistique.
- ◆ Responsable d'achat, personnel des services économiques.
- ◆ Cadres des secteurs d'activité.

##### Description de la cotation A

L'association des utilisateurs est définie dans les procédures d'achats et elle est effective.

## RÉFÉRENCE 12

*Les approvisionnements sont assurés.*

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

### 12.c

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

#### Questionnement

- ◆ Quelle organisation est-elle en place pour éviter les ruptures de stock dans les secteurs d'activité ?
- ◆ Comment sont assurés les approvisionnements en urgence ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Définition de la périodicité des approvisionnements.
- ◆ Existence de procédures de commande, de réception et de relance et d'approvisionnements en urgence.
- ◆ Organisation de la gestion des stocks permettant un approvisionnement régulier des services.
- ◆ Diffusion des procédures d'approvisionnement à tous les secteurs.

#### Documents à consulter

- ◆ Procédures, protocoles.
- ◆ Bons de commandes, livraison, etc., notamment en urgence.
- ◆ Tableaux de bord.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsable logistique, responsable des achats.
- ◆ Personnels des services économiques.
- ◆ Cadres des secteurs d'activité.

#### Description de la cotation A

Les procédures d'approvisionnements réguliers et en urgence sont opérationnelles.

## 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 13

*Un système de management de la qualité est en place.*

### 13.a

#### ► L'écoute des patients est organisée.

##### Questionnement

- ◆ L'établissement a-t-il mis en place un dispositif cohérent visant à associer les patients et leur entourage à l'amélioration de leur prise en charge et du service rendu ?
- ◆ L'ensemble des acteurs de l'établissement participent-ils à la mise en œuvre de ce dispositif d'écoute des patients ?
- ◆ Est-ce que les résultats de l'écoute des patients concourent à la démarche d'amélioration continue de la prise en charge et donc à l'évolution de l'établissement ?

##### Éléments d'appréciation

- ◆ Organisation : recueil et analyse des besoins, attentes, satisfaction, réclamations, plaintes, dispositif d'écoute spécifique, retours d'expérience, mise en œuvre de la CRU, responsables identifiés et missions définies, association des patients ou de leurs représentants.
- ◆ Communication sur le dispositif mis en œuvre à destination des patients et des acteurs de l'établissement.
- ◆ Formation des professionnels à recueillir les besoins et attentes des patients.
- ◆ Actions d'amélioration suite aux résultats.

##### Documents à consulter

- ◆ Programme qualité.
- ◆ Procès-verbal des instances CA, CLIN.
- ◆ Bilan des enquêtes et des questionnaires de satisfaction.
- ◆ Registre des réclamations, plaintes.
- ◆ Revue de direction ou comité de pilotage.

##### Personnes à rencontrer

- ◆ Directeur.
- ◆ Responsable qualité, chargé des relations avec les patients.
- ◆ Médiateurs et représentants d'usagers de la CRU.
- ◆ Patients.

##### Description de la cotation A

L'établissement dispose d'une organisation permettant le recueil et l'analyse des besoins, des attentes, de la satisfaction et des plaintes des patients. Ce système permet la mise en place d'actions d'amélioration.

## RÉFÉRENCE 13

*Un système de management de la qualité est en place.*

### 13.b

► **Le programme d'amélioration continue de la qualité comporte des objectifs précis, mesurables dans le temps.**

#### Questionnement

- ◆ L'établissement de santé a-t-il élaboré un programme d'amélioration continue qui définit les actions, les échéances et les indicateurs ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Existence d'un programme formalisé, mis en œuvre.
- ◆ Objectifs déterminés en cohérence avec la politique qualité.
- ◆ Méthodes et outils pour la mise en œuvre du programme.
- ◆ Éléments de suivi ou indicateurs identifiés.
- ◆ Communication sur le programme et ses objectifs.

#### Documents à consulter

- ◆ Programme qualité, fiches actions, compte rendu des réunions qualité.
- ◆ Comptes rendus et procès-verbaux des instances.
- ◆ Tableaux de bord d'indicateurs.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsable qualité.
- ◆ Directeur.
- ◆ Médecins.
- ◆ Cadres.

#### Description de la cotation A

L'établissement dispose d'un programme d'amélioration de la qualité comportant des objectifs précis. Les échéances et les modalités de suivi sont définies. La communication sur le programme est assurée.

## RÉFÉRENCE 13

*Un système de management de la qualité est en place.*

### 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).

#### Questionnement

- ◆ Comment l'établissement utilise-t-il les résultats des évaluations tant internes qu'externes pour l'élaboration du programme d'amélioration continue ?
- ◆ Les résultats de la première procédure d'accréditation sont-ils pris en compte dans ce programme ?
- ◆ Les résultats des contrôles et inspections sont-ils pris en compte dans ce programme ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Existence d'un programme qualité.
- ◆ Bilan des évaluations internes et externes élaboré par l'établissement (dont fiches sécurité).
- ◆ Prise en compte dans le programme d'amélioration qualité des résultats des évaluations internes et externes.

#### Documents à consulter

- ◆ Résultats des audits, enquêtes, évaluations.
- ◆ Programme qualité, fiches actions.
- ◆ Document lien V1-V2.
- ◆ Fiches synthèse-sécurité.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsable qualité.
- ◆ Directeur.
- ◆ Gestionnaire de risques (ou équivalent).

#### Description de la cotation A

L'établissement dispose d'une visibilité sur les différentes évaluations internes et externes réalisées et utilise leurs résultats pour élaborer le programme d'amélioration de la qualité.

## RÉFÉRENCE 13

*Un système de management de la qualité est en place.*

### 13.d

#### ► La formation des professionnels à la qualité est assurée.

##### Questionnement

- ◆ Une stratégie de formation à la qualité est-elle définie et mise en œuvre ?
- ◆ Les formations à la qualité apportent-elles aux professionnels les compétences utiles à la mise en œuvre du programme d'amélioration continue ?

##### Éléments d'appréciation

- ◆ Recueil des besoins en formation qualité.
- ◆ Cahier des charges de la formation.
- ◆ Plan de formation (quels professionnels, caractère obligatoire de la formation, fréquence, contenu des formations).
- ◆ Évaluation de la formation.

##### Documents à consulter

- ◆ Cahier des charges.
- ◆ Plan de formation, bilan d'évaluation des formations.

##### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsable qualité.
- ◆ DRH, directeur des affaires médicales (le cas échéant), service formation.

##### Description de la cotation A

L'établissement analyse les besoins de formation à la qualité et met en œuvre une formation adaptée aux besoins du programme qualité.

## RÉFÉRENCE 13

*Un système de management de la qualité est en place.*

### 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.

#### Questionnement

- ◆ Quelle organisation est mise en place pour déployer la démarche (relais qualité, accompagnement méthodologique) ?
- ◆ Des actions qualité sont-elles mises en œuvre dans les différents secteurs ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Existence d'une organisation de la qualité dans les secteurs d'activité (éventuellement référents qualité).
- ◆ Mise en œuvre d'actions qualité institutionnelles dans les différents secteurs (par exemple : douleur, nutrition).
- ◆ Mise en œuvre d'actions spécifiques aux secteurs d'activité.
- ◆ Accompagnement méthodologique des acteurs des secteurs d'activité à la démarche qualité et aux outils qualité.

#### Documents à consulter

- ◆ Programme qualité.
- ◆ Fiches actions.
- ◆ Comptes rendus des réunions de secteurs d'activité.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsable qualité.
- ◆ Référents qualité.
- ◆ Professionnels.

#### Description de la cotation A

L'établissement met en œuvre les actions permettant le déploiement de la démarche qualité dans les secteurs d'activité. Des référents par secteurs sont identifiés et leurs responsabilités clarifiées. Des actions sont conduites dans les différents secteurs.

## RÉFÉRENCE 13

*Un système de management de la qualité est en place.*

### 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.

#### Questionnement

- ◆ L'établissement dispose-t-il d'un système organisé et maîtrisé de gestion de la documentation interne et externe ?
- ◆ Cette organisation répond-elle aux besoins des professionnels de l'établissement ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Dispositif de gestion documentaire interne et externe.
- ◆ Formation des acteurs.
- ◆ Connaissance par les professionnels du dispositif.
- ◆ Modalités de classement des documents.
- ◆ Accessibilité aux documents.

#### Documents à consulter

- ◆ Procédure de gestion documentaire et ensemble des documents gérés.
- ◆ Intranet.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsable qualité.
- ◆ Professionnels.

#### Description de la cotation A

L'établissement a organisé son système de gestion documentaire. L'ensemble des professionnels est formé à l'utilisation de ce système. Ce système permet un accès facile à l'information.

## RÉFÉRENCE 13

*Un système de management de la qualité est en place.*

### 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.

#### Questionnement

- ◆ Une organisation est-elle en place pour assurer le suivi régulier du programme d'amélioration de la qualité ?
- ◆ Les responsables de l'établissement assurent-ils ce suivi ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Implication des responsables de l'établissement dans le suivi (directeur président de CME, directeur des soins, responsables de secteur).
- ◆ Modalités de suivi.
- ◆ Communication sur le suivi.

#### Documents à consulter

- ◆ Comptes rendus de réunion de comité de pilotage ou de revue de direction.
- ◆ États d'avancement des projets.
- ◆ Tableaux de bord et suivi d'indicateurs.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Directeur, président de la CME, directeur des soins.
- ◆ Membres du comité de pilotage ou de la revue de direction.
- ◆ Responsable qualité, référents qualité.

#### Description de la cotation A

L'établissement a mis en place des dispositions permettant d'assurer le suivi du programme d'amélioration de la qualité. Ces dispositions sont appliquées.

## 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'actions régionaux ou nationaux (par 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 (par exemple : 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 (par exemple : 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 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'actions régionaux ou nationaux (par 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.

### **Questionnement**

- ◆ Comment l'établissement regroupe-t-il et partage-t-il l'information concernant l'ensemble des risques ?

### **Éléments d'appréciation**

- ◆ Organisation et responsabilités définies vis-à-vis du regroupement et de la diffusion des informations.
- ◆ Visibilité sur l'ensemble des risques permettant de définir des priorités.
- ◆ Bilans des déclarations d'incident, d'accidents relatifs aux risques hospitaliers (risques pour les patients, vigilances, risques professionnels, autres risques).
- ◆ Veille réglementaire relative à la sécurité.
- ◆ Communication et diffusion de l'information sur les risques.

### **Documents à consulter**

- ◆ Documents décrivant l'organisation de la gestion des risques.
- ◆ Documents de synthèse sur les risques de l'établissement.
- ◆ Informations communiquées sur les risques.
- ◆ Réglementation rassemblée relative à la sécurité.

### **Personnes à rencontrer**

- ◆ Directeur.
- ◆ Responsable qualité.
- ◆ Gestionnaire de risques.
- ◆ Responsables des vigilances et président du CLIN.

### **Description de la cotation A**

L'établissement dispose d'une visibilité sur l'ensemble de ses risques grâce à un regroupement des informations et une veille réglementaire en matière de sécurité. Il partage ces informations avec les différents professionnels.

## 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'actions régionaux ou nationaux (par exemple : programme national d'audit en hygiène hospitalière).

## 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.

#### Questionnement

- ◆ Quelle organisation est en place pour identifier et analyser les risques *a priori* afin de prévenir les incidents et les accidents ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Démarche structurée d'identification et d'analyse des risques *a priori*.
- ◆ Responsabilités définies sur les domaines de risques.

#### Documents à consulter

- ◆ Projet gestion des risques ou document décrivant la gestion des risques.
- ◆ Documents de recensement et d'analyse des risques (document unique sur les risques professionnels, document de synthèse sur les risques de l'établissement).
- ◆ Résultats d'évaluations organisationnelles.
- ◆ Rapport annuel des vigilances.
- ◆ Rapport annuel de la médecine du travail, etc.
- ◆ Comptes rendus des réunions CSTH, CLIN, CHSCT, etc.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsable qualité, gestionnaire de risques le cas échéant.
- ◆ Responsables des différentes vigilances et du CLIN.
- ◆ Médecin du travail, CHSCT.
- ◆ Responsables des secteurs d'activité.

#### Description de la cotation A

L'établissement met en œuvre une démarche structurée d'identification et d'analyse des risques *a priori* pour laquelle des responsabilités sont définies par domaine de risques.

## 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'actions régionaux ou nationaux (par exemple : programme national d'audit en hygiène hospitalière).

## 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 (par exemple : décès inattendus, reprises d'interventions chirurgicales).

### Questionnement

- ◆ Quelle organisation est en place pour identifier et analyser les risques à partir des incidents et accidents survenus ?

### Éléments d'appréciation

- ◆ Démarche structurée d'identification et d'analyse des incidents et accidents survenus (recueil d'événements indésirables, revues de mortalité-morbidité, etc.).
- ◆ Responsabilités définies pour l'identification, le signalement, l'analyse.

### Documents à consulter

- ◆ Projet gestion des risques ou document décrivant la gestion des risques.
- ◆ Documents de recueil, d'analyse et de suivi des événements indésirables, des incidents ou accidents.
- ◆ Rapport annuel des vigilances.
- ◆ Rapport annuel de la médecine du travail.
- ◆ Analyse et traitement des plaintes des patients et familles.
- ◆ Compte rendu des réunions CSTH, CLIN, CHSCT...

### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsable qualité, gestionnaire de risques le cas échéant.
- ◆ Responsables des différentes vigilances et du CLIN.
- ◆ Médecin du travail, CHSCT.
- ◆ Responsables des secteurs d'activité.

### Description de la cotation A

L'établissement met en œuvre une démarche structurée d'identification et d'analyse des incidents et accidents survenus. Les responsabilités sont définies pour l'identification, le signalement et l'analyse.

## 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'actions régionaux ou nationaux (par exemple : programme national d'audit en hygiène hospitalière).

## 14.d

### ► **Les résultats issus des analyses de risque permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter.**

#### **Questionnement**

- ◆ Quelle organisation est en place pour hiérarchiser et traiter les risques à partir des analyses de risque réalisées ?

#### **Éléments d'appréciation**

- ◆ Modalités de hiérarchisation des risques.
- ◆ Modalités de définition d'actions de réduction des risques.
- ◆ Programme d'actions de réduction.
- ◆ Formalisation des conduites à tenir en cas d'incident ou accident.
- ◆ Association des instances et professionnels à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme d'actions.

#### **Documents à consulter**

- ◆ Projet gestion des risques ou document décrivant la gestion des risques.
- ◆ Rapport annuel des vigilances.
- ◆ Rapport annuel de la médecine du travail.
- ◆ Compte rendu des réunions CSTH, CLIN, CHSCT, CME...
- ◆ Projet qualité ou programme d'actions de réduction des risques.
- ◆ Documents décrivant les conduites à tenir en cas d'incident ou accident.

#### **Personnes à rencontrer**

- ◆ Responsable qualité, gestionnaire de risques le cas échéant.
- ◆ Responsables des différentes vigilances et du CLIN.
- ◆ Médecin du travail, CHSCT.
- ◆ Responsables des secteurs d'activité.

#### **Description de la cotation A**

Des actions de réduction des risques sont hiérarchisées et mises en œuvre. Les instances et les professionnels sont impliqués.

## 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'actions régionaux ou nationaux (par exemple : programme national d'audit en hygiène hospitalière).

## 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 (par exemple : 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.

### **Questionnement**

- ◆ L'établissement a-t-il anticipé une situation de crise en termes organisationnels ?

### **Éléments d'appréciation**

- ◆ Organisation de l'établissement pour faire face à une situation de crise : cellule de crise, circuits d'alerte, formation des professionnels, scénarios de crise, exercices de crise, modalités de communication, salle de crise identifiée.
- ◆ Capacité à réunir une cellule de crise.

### **Documents à consulter**

- ◆ « Mémo » crise (document rassemblant les informations clés utiles en cas de crise : conduite à tenir, liste téléphonique).
- ◆ Documents décrivant les dispositions applicables en cas de crise (généraux, spécifiques par secteur).
- ◆ Scénarios de crise (type de crise, modalités de réaction adaptées) dans différents domaines de risque hospitalier.
- ◆ Plan de formation.

### **Personnes à rencontrer**

- ◆ Directeur.
- ◆ Gestionnaire de risque.
- ◆ Chargé de communication.
- ◆ Administrateur de garde.

### **Description de la cotation A**

Une organisation est en place pour faire face à une situation de crise : cellule de crise, circuits d'alerte, formation des professionnels, scénarios de crise, exercices de crises, modalités de communication. Elle est connue des professionnels.

## 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'actions régionaux ou nationaux (par exemple : programme national d'audit en hygiène hospitalière).

## 14.f

### ► **L'organisation des plans d'urgence pour faire face au risque exceptionnel est en place.**

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

#### **Questionnement**

- ◆ L'établissement est-il organisé pour faire face aux risques exceptionnels : risques nucléaires, radiologiques, bactériologiques, chimiques ; accidents ou événements majeurs (canicule, attentat, etc.) ?
- ◆ L'établissement est-il organisé pour gérer des situations d'urgence mettant en jeu un grand nombre de victimes ?

#### **Éléments d'appréciation**

- ◆ Identification du responsable de l'élaboration et de la maintenance du plan blanc.
- ◆ Existence d'un plan blanc actualisé.
- ◆ Existence de plans spécifiques sur les risques exceptionnels pour lesquels l'établissement est concerné.
- ◆ Anticipation au niveau du service d'urgence : référent du service d'urgence formé, disponibilité des tenues, procédures spécifiques.
- ◆ Communication des plans, formation des professionnels et exercice de mise en œuvre.
- ◆ Connaissance par chaque professionnel concerné des modalités de mise en œuvre.

#### **Documents à consulter**

- ◆ Plan blanc et autres plans d'urgence.
- ◆ Comptes rendus de mise en œuvre ou simulation des plans.
- ◆ Traçabilité des formations.

#### **Personnes à rencontrer**

- ◆ Directeur, membres de la cellule de crise.
- ◆ Responsable plan blanc.
- ◆ Gestionnaire de risques.
- ◆ Référent du service d'urgence.
- ◆ Responsables des services directement concernés (urgences, SAMU, SMUR, réanimation, grands brûlés, labo, radio, etc.).

#### **Description de la cotation A**

L'établissement est organisé pour faire face aux risques exceptionnels. Les plans d'urgence sont formalisés et actualisés ; les professionnels connaissent les modalités de mise en œuvre et leur rôle dans le dispositif par la formation et la participation à des simulations. Des actions de communication complètent cette organisation.

## 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.

## 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.

#### Questionnement

- ◆ Les procédures à mettre en œuvre en cas d'événement indésirable sont-elles définies ?
- ◆ Ces procédures sont-elles connues des professionnels ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Système et outils mis en place (signalement, enregistrement, traitement).
- ◆ Responsabilités identifiées, responsables désignés.
- ◆ Formation des professionnels, communication sur le dispositif mis en œuvre à destination des professionnels.
- ◆ Évaluation de l'appropriation de la procédure par les professionnels.

#### Documents à consulter

- ◆ Procédures à disposition des professionnels concernés.
- ◆ Documents de recueil, d'analyse et de suivi des événements indésirables, des incidents ou accidents.
- ◆ Rapport annuel des vigilances.
- ◆ Compte rendu des réunions Csth, CLIN, CHSCT, COMEDIMS.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsable qualité, gestionnaire de risque, le cas échéant.
- ◆ Responsables des différentes vigilances et du CLIN.
- ◆ Responsables des secteurs d'activité.

#### Description de la cotation A

L'établissement a défini les procédures à mettre en œuvre en cas d'événement indésirable. Les responsabilités sont identifiées. Les procédures sont connues des professionnels.



## 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.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.

### **Questionnement**

- ◆ L'établissement met-il en œuvre la traçabilité définie par la réglementation pour l'ensemble des produits de santé ?

### **Éléments d'appréciation**

- ◆ Identification des produits de santé à tracer selon la réglementation (produits sanguins labiles, médicaments dérivés du sang, médicaments, produits et dispositifs médicaux...).
- ◆ Modalités de recueil et de conservation des informations nécessaires à la traçabilité pour les différents produits de santé.
- ◆ Responsabilités des différents professionnels définies.
- ◆ Formation des professionnels à ces modalités.
- ◆ Connaissance par les professionnels concernés des exigences à satisfaire en matière de traçabilité.
- ◆ Évaluation de l'exhaustivité et de la fiabilité des systèmes de traçabilité.

### **Documents à consulter**

- ◆ Supports de la traçabilité pour les différents produits de santé (dont dossier transfusionnel).
- ◆ Tableaux de bord de suivi (exhaustivité de la traçabilité).
- ◆ Comptes rendus CSTH et réunions des comités de vigilance.
- ◆ Fiches de signalement.

### **Personnes à rencontrer**

- ◆ Responsable qualité, gestionnaire de risque, le cas échéant.
- ◆ Responsables des différentes vigilances et du CLIN.
- ◆ Responsables des secteurs d'activité.
- ◆ Pharmacien, COMEDIMS, responsable technique/biomédical.

### **Description de la cotation A**

L'établissement a défini les modalités de traçabilité des produits de santé et les met en œuvre. Les responsabilités sont définies. Ces modalités sont connues des professionnels concernés. L'établissement s'assure de la fiabilité et de l'exhaustivité du système.

## 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.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.

#### **Questionnement**

- ◆ L'établissement a-t-il mis en place une organisation lui permettant de répondre à une alerte sanitaire concernant les produits de santé ?

#### **Éléments d'appréciation**

- ◆ Organisation mise en place pour répondre à une alerte sanitaire (réception, transmission, décision, mise en œuvre : retraits de lots, rappel des patients...).
- ◆ Permanence de cette organisation.
- ◆ Responsabilités des différents professionnels définies.
- ◆ Formation et connaissance par les professionnels concernés.
- ◆ Étude du traitement d'alertes récentes.

#### **Documents à consulter**

- ◆ Documents relatifs aux alertes.
- ◆ Procédures d'alerte.

#### **Personnes à rencontrer**

- ◆ Responsable qualité, gestionnaire de risque, le cas échéant.
- ◆ Responsables des différentes vigilances et du CLIN.
- ◆ Responsables des secteurs d'activité.
- ◆ Pharmacien, COMEDIMS, responsable technique/biomédical.

#### **Description de la cotation A**

L'établissement a mis en place une organisation permanente lui permettant de répondre à une alerte sanitaire concernant les produits de santé. Les responsabilités sont définies et les professionnels concernés, formés.

## 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.d

### ► **La coordination des vigilances entre elles et avec le programme global de gestion des risques est assurée.**

#### **Questionnement**

- ◆ Existe-t-il une coordination des vigilances entre elles ?
- ◆ Existe-t-il également une coordination entre les vigilances et le programme de gestion des risques de l'établissement ?

#### **Éléments d'appréciation**

- ◆ Existence d'un programme global de gestion des risques.
- ◆ Modalités de coordination de la gestion des risques et des vigilances (par exemple : structure de coordination, articulation des programmes et projets, participations croisées aux différents comités).
- ◆ Modalités de partage de l'information.
- ◆ Partage de méthodes.

#### **Documents à consulter**

- ◆ Description de l'organisation de la gestion des risques et des vigilances.
- ◆ Programme de gestion des risques.
- ◆ Comptes rendus des réunions CSTH, CHSCT, CLIN, comité du médicament, comité de coordination.

#### **Personnes à rencontrer**

- ◆ Président CSTH, CLIN, cadre hygiéniste, pharmacien.
- ◆ Gestionnaire de risques, responsable qualité.
- ◆ Coordonnateur et correspondants des vigilances.

#### **Description de la cotation A**

L'établissement a mis en place une organisation permettant la coordination des vigilances entre elles et des vigilances avec la gestion des risques.

## 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.e

### ► **Une coordination est assurée entre l'établissement et les structures régionales et nationales de vigilance.**

#### **Questionnement**

- ♦ L'établissement est-il en relation avec les structures régionales de vigilances pour la définition et la mise en œuvre de son programme ?
- ♦ L'établissement organise-t-il la diffusion et le retour de l'information entre l'établissement et les structures régionales et nationales de vigilances ?

#### **Éléments d'appréciation**

- ♦ Modalités de diffusion des informations provenant des structures nationales et régionales.
- ♦ Modalités de retour d'informations vers les structures régionales ou nationales.
- ♦ Participation des correspondants régionaux aux comités et aux activités de l'établissement.
- ♦ Participation des vigilants de l'établissement aux activités à l'échelon régional ou national.

#### **Documents à consulter**

- ♦ Comptes rendus des comités de vigilance.
- ♦ Comptes rendus de participation à des réunions régionales.
- ♦ Programmes de travail.

#### **Personnes à rencontrer**

- ♦ Correspondants des différentes vigilances, coordonnateur des vigilances.
- ♦ Président du CSTH (comité de sécurité transfusionnelle et hémovigilance).
- ♦ Président du CLIN.

#### **Description de la cotation A**

L'établissement a mis en place une organisation assurant la coordination des vigilances avec les structures régionales et nationales de vigilance.

## 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 hydroalcooliques, bonne utilisation des antiseptiques, prévention et gestion des accidents liés à l'exposition au sang, antibioprophylaxie, pose et gestion des dispositifs intravasculaires, de sonde urinaire, préparation cutanée de l'opéré, prévention des pneumopathies, isolement, etc.

- 16.d. Le bon usage des antibiotiques, dont l'antibioprophylaxie, 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 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.**

#### Questionnement

- ◆ Comment ont été identifiés *a priori* les patients et activités à risque ?
- ◆ Un plan de surveillance adapté est-il mis en place et comment s'assure-t-on de son efficacité ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Identification des patients et des activités à risque infectieux.
- ◆ Définition d'un programme de surveillance avec une stratégie particulière dans les secteurs à haut risque (secteurs interventionnels, réanimation, néonatalogie, etc.), suivant une méthodologie validée et actualisée.
- ◆ Mise en œuvre du programme.
- ◆ Suivi du programme.

#### Documents à consulter

- ◆ Programme du CLIN.
- ◆ Procès-verbaux du CLIN, CME, CHSCT, réunions de service, etc.
- ◆ Rapport annuel du CLIN.
- ◆ Tableaux de bord d'indicateurs.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Président du CLIN.
- ◆ Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH).
- ◆ Au besoin, équipes chirurgicales.
- ◆ Biologiste.
- ◆ Directeur des soins et cadres des secteurs d'activité.
- ◆ Responsable qualité, gestionnaire de risques.

#### Description de la cotation A

Une identification des patients et des activités à risque, dans ce type d'établissement, a été réalisée et un programme de surveillance est mis en œuvre. Son suivi est assuré.

## RÉFÉRENCE 16

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

#### Questionnement

- ◆ Comment est organisée et mise en place la formation des professionnels (y compris nouveaux arrivants, étudiants, stagiaires, etc.) en matière d'hygiène et de prévention du risque infectieux dans les différentes situations de prise en charge ?
- ◆ Comment s'assure-t-on de l'utilité de la formation ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Définition des thèmes de formation adaptés aux besoins identifiés.
- ◆ Formation à l'hygiène et à la gestion des risques de tous les professionnels, y compris nouvel arrivant, temporaire ou permanent.
- ◆ Formation continue établie en relation avec la CME, le CLIN, la DS, la DRH.
- ◆ Évaluation et adaptation (le cas échéant) de la formation.

#### Documents à consulter

- ◆ Rapport annuel du CLIN.
- ◆ Plan de formation, documents de formation à l'hygiène à l'intention des nouveaux professionnels.
- ◆ Livret d'accueil du personnel.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Président CLIN.
- ◆ Correspondants hygiène.
- ◆ Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH).
- ◆ Président de CME.
- ◆ DRH ou responsable formation.
- ◆ Cadres des secteurs d'activité, DS.

#### Description de la cotation A

L'établissement a organisé pour l'ensemble du personnel une formation régulière adaptée aux besoins spécifiques de la prise en charge, actualisée sous la direction du CLIN et régulièrement évaluée.

## RÉFÉRENCE 16

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

### 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 hydroalcooliques, bonne utilisation des antiseptiques, prévention et gestion des accidents liés à l'exposition au sang, antibioprophylaxie, pose et gestion des dispositifs intravasculaires, de sonde urinaire, préparation cutanée de l'opéré, prévention des pneumopathies, isolement, etc.

#### Questionnement

- ◆ Quels sont les protocoles contribuant à la maîtrise du risque infectieux existant dans l'établissement ?
- ◆ Comment sont-ils validés et diffusés ?
- ◆ Comment s'assure-t-on de leur utilisation ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Existence de protocoles et de procédures de maîtrise du risque infectieux actualisés.
- ◆ Validation de ces protocoles et procédures par le CLIN.
- ◆ Organisation de leur diffusion (dont formation).
- ◆ Évaluation de leur utilisation.
- ◆ Mise en œuvre des précautions standard d'hygiène (désinfection des mains, port de gants, surblouses, lunettes, masques, matériel et surfaces souillées, etc.).
- ◆ Mise en œuvre des précautions liées à des situations particulières (isolement géographique, renforcement du lavage des mains, limitation des déplacements, etc.).

#### Documents à consulter

- ◆ Protocoles ou procédures.
- ◆ Plan de formation.
- ◆ Résultats d'audits.
- ◆ Procès-verbaux du CLIN.
- ◆ Bilan annuel standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Président du CLIN.
- ◆ Correspondants hygiène.
- ◆ Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière.
- ◆ DS, cadres des secteurs d'activité.
- ◆ Responsable qualité, gestionnaire de risques.

#### Description de la cotation A

Il existe des protocoles et procédures de maîtrise du risque infectieux, validés par le CLIN, adaptés aux activités de l'établissement. Leur utilisation est évaluée.



## RÉFÉRENCE 16

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

### 16.d

#### ► **Le bon usage des antibiotiques, dont l'antibioprophylaxie, 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 confrontation entre la consommation d'antibiotiques et les données bactériologiques.

#### **Questionnement**

- ◆ Comment favorise-t-on le bon usage des antibiotiques ?
- ◆ Quelles actions sont conduites en matière d'antibioprophylaxie ?

#### **Éléments d'appréciation**

- ◆ Définition de règles de bonnes pratiques de prescription des antibiotiques (réflexion collective au sein de l'établissement, comité spécifique, prise en compte des recommandations de bonnes pratiques).
- ◆ Définition des règles de pratiques d'antibioprophylaxie.
- ◆ Mise en œuvre de ces règles et pratiques.
- ◆ Suivi de la consommation.
- ◆ Surveillance de la résistance aux antibiotiques.
- ◆ Information et formation.

#### **Documents à consulter**

- ◆ Procès-verbaux de la CME, rapport annuel du CLIN, COMEDIMS.
- ◆ Protocoles d'utilisation des antibiotiques, comptes rendus de réunions du comité des antibiotiques (le cas échéant).

#### **Personnes à rencontrer**

- ◆ Pharmacien, COMEDIMS, comité des antibiotiques, le cas échéant.
- ◆ Président du CLIN.
- ◆ Responsable du laboratoire de biologie/microbiologie.
- ◆ Prescripteur(s).
- ◆ IDE et cadres soignants.

#### **Description de la cotation A**

Des règles de bonnes pratiques sont en place et diffusées, concernant l'usage des antibiotiques et l'antibioprophylaxie. Elles font l'objet d'une actualisation régulière.

## RÉFÉRENCE 16

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

### 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.

#### Questionnement

- ◆ Comment les problèmes infectieux touchant les professionnels sont-ils prévenus et pris en charge [(information, protocoles de prise en charge (par exemple : AES), diffusion, personne à contacter, etc.)] ?
- ◆ Comment le CLIN, l'EOHH, le CHSCT et le médecin du travail sont-ils associés à l'élaboration et à la mise en œuvre de ce programme ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Existence d'un programme concerté de prévention et de prise en charge des infections touchant les professionnels.
- ◆ Démarche structurée de prévention des AES.
- ◆ Mise en œuvre de la politique vaccinale, notamment hépatite B et grippe.
- ◆ Diffusion à tous les professionnels des mesures de prévention et de prise en charge.
- ◆ Recueil des événements.
- ◆ Action de prise en charge en cas d'exposition au risque infectieux.
- ◆ Information et diffusion à tous les professionnels.

#### Documents à consulter

- ◆ Procès-verbaux du CLIN, de l'EOHH, du CHSCT.
- ◆ Procédures, protocoles, tableaux de bord.
- ◆ Plan de formation.
- ◆ Livret d'accueil des personnels et, le cas échéant autres documents spécifiques.
- ◆ Rapport du médecin du travail.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Médecin du travail.
- ◆ Président du CLIN, correspondants hygiène, EOHH.
- ◆ CHSCT, gestionnaire de risques.
- ◆ DRH.
- ◆ Professionnels de santé.

#### Description de la cotation A

Le risque infectieux des professionnels (y compris étudiants, stagiaires et intérimaires) est évalué à périodicité définie, et un programme concerté de prévention et de prise en charge des infections est élaboré et mis en œuvre.

## RÉFÉRENCE 16

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

### 16.f

#### ► Le signalement des infections nosocomiales est organisé et opérationnel.

##### Questionnement

- ◆ Comment le signalement des infections nosocomiales est-il organisé (protocoles, circuit, formation, etc.) ?
- ◆ Le dispositif de signalement est-il opérationnel ?

##### Éléments d'appréciation

- ◆ Formation et information de tous les professionnels et des instances par le CLIN et les responsables d'hygiène, des dispositions relatives au signalement des infections nosocomiales (pour le CLIN, utilisation des dernières recommandations actualisées du CTIN et diffusion dans l'établissement).
- ◆ Dispositif de signalement (responsable du signalement, processus défini).
- ◆ Historique des signalements.

##### Documents à consulter

- ◆ Procédures ou protocoles.
- ◆ Procès-verbaux du CLIN, CME, CHSCT.
- ◆ Rapport annuel du CLIN.
- ◆ Recueil des signalements.
- ◆ Plan de formation.

##### Personnes à rencontrer

- ◆ Gestionnaire de risques.
- ◆ CLIN, EOHH, correspondants hygiène.

##### Description de la cotation A

Le dispositif de signalement des infections nosocomiales est opérationnel. Les professionnels de l'établissement le connaissent. Il repose sur la formation et l'information de tous les professionnels de l'établissement.

## RÉFÉRENCE 16

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

### 16.g

► **Un dispositif permettant l'alerte, l'identification, la gestion d'un phénomène épidémique est en place.**

#### Questionnement

- ◆ Quelles sont les dispositions permettant d'identifier, d'alerter et de gérer les problèmes épidémiques ?
- ◆ Comment l'ensemble du personnel a-t-il été sensibilisé et formé à ces situations ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Organisation d'un dispositif de prise en charge.
- ◆ Identification préalable des événements anormaux pouvant entraîner une alerte.
- ◆ Définition d'un circuit d'alerte.
- ◆ Mesures de prévention commune en cas d'épidémie.
- ◆ Modalités d'enquête en cas d'épidémie (origine de l'épidémie, arrivée de patients extérieurs infectés).
- ◆ Modalités de communication au personnel des mesures déterminées par le CLIN.

#### Documents à consulter

- ◆ Procédures et/ou protocoles.
- ◆ Procès-verbaux CME, CLIN, CHSCT.
- ◆ Plan de formation.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Président CLIN, EOHH, correspondants hygiène, gestionnaire de risques.
- ◆ Personnel des secteurs d'activité.
- ◆ Responsable qualité, DRH, responsable formation.

#### Description de la cotation A

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

## 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 prétraitement 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 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 de 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 prétraitement 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.

#### Questionnement

- ◆ Existe-t-il une conduite à tenir sur le prétraitement et la désinfection des équipements et dispositifs médicaux formalisée, diffusée et connue des professionnels ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Formation des professionnels concernés au prétraitement et à la désinfection des dispositifs médicaux et des équipements.
- ◆ Existence de protocoles de prétraitement et de désinfection des dispositifs médicaux et des équipements, validés par le CLIN.
- ◆ Existence d'une traçabilité de prétraitement et de désinfection des dispositifs médicaux et des équipements.

#### Documents à consulter

- ◆ Protocoles.
- ◆ Documents de traçabilité du prétraitement et de la désinfection.
- ◆ Plan de formation.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Personnel soignant concerné.
- ◆ Correspondants hygiène.
- ◆ Pharmacien.

#### Description de la cotation A

Les professionnels chargés du prétraitement et de la désinfection des dispositifs médicaux et des équipements sont formés et utilisent des protocoles validés.

## 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 de 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.b

► **En stérilisation, la maîtrise de la qualité est assurée.**

#### Questionnement

- ◆ Existe-t-il des protocoles validés de stérilisation, connus et évalués ?
- ◆ Des systèmes d'alerte et de surveillance sont-ils en place ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Existence d'une organisation de la qualité en stérilisation connue des professionnels.
- ◆ Gestion opérationnelle des documents internes (protocoles et procédures) ou externes (recommandations et textes réglementaires).
- ◆ Formation régulière du personnel concerné.
- ◆ Actions d'amélioration suite aux éventuelles recommandations faites lors des inspections et aux signalements de dysfonctionnements.

#### Documents à consulter

- ◆ Dossier de stérilisation, protocoles et procédures de stérilisation/manuel qualité.
- ◆ Cahier des charges, si activité externalisée.
- ◆ Procès-verbal des inspections relatives à la stérilisation.
- ◆ Plan de formation.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Personnels de stérilisation/bloc.
- ◆ Pharmacien.
- ◆ Correspondants hygiène.
- ◆ Responsable qualité.

#### Description de la cotation A

L'établissement a mis en place un système d'assurance qualité en stérilisation basé sur la formation et l'information des personnels concernés, l'actualisation des pratiques, le recueil des dysfonctionnements et la mise en place des actions d'amélioration correspondantes.

## 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 de 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.c

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

#### Questionnement

- ◆ Y a-t-il une politique de maintenance préventive des dispositifs médicaux ?
- ◆ Un système de surveillance permet-il un suivi continu des matériels et des produits ?
- ◆ Comment pallie-t-on un dysfonctionnement, notamment en urgence ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Définition d'une politique générale de la maintenance préventive et curative des dispositifs médicaux.
- ◆ Organisation connue des professionnels (personne-ressource, GMAO, matériel de dépannage, recommandations des fournisseurs, contrôle régulier du bon état des dispositifs médicaux, etc.).
- ◆ Procédures d'entretien, de remplacement et de réparation en urgence.
- ◆ Formation et information régulière du personnel utilisateur.
- ◆ Système de signalement des dysfonctionnements.

#### Documents à consulter

- ◆ Inventaire des DM.
- ◆ Protocoles et procédures de maintenance.
- ◆ Registre de maintenance et de contrôle de la qualité des DM.
- ◆ Cahier des charges.
- ◆ Tableaux de bord et de suivi.
- ◆ Fiches d'événement indésirable/sentinelles.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsable technique/biomédical.
- ◆ Correspondant matériovigilance.
- ◆ Personnels utilisateurs dans les secteurs sensibles (bloc, réanimation, etc.).

#### Description de la cotation A

La politique est définie et l'organisation de la maintenance préventive et curative des dispositifs médicaux est en place. Elles sont connues des utilisateurs. Les dysfonctionnements sont analysés et les actions d'amélioration mises en œuvre.



## 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'activité et aux pratiques réalisées.

18.d. L'élimination des déchets, notamment d'activité 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 18

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

### 18.a

#### ► L'hygiène des locaux est assurée.

##### Questionnement

- ◆ Quelles sont les modalités définies pour assurer l'hygiène des locaux ? Par qui ?
- ◆ Quelle est l'organisation mise en place (personnel d'entretien formé aux règles d'hygiène et aux spécificités des locaux, matériel adapté, protocoles connus et appliqués) ?

##### Éléments d'appréciation

- ◆ Modalités de nettoyage adaptées aux locaux et aux risques (définition du zonage et procédures adaptées, traçabilité).
- ◆ Formation spécialisée du personnel d'entretien et de nettoyage.
- ◆ Contrôles périodiques organisés en concertation avec le CLIN.
- ◆ Mise en place d'actions d'amélioration.

##### Documents à consulter

- ◆ Protocoles/plan de nettoyage/audits, évaluations, contrôles, etc.
- ◆ Contrats avec des prestataires extérieurs.
- ◆ Plan de formation.

##### Personnes à rencontrer

- ◆ « Gouvernante »/ASH, aides-soignants.
- ◆ Correspondants hygiène, président du CLIN, EOHH.

##### Description de la cotation A

L'établissement a mis en place une démarche permettant d'assurer l'hygiène des locaux, basée sur l'adaptation des pratiques de nettoyage des locaux en fonction du risque. Les personnels concernés sont formés. Des contrôles et des évaluations sont effectués et des actions d'amélioration mises en œuvre.

## RÉFÉRENCE 18

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

#### Questionnement

- ◆ Quelle organisation est en place pour maintenir la qualité de l'eau ?
- ◆ Les règles de contrôle et d'analyse de l'eau sont-elles adaptées à ses différents usages ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Application des normes de sécurité permettant la garantie de la qualité de l'eau dans ses différentes utilisations.
- ◆ Formation et sensibilisation des personnels sur la qualité de l'eau, notamment à usage médical.
- ◆ Mise en œuvre des contrôles périodiques adaptés aux différentes utilisations, notamment dans les secteurs à risque.
- ◆ Recueil des dysfonctionnements, analyses et actions d'amélioration.

#### Documents à consulter

- ◆ Tableau de bord des résultats de prélèvements transmis au CLIN.
- ◆ Fiches de signalement d'événements indésirables.
- ◆ Plan de maintenance et de contrôle, carnet sanitaire.
- ◆ Rapports contrôles externes (réseau ville notamment).

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Membres du service technique.
- ◆ Correspondant en hygiène, membre du CLIN, pharmacien (eau de dialyse).

#### Description de la cotation A

L'établissement a mis en place une démarche permettant d'assurer la qualité de l'eau dans ses différentes utilisations, basée sur l'application des normes de sécurité, la formation des personnels, la mise en œuvre de contrôles périodiques et des actions d'amélioration.

## RÉFÉRENCE 18

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

### 18.c

► **La maintenance et le contrôle de la qualité de l'air sont adaptés aux secteurs d'activité et aux pratiques réalisées.**

#### Questionnement

- ♦ Quelle organisation est en place pour maintenir la qualité de l'air ?
- ♦ Les règles de contrôle et d'analyse de l'air sont-elles adaptées aux différents secteurs et pratiques ?

#### Éléments d'appréciation

- ♦ Application des normes de sécurité permettant la garantie de la qualité de l'air dans les différents secteurs et pratiques.
- ♦ Formation et sensibilisation des personnels sur la qualité de l'air.
- ♦ Mise en œuvre des contrôles périodiques, notamment dans les secteurs à risque.
- ♦ Recueil des dysfonctionnements, analyses et actions d'amélioration.

#### Documents à consulter

- ♦ Fiches de signalement d'événements indésirables.
- ♦ Plan de maintenance et de contrôle, carnet sanitaire.
- ♦ Rapports contrôles externes (réseau ville notamment).

#### Personnes à rencontrer

- ♦ Membres du service technique.
- ♦ Correspondant hygiène, membre du CLIN.
- ♦ Personnels de bloc et stérilisation, et travaillant en chambre d'isolement.

#### Description de la cotation A

L'établissement a mis en place une démarche permettant d'assurer la qualité de l'air, adaptée aux secteurs d'activité et aux pratiques réalisées. Elle est basée sur l'application des normes de sécurité, la formation des personnels, la mise en œuvre de contrôles périodiques et des actions d'amélioration.

## RÉFÉRENCE 18

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

### 18.d

#### ► L'élimination des déchets, notamment d'activité 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.

#### Questionnement

- ◆ Quelle organisation est en place pour éliminer les déchets ?
- ◆ Le personnel est-il formé au respect des règles d'hygiène en matière d'élimination des déchets ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Organisation de l'élimination des déchets (classification des déchets, circuits respectifs, protocoles de tri, collecte, transport, stockage, traitement).
- ◆ Formation et sensibilisation des professionnels.
- ◆ Existence de mesures de protection du personnel (déclaration d'accident et matériel sécurisé).
- ◆ Recueil des dysfonctionnements, analyses et actions d'amélioration.

#### Documents à consulter

- ◆ Protocoles.
- ◆ Plan de formation.
- ◆ Signalement des événements indésirables.
- ◆ Contrats prestataires externes.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsable logistique et responsable des secteurs à risque.
- ◆ Correspondant hygiène/membre du CLIN.
- ◆ Gestionnaire de risques.

#### Description de la cotation A

Une organisation d'élimination des déchets est en place. Les professionnels sont formés, des mesures de protection sont en place. Les dysfonctionnements sont régulièrement analysés et suivis d'actions d'amélioration.

## RÉFÉRENCE 18

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

### 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.

#### Questionnement

- ◆ Comment et par qui est évalué le risque infectieux dans tout nouveau projet ?
- ◆ Quelle coordination est mise en place pour tout nouveau projet ou acquisition d'un équipement comportant un risque infectieux ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Consultation du CLIN pour tout projet à risque infectieux potentiel.
- ◆ Association de l'EOHH (ou équivalent) à la coordination des travaux, au choix d'équipement de matériel, d'organisation des locaux.

#### Documents à consulter

- ◆ Comptes rendus de réunions du CLIN et rapport annuel.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Directeur.
- ◆ CLIN/EOHH.
- ◆ Responsable technique.

#### Description de la cotation A

Tout nouveau projet d'aménagement des locaux, d'équipement matériel ou de réorganisation est soumis à la consultation du CLIN pour en apprécier les risques infectieux. Une coordination des acteurs, intégrant l'EOHH est mise en place.

## 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.

À 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 19

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

### 19.a

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

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

#### Questionnement

- ◆ Comment est assuré le suivi de la sécurité des bâtiments, des installations et des équipements ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Identification du responsable.
- ◆ Programme de contrôle (contrôles internes et externes à périodicité définie).
- ◆ Suivi des recommandations consécutives aux contrôles externes.
- ◆ Recueil et prise en compte des dysfonctionnements (panne d'un équipement, absence de fermeture du bâtiment, etc.).

#### Documents à consulter

- ◆ Programme de contrôle sécurité et maintenance.
- ◆ Fiches synthèse sécurité.
- ◆ Comptes rendus du CHSCT.
- ◆ Recueil des dysfonctionnements.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsable technique, personnel de sécurité.
- ◆ Membres du CHSCT.
- ◆ Directeur.

#### Description de la cotation A

Le suivi de la sécurité des bâtiments, des installations et des équipements est assuré. Les dysfonctionnements sont identifiés et traités.



## RÉFÉRENCE 19

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

### 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.

#### Questionnement

- ◆ Comment la prévention du risque incendie est-elle organisée ?
- ◆ Les consignes de sécurité incendie sont-elles connues de l'ensemble du personnel (protocole d'alerte, mesures à prendre en cas d'urgence) ?
- ◆ Des dispositions particulières sont-elles prises pour le risque incendie lié au tabagisme ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Passage de la commission de sécurité.
- ◆ Mise en œuvre des mesures prescrites par la commission de sécurité.
- ◆ Formations actualisées, à périodicité définie, de l'ensemble des personnels.
- ◆ Exercices de simulation réguliers.
- ◆ Connaissance des consignes de sécurité et des protocoles d'alerte par les personnels.
- ◆ Dispositions spécifiques vis-à-vis du risque incendie lié au tabagisme (affichage, livret d'accueil, rappel des règles en cas de non-respect, etc.) et aux autres causes d'incendie (produits inflammables, produits de laboratoire, risque électrique, etc.).

#### Documents à consulter

- ◆ Fiches sécurité incendie.
- ◆ Registre de sécurité incendie.
- ◆ Livret d'accueil du patient et du personnel.
- ◆ Protocoles d'alerte.
- ◆ Plan de formation.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsable technique, sécurité.
- ◆ Directeur.
- ◆ Professionnels.
- ◆ CHSCT.

#### Description de la cotation A

L'établissement s'assure du passage régulier de la commission de sécurité et met en œuvre les mesures prescrites. La formation actualisée, la connaissance des consignes de sécurité et des protocoles d'alerte, les exercices de simulation et les dispositions vis-à-vis du tabagisme complètent le dispositif de prévention.

## RÉFÉRENCE 19

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

### 19.c

#### ► La maintenance préventive et curative est assurée.

##### Questionnement

- ◆ Comment la maintenance préventive des infrastructures et des équipements est-elle assurée ?
- ◆ Comment les interventions sur les infrastructures et les équipements en cas de problème (maintenance curative) sont-elles organisées ?

##### Éléments d'appréciation

- ◆ Plan de maintenance préventive.
- ◆ Coordination de la maintenance curative.
- ◆ Organisation des interventions en urgence (délai d'intervention, identification des équipes d'intervention, numéros d'appel, etc.).
- ◆ Évaluation de l'efficacité du dispositif mis en place.

##### Documents à consulter

- ◆ Plan de maintenance.
- ◆ Tableaux de bord.

##### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsable technique.
- ◆ Professionnels utilisateurs.

##### Description de la cotation A

L'organisation mise en place permet d'assurer la maintenance préventive et curative des infrastructures et des équipements. L'efficacité du dispositif est évaluée.

## RÉFÉRENCE 19

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

### 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.

#### Questionnement

- ◆ Quels sont les protocoles d'alerte et d'intervention disponibles (inondations, incendies, risques électriques) ?
- ◆ Comment ont-ils été élaborés ?
- ◆ Sont-ils connus des professionnels ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Existence de protocoles d'alerte et d'intervention (intrusion, incendie, inondation, etc.).
- ◆ Diffusion à l'ensemble des professionnels.
- ◆ Appropriation par l'ensemble des professionnels.

#### Documents à consulter

- ◆ Protocoles d'alerte et d'intervention.
- ◆ Comptes rendus du CHSCT.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Directeur.
- ◆ Responsable du service technique, sécurité.
- ◆ Membres du CHSCT.
- ◆ Professionnels (y compris de nuit).

#### Description de la cotation A

Il existe des protocoles d'alerte et d'intervention, diffusés à l'ensemble des professionnels. Leur appropriation par les professionnels est effective.

## 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.

## 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.**

#### Questionnement

- ◆ Comment la mise en sécurité des biens des patients et des professionnels est-elle organisée ?
- ◆ Comment les patients et les professionnels sont-ils informés de ces dispositions ?
- ◆ Comment s'assure-t-on de la mise en œuvre de ces dispositions ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Identification des situations mettant en jeu la sécurité des biens.
- ◆ Dispositions appropriées mises en œuvre suivant les situations identifiées, internes et externes à l'établissement, de jour comme de nuit (protection physique telle que coffres, vestiaires – modalités de surveillance telles que gardiennage, vidéosurveillance, etc.).
- ◆ Modalités d'information des patients et professionnels (affichage des consignes de sécurité dans les services, à l'accueil, dans les chambres d'hospitalisation, livret d'accueil).

#### Documents à consulter

- ◆ Livret d'accueil du patient et du personnel.
- ◆ Affichage dans les chambres et services.
- ◆ Registre des plaintes.
- ◆ Procédures (inventaire des biens par exemple).

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Personnel du service des admissions.
- ◆ Personnel de soins.
- ◆ Patients.

#### Description de la cotation A

Des dispositions, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement, sont mises en œuvre pour assurer la conservation des biens des patients et des professionnels.

## RÉFÉRENCE 20

*La sécurité des biens et des personnes est assurée.*

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

### 20.b

► **Des mesures préventives pour assurer la sécurité des personnes sont mises en œuvre.**

#### Questionnement

- ◆ Quelles sont les mesures préventives prises pour assurer la sécurité des personnes ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Mise en œuvre des mesures préventives de sécurité des personnes (sensibilisation des professionnels, vidéosurveillance, agents de sécurité, sécurité de nuit, alarme, dispositif pour travailleurs isolés, etc.).
- ◆ Diffusion des consignes de sécurité aux personnels, aux patients, aux visiteurs.
- ◆ Recueil, analyse, exploitation des événements indésirables et gestion des plaintes.

#### Documents à consulter

- ◆ Livret d'accueil du patient et des personnels.
- ◆ Affichage dans les chambres et services.
- ◆ Registre des événements indésirables et registre des plaintes.
- ◆ Rapport du CHSCT.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Directeur, responsable de la sécurité, gestionnaire de risques.
- ◆ Personnels, patients.
- ◆ Membres du CHSCT, médecin du travail.

#### Description de la cotation A

L'établissement a mis en œuvre les mesures préventives de sécurité des personnes dans tous les secteurs.

## RÉFÉRENCE 20

*La sécurité des biens et des personnes est assurée.*

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

### 20.c

► **Des dispositions d'alerte concernant la sécurité des biens et des personnes sont en place et connues de tous.**

#### Questionnement

- ◆ Quels sont les protocoles d'alerte disponibles ?
- ◆ Comment l'information des personnes sur ces dispositifs est-elle assurée ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Existence de protocoles d'alerte concernant la sécurité des biens et des personnes.
- ◆ Association des professionnels spécialisés à l'élaboration des protocoles.
- ◆ Diffusion au sein de l'établissement des protocoles d'alerte.
- ◆ Recueil des dysfonctionnements.
- ◆ Formation du personnel, le cas échéant.

#### Documents à consulter

- ◆ Protocoles d'alerte.
- ◆ Livret d'accueil du patient et des personnels.
- ◆ Affichage dans les locaux.
- ◆ Registre des dysfonctionnements.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Directeur, responsable de la sécurité, gestionnaire de risques.
- ◆ Membres du CHSCT, médecin du travail.

#### Description de la cotation A

Des dispositions d'alerte concernant la sécurité des biens et de personnes sont mises en œuvre. Les rôles respectifs des professionnels et des patients (entourage) sont connus.

## 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'examen 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 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.

#### Questionnement

- Comment est organisé le recueil des connaissances utiles aux utilisateurs ?
- Quels sont les supports et les modes de communication de ces données ?

#### Éléments d'appréciation

- Définition des besoins des professionnels en termes de contenu et d'accès documentaire.
- Organisation permettant l'accès aux informations spécifiques et adaptées dont les professionnels ont besoin pour la réalisation de leur activité (système informatisé, intranet de l'établissement, diffusion des publications scientifiques).

#### Documents à consulter

- Document de maîtrise documentaire.
- Documents actualisés mis à disposition (sur intranet, autres supports).

#### Personnes à rencontrer

- Responsable de la gestion documentaire.
- Professionnels de santé.
- Responsable du DIM.

#### Description de la cotation A

Le recueil des connaissances utiles aux utilisateurs est organisé. Les supports et le mode de communication en permettent l'accès aux professionnels.

## RÉFÉRENCE 21

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

### 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'examen complémentaires, les rendez-vous, les comptes rendus.

#### Questionnement

- ◆ Comment est organisé le recueil des besoins des utilisateurs pour la prise en charge des patients ?
- ◆ Quels sont les supports et les modes de communication de ces données ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Identification des données nécessaires aux professionnels lors des différents stades de la prise en charge dans les différents secteurs d'activité.
- ◆ Accessibilité de l'information aux professionnels (par exemple : disponibilité des lits, gestion des rendez-vous entre secteur clinique et plateaux médicotechniques et réciproquement, échanges d'informations avec les professionnels extérieurs).

#### Documents à consulter

- ◆ Schéma directeur du système d'information.
- ◆ Documents d'analyse spécifiques (recueil des besoins des utilisateurs ; audits, évaluations).
- ◆ Document retraçant les règles de gestion de l'information.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsable du système d'information.
- ◆ Responsable du DIM.
- ◆ Cadres et professionnels de santé.
- ◆ Secrétaires médicales.

#### Description de la cotation A

L'organisation permet la mise à disposition des professionnels concernés des données nécessaires aux différents stades de la prise en charge du patient en temps utile et dans les différents secteurs d'activité, sous une forme adaptée aux besoins.

## RÉFÉRENCE 21

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

### 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.

#### Questionnement

- ◆ Quels sont les systèmes de communication entre acteurs de la prise en charge, existant dans l'établissement ?
- ◆ Ces systèmes permettent-ils une coordination des professionnels en temps voulu ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Identification des besoins des professionnels en termes de système de communication interne.
- ◆ Organisation définissant les modalités (type d'information, supports, délais, etc.) d'échanges d'informations entre professionnels et secteurs d'activité.

#### Documents à consulter

- ◆ Schéma directeur du système d'information.
- ◆ Projet d'établissement (communication interne).

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsable du système d'information.
- ◆ Professionnels de santé.
- ◆ Responsable du DIM.

#### Description de la cotation A

L'identification, l'organisation et l'adaptation des moyens de communication interne favorisent la coordination en temps voulu des acteurs de la prise en charge du patient.

## RÉFÉRENCE 21

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

### 21.d

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

#### Questionnement

- ◆ Quels sont les échanges de données, entre responsables, nécessaires au pilotage des activités existant dans l'établissement ?
- ◆ Comment ces échanges sont-ils organisés ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Identification des besoins d'information des responsables pour piloter leur activité.
- ◆ Existence de procédures spécifiant les modalités d'échanges des données nécessaires au pilotage des activités (destinataires, contenu, support, délais de transmission, etc.).
- ◆ Existence de documents de recueil (tableaux de bord, etc.).

#### Documents à consulter

- Tableaux de bord.
- Procédures.

#### Personnes à rencontrer

- Directeur.
- Responsable du DIM.
- Responsables des secteurs d'activité.
- Contrôleur de gestion.

#### Description de la cotation A

L'établissement a identifié et recueilli les données nécessaires au suivi de son activité. Les responsables des secteurs d'activité en sont destinataires.

## RÉFÉRENCE 21

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

### 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.

#### **Questionnement**

- ◆ Quels sont les domaines sur lesquels un contrôle de la qualité des données a été développé ?
- ◆ Quelles sont les mesures prises par l'établissement pour s'assurer de la qualité des données dans ces différents domaines ?
- ◆ Comment ces résultats sont-ils exploités ?

#### **Éléments d'appréciation**

- ◆ Identification des acteurs responsables du contrôle de la qualité des données.
- ◆ Existence de procédures définissant les modalités du contrôle de la qualité des données (méthode, fréquence, champ, indicateurs, etc.).
- ◆ Exploitation des résultats.

#### **Documents à consulter**

- ◆ Documents décrivant l'organisation (procédures, comptes rendus d'activité, etc.).
- ◆ Documents de contrôle (audits, enregistrement, etc.).
- ◆ Documents d'exploitation des résultats.
- ◆ Enquête de satisfaction des utilisateurs.
- ◆ Fiches de recueil des dysfonctionnements.

#### **Personnes à rencontrer**

- ◆ Responsable du DIM.
- ◆ Responsable du système d'information.
- ◆ Responsable du secteur administratif (admissions).

#### **Description de la cotation A**

Un contrôle de la qualité des données est effectué régulièrement dans les différents champs du système d'information. L'analyse et l'exploitation de ces contrôles sont également effectuées.

## 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 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).

#### Questionnement

- ◆ L'établissement a-t-il ciblé des problèmes d'identification qui peuvent se poser ?
- ◆ A-t-il défini une politique ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Existence d'un état des lieux portant sur le recensement des modalités, des besoins et des dysfonctionnements liés à l'identification du patient : gestion de la base patient (doublons, perte de données, etc.), documents et dispositifs nominatifs utilisés (tubes de prélèvement, pièces du dossier, etc.), moyens spécifiques d'identification du patient.
- ◆ Existence d'une politique d'identification.
- ◆ Identification des responsables.

#### Documents à consulter

- ◆ Bilans, statistiques et indicateurs.
- ◆ Politique d'identification (chartes, etc.).

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsable du DIM.
- ◆ Responsable du SI.
- ◆ Responsables (admissions, frais de séjour, consultations externes, laboratoires, etc.).

#### Description de la cotation A

À partir d'un état des lieux, l'établissement a défini une politique d'identification du patient et les responsables chargés de sa mise en œuvre et de son suivi.

## RÉFÉRENCE 22

*Une identification fiable et unique du patient est assurée.*

### 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 « dédoublonnage » (correction des caractéristiques d'identité du patient mal saisies, correction de l'identifiant).

#### Questionnement

- ◆ Existe-t-il des procédures de contrôle de l'identification du patient ? Sur quoi portent-elles ?
- ◆ Sont-elles connues et utilisées ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Existence de procédures permettant de contrôler l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge.
- ◆ Organisation permettant leur diffusion et leur mise en œuvre impliquant personnels administratifs et soignants.
- ◆ Évaluation de leur mise en œuvre.

#### Documents à consulter

- ◆ Procédures de gestion de la base patient (création de dossier, recherche de dossier, doublons, etc.).
- ◆ Procédures de contrôle de l'identité lors des soins.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsable du DIM.
- ◆ Responsable du SI.
- ◆ Responsables (admissions, frais de séjour, consultations externes, laboratoires, etc.).

#### Description de la cotation A

Il existe des procédures de contrôle de l'identification du patient tout au long de sa prise en charge. Elles sont diffusées, mises en œuvre et évaluées.



## RÉFÉRENCE 22

*Une identification fiable et unique du patient est assurée.*

### 22.c

► **Lorsque l'établissement échange des données personnelles avec une autre structure sanitaire, il veille à mettre en concordance les identités que les deux structures utilisent (rapprochement).**

#### Questionnement

- ◆ L'établissement a-t-il identifié ses besoins en matière d'échanges de données ?
- ◆ A-t-il défini des modalités assurant la concordance des identités lors des échanges de données ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Existence de modalités de mise en concordance des identités lors des échanges de données.
- ◆ Modalités de suivi et d'évaluation.

#### Documents à consulter

- ◆ Document technique sur les échanges de données.
- ◆ Conventions.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsable du DIM.
- ◆ Responsable du système d'information.
- ◆ Responsables (admissions, laboratoires, radiologie, etc.).

#### Description de la cotation A

Il existe des modalités de mise en concordance des identités lors des échanges de données entre l'établissement et d'autres structures sanitaires. Leur mise en œuvre fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation.

## 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'actions ;
- 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, hotlines, 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 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'actions ;
- 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, hotlines, 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.

#### Questionnement

- ◆ La sécurité du système d'information est-elle appréhendée au plan institutionnel ?
- ◆ Les dispositions nécessaires ont-elles été prises au niveau opérationnel ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Existence d'une personne chargée de la sécurité du SI.
- ◆ Formalisation d'une politique de sécurité et objectifs à long terme.
- ◆ Plans d'actions.
  - Actions sur la confidentialité : sensibilisation du personnel, système d'autorisation, protection physique (armoires, locaux, etc.), attention portée à la circulation des données nominatives hors informatique et à la destruction des documents.
  - Actions pour assurer l'intégrité des données (armoires et locaux sécurisés, sauvegardes, traçabilité des accès...).
  - Actions pour assurer la disponibilité des données (qualité de l'exploitation concernant les pannes et la maintenance, solutions de remplacement utilisées en cas de coupure du système).

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Directeur.
- ◆ Responsable du SI.
- ◆ Responsable du DIM.
- ◆ Responsable sécurité du SI.

#### Documents à consulter

- ◆ Schéma directeur du système d'information.
- ◆ Politique de sécurité, comprenant une politique d'autorisation.
- ◆ Fiche de poste du responsable de la sécurité des SI.
- ◆ Plan de formation.
- ◆ Livret d'accueil du nouveau personnel.
- ◆ Procédures et chartes d'utilisation des ressources informatiques.

#### Description de la cotation A

L'établissement a défini une politique de sécurité, il met en œuvre les mesures nécessaires pour assurer l'intégrité, la disponibilité, la confidentialité des données et l'auditabilité du système d'information.

## RÉFÉRENCE 23

*La sécurité du système d'information est assurée.*

### 23.b

► **La sécurité du système d'information est évaluée lors d'un diagnostic initial puis à périodicité définie.**

#### Questionnement

- ◆ Les évaluations concernant les différentes dimensions de la sécurité sont-elles mises en œuvre ?
- ◆ Des actions sont-elles définies en fonction de ces évaluations ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Évaluation initiale et périodique de la sécurité (identification de risques spécifiques, appréciation du niveau de sécurité).
- ◆ Définition d'actions correspondantes.

#### Documents à consulter

- ◆ Politique de sécurité.
- ◆ Bilan des évaluations de sécurité.
- ◆ Plan d'actions sécurité.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Directeur.
- ◆ Responsable du SI.
- ◆ Responsable du DIM.
- ◆ Responsable sécurité du SI.

#### Description de la cotation A

Des évaluations régulières concernant la sécurité du SI sont mises en œuvre et des actions sont définies en fonction des résultats obtenus.

## RÉFÉRENCE 23

*La sécurité du système d'information est assurée.*

### 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.

#### **Questionnement**

- ◆ Les démarches et formalités prévues concernant les déclarations à la CNIL sont-elles réalisées ?
- ◆ L'information du patient relative à l'informatisation des données le concernant sont-elles réalisées ?

#### **Éléments d'appréciation**

- ◆ Existence de déclaration pour les différentes applications le nécessitant (traitements automatisés classiques, traitements à fin de recherche biomédicale, traitement de bases de données à fin d'évaluation).
- ◆ Organisation mise en place pour assurer les formalités relatives à la CNIL.
- ◆ Information des patients sur leur droit d'accès et de rectification (mention dans le livret d'accueil, affichage au bureau des admissions, sur les lieux de soins et consultations).

#### **Personnes à rencontrer**

- ◆ Responsable du SI.
- ◆ Responsable du DIM.
- ◆ Responsable sécurité.

#### **Documents à consulter**

- ◆ État des déclarations à la CNIL.
- ◆ Livret d'accueil, documents d'information du patient.
- ◆ Affichages.

#### **Description de la cotation A**

Les démarches et formalités prévues concernant les déclarations à la CNIL et l'information du patient sont réalisées.

## 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'informations 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.

## 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.

#### Questionnement

- ◆ L'établissement a-t-il défini des règles visant à structurer le dossier du patient ?
- ◆ Le rôle et la responsabilité des professionnels dans la gestion du dossier du patient sont-ils définis et connus ?
- ◆ Comment l'établissement s'assure-t-il de cette connaissance ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Outils élaborés (guide, procédures, etc.) précisant le contenu du dossier (pièces définies par la réglementation) ainsi que sa tenue.
- ◆ Information des professionnels sur les règles de tenue du dossier.
- ◆ Mise en œuvre de ces règles par les différents intervenants.
- ◆ Évaluation de l'utilisation de ces règles.

#### Documents à consulter

- ◆ Documents précisant les modalités de tenue du dossier (guide, procédures, etc.).
- ◆ Résultats d'audit d'évaluation des dossiers, le cas échéant.
- ◆ Procès-verbaux de réunions des instances ou de groupes de travail dédiés à la qualité du dossier.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Président de la CME.
- ◆ Directeur des soins.
- ◆ Personnels médical et paramédical.
- ◆ Secrétaires médicales.
- ◆ Responsable du DIM et/ou des archives médicales.

#### Description de la cotation A

Des règles définissant le contenu et la tenue du dossier du patient sont élaborées. Elles sont connues des professionnels concernés et l'établissement s'assure de leur utilisation.

## RÉFÉRENCE 24

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

### 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.

#### Questionnement

- ◆ L'établissement a-t-il défini des règles de communication du dossier du patient en interne et en externe ?
- ◆ Comment l'établissement s'assure-t-il de la mise en œuvre de ces règles ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Organisation des règles de communication du dossier entre les professionnels de l'établissement et avec les correspondants extérieurs.
- ◆ Organisation des règles de communication du dossier au patient et aux ayants droit.
- ◆ Information des professionnels sur ces règles.
- ◆ Mise en œuvre de ces règles par les professionnels.
- ◆ Évaluation de l'utilisation de ces règles.

#### Documents à consulter

- ◆ Documents précisant les modalités de communication du dossier (guide, procédures, etc.).
- ◆ Procès-verbaux de réunions des instances.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Président de la CME.
- ◆ Directeur des soins.
- ◆ Personnel médical et paramédical.
- ◆ Secrétaires médicales.
- ◆ Responsable du DIM.

#### Description de la cotation A

Des règles précisant les modalités de communication du dossier du patient sont élaborées. Elles sont connues des professionnels concernés et l'établissement s'assure de leur utilisation.



## RÉFÉRENCE 24

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

### 24.c

► **Les règles de conservation du dossier du patient sont connues des professionnels concernés.**

#### Questionnement

- ◆ Comment est organisé le processus de conservation des dossiers ?
- ◆ Comment les règles de conservation ont-elles été définies et communiquées ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Définition des règles de conservation applicables au dossier du patient.
- ◆ Identification des professionnels concernés.
- ◆ Information et/ou formation des professionnels concernés.
- ◆ Implication des instances et des responsables de secteur dans le dispositif.

#### Documents à consulter

- ◆ Documents précisant les modalités de conservation des dossiers.
- ◆ Procès-verbaux des réunions des instances ou du groupe de travail dédié à la qualité du dossier.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Président de la CME.
- ◆ Directeur des soins.
- ◆ Personnel médical et paramédical.
- ◆ Secrétaires médicales.
- ◆ Responsable du DIM et/ou des archives médicales.
- ◆ Archiviste.

#### Description de la cotation A

L'établissement a développé une communication et/ou une formation régulière des professionnels concernés sur les règles de conservation du dossier du patient. Il s'assure de leur application.

## RÉFÉRENCE 24

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

### 24.d

► **Les professionnels connaissent leurs responsabilités dans la préservation de la confidentialité des données personnelles.**

#### Questionnement

- ◆ Quels sont les professionnels concernés par la préservation de la confidentialité des données ?
- ◆ Comment ces professionnels connaissent-ils leur responsabilité dans ce domaine ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Identification des professionnels concernés par la préservation de la confidentialité des données et traduction de cette contrainte en termes de responsabilités (fiches de fonction, fiches de poste, etc.).
- ◆ Identification des règles de préservation de la confidentialité en fonction des activités et des besoins (lois, règlements, circuits de gestion du dossier, communication intersecteurs, destruction, demandes des patients ou de l'entourage, etc.).
- ◆ Organisation d'une communication et/ou d'une formation adaptées aux professionnels concernés

#### Documents à consulter

- ◆ Document décrivant la réflexion sur ce sujet et procès-verbaux des instances et des secteurs d'activité.
- ◆ Livret d'accueil du personnel.
- ◆ Fiches de fonction et/ou de poste, le cas échéant.
- ◆ Actions de communication et/ou de formation.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Président de la CME.
- ◆ Directeur des soins.
- ◆ Personnel médical et paramédical.
- ◆ Secrétaires médicales.
- ◆ Responsable du DIM et/ou des archives médicales.
- ◆ Archiviste.

#### Description de la cotation A

Les professionnels concernés par la confidentialité des données personnelles sont identifiés. Les règles garantissant sa préservation sont connues.

## RÉFÉRENCE 24

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

### 24.e

► **L'accès aux dossiers est organisé pour le patient et/ou les personnes habilitées.**

#### Questionnement

- ◆ Comment sont définies et connues les personnes habilitées à accéder au dossier ?
- ◆ Quelles modalités sont mises en œuvre pour permettre l'accès du patient à son dossier ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Modalités d'identification des personnes habilitées.
- ◆ Organisation de l'accès du patient et des professionnels habilités au dossier.
- ◆ Communication et/ou formation aux professionnels concernés.
- ◆ Information du patient et de ses ayants droit.
- ◆ Implication des instances et des responsables de secteur dans le dispositif.

#### Documents à consulter

- ◆ Document décrivant l'organisation mise en place.
- ◆ Procès-verbaux de réunion des instances, rapport annuel de la CRU.
- ◆ Actions de communication et/ou de formation.
- ◆ Livret d'accueil du patient, livret d'accueil du personnel.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Président de la CME.
- ◆ Directeur des soins.
- ◆ Personnel médical et paramédical.
- ◆ Secrétaires médicales.
- ◆ Responsable du DIM et/ou des archives médicales.
- ◆ Archiviste.

#### Description de la cotation A

L'organisation mise en place par les responsables assure l'accès au dossier pour le patient et les personnes habilitées. Elle est connue des professionnels et des patients.

## CHAPITRE 3. PRISE EN CHARGE DU PATIENT

---

**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 medicotechniques 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 clinique.

**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 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 médicosociales, 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.

## RÉFÉRENCE 25

*Les responsables 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.

#### Questionnement

- ◆ Chaque secteur d'activité a-t-il un projet ? Comment et par qui le projet est-il élaboré ?
- ◆ Y a-t-il une cohérence entre les projets des secteurs d'activité et les choix stratégiques de l'établissement ?
- ◆ Quelle est l'implication des responsables de secteur d'activité dans la réflexion stratégique de l'établissement ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Analyse de l'activité du secteur.
- ◆ Existence de projets par secteur d'activité.
- ◆ Prise en compte des orientations stratégiques dans ces projets.

#### Documents à consulter

- ◆ Projets de service ou de secteurs d'activité et tableaux de bord.
- ◆ Comptes rendus des conseils de service (public) ou équivalent.
- ◆ Comptes rendus de réunions entre la direction et les responsables des secteurs d'activité.
- ◆ Procès-verbaux des instances.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Chefs de service ou responsables de secteurs d'activité.
- ◆ Encadrement.
- ◆ Président de la CME.
- ◆ Directeur.
- ◆ Coordonnateur ou directeur des soins.
- ◆ Membres des conseils de service (ou équivalent).

#### Description de la cotation A

Les responsables de chaque secteur d'activité élaborent un projet qui s'inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement.

## RÉFÉRENCE 25

*Les responsables 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.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.

#### Questionnement

- ◆ Comment l'organisation du secteur est-elle formalisée ?
- ◆ Quels sont les moyens (outils) utilisés pour analyser les moyens nécessaires au fonctionnement de l'organisation ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Définition du champ des délégations de responsabilité des responsables des services.
- ◆ Organisation du secteur (existence d'un budget de service, règlement intérieur du service, tableaux de bord, procédures).
- ◆ Modalités d'adéquation entre les affectations des professionnels et les compétences requises.
- ◆ Définition des moyens nécessaires aux objectifs d'activité (existence d'outils permettant de définir les moyens : démarche d'évaluation de la charge de travail).
- ◆ Organisation pour le suivi des moyens et pour les réajustements éventuels en fonction des objectifs de gestion.

#### Documents à consulter

- ◆ Organigramme spécifique et, le cas échéant, plaquettes de présentation des services.
- ◆ Planning prévisionnels.
- ◆ Tableaux de bord.
- ◆ Procédures et protocoles (achat, commandes en urgence, remplacement du personnel).

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Cadres et/ou chef de service, médecins responsables du secteur d'activité.
- ◆ Contrôleur de gestion et/ou responsable financier.

#### Description de la cotation A

L'implication des responsables permet d'assurer une organisation compétente et efficace de leur secteur d'activité.

## RÉFÉRENCE 25

*Les responsables 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.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 médicosociales, sociales, ou de maisons médicales.

#### Questionnement

- ◆ Quelles sont les modalités de complémentarité mises et à mettre en œuvre ?
- ◆ Quels sont les résultats attendus en termes de bénéfice pour le patient et/ou le service ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Définition des complémentarités en interne et en externe au regard des bénéfices attendus pour le patient.
- ◆ Identification des réseaux de santé au regard de la discipline exercée.
- ◆ Mode de fonctionnement du service dans le cadre du réseau et des partenariats.
- ◆ Formalisation de la complémentarité.

#### Documents à consulter

- ◆ Projet de service, protocoles et fiches de liaison.
- ◆ Conventions, comptes rendus de réunions ou staffs multidisciplinaires.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Médecins responsables.
- ◆ Encadrement soignant.

#### Description de la cotation A

Les responsables des secteurs d'activité définissent ou participent à la définition des champs de complémentarité et de partenariat potentiel. L'organisation mise en place est formalisée et les modes de fonctionnement permettent d'en assurer le suivi.



## RÉFÉRENCE 25

*Les responsables 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.d

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

#### Questionnement

- ◆ Y a-t-il une définition du champ de décision pour chaque responsable ?
- ◆ Quelles sont les modalités de prise de décisions ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Modalités de prise de décisions.
- ◆ Identification du processus décisionnel en cas d'urgence et/ou en cas de délégation.
- ◆ Modalités de diffusion des décisions prises.

#### Documents à consulter

- ◆ Fiches de poste, délégations de signatures.
- ◆ Comptes rendus de réunions de service.
- ◆ Procédures d'urgence.
- ◆ Supports de communication.
- ◆ Notes de service.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Médecins responsables.
- ◆ Encadrement soignant.

#### Description de la cotation A

Les responsables des secteurs d'activité définissent leur processus décisionnel dans le cadre de leurs attributions.

## RÉFÉRENCE 25

*Les responsables 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.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.

#### Questionnement

- ◆ Quels sont les moyens dont disposent les responsables pour favoriser l'adhésion et motiver leurs personnels ?
- ◆ Comment se manifestent l'adhésion et la motivation des personnels ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Modalités d'appréciation et de communication sur les performances collectives.
- ◆ Modalités d'échanges entre l'encadrement et les équipes pour les projets relatifs à l'organisation et à la vie du service.
- ◆ Moyens mis en œuvre pour favoriser la motivation des personnels (délégation de responsabilités, entretiens individuels réguliers entre le responsable et les membres de l'équipe, formation, promotion, invitations à des colloques, gratifications financières).
- ◆ Évaluation de l'absentéisme et du turnover dans les services.

#### Documents à consulter

- ◆ Plan de formation.
- ◆ Projets de service et/ou de pôle, comptes rendus de réunions, notes de service.
- ◆ Affichages événementiels, participation à des colloques, congrès.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Médecins responsables.
- ◆ Encadrement soignant.
- ◆ Personnels du service.

#### Description de la cotation A

Les responsables s'impliquent dans le développement de la motivation de leur équipe. Des moyens et mécanismes d'intéressement sont mis en œuvre pour favoriser la motivation tant individuelle que collective.

## RÉFÉRENCE 25

*Les responsables 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.f

► **Les responsables veillent à la bonne utilisation des moyens alloués.**

#### Questionnement

- ◆ Comment l'organisation de l'établissement associe-t-elle les responsables pour l'allocation et le suivi des ressources et moyens concernant leur secteur ?
- ◆ De quels outils les responsables disposent-ils pour maîtriser l'efficacité dans leur secteur ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Définition des moyens alloués (budget, etc.).
- ◆ Modalités d'organisation du secteur d'activité (procédures d'approvisionnement des services, planning).
- ◆ Transmission régulière des tableaux de bord.
- ◆ Modalités de coordination et de régulation (réunions de service, procédures, etc.).

#### Documents à consulter

- ◆ Gestion du budget d'exploitation, tableaux de bord, tableau des emplois et des effectifs.
- ◆ Bilans d'activité.
- ◆ Procédures et protocoles.
- ◆ Tableau de service du personnel soignant.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Médecins responsables.
- ◆ Encadrement soignant.
- ◆ Directeur financier et, le cas échéant, coordonnateur administratif des délégations.

#### Description de la cotation A

Les responsables s'impliquent dans l'efficacité de leur secteur d'activité et disposent d'outils et de moyens permettant de s'assurer de la bonne utilisation des ressources.

## RÉFÉRENCE 25

*Les responsables 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.g

► **Les responsables initient et suivent les démarches d'évaluation et d'amélioration.**

#### Questionnement

- ♦ La démarche qualité est-elle formalisée en tant qu'objectif du service ?
- ♦ Le rôle des responsables est-il clairement défini ?
- ♦ Les responsables sont-ils formés aux principes et outils de la démarche qualité ?

#### Éléments d'appréciation

- ♦ Définition du rôle des responsables dans le dispositif d'évaluation et d'amélioration.
- ♦ Définition d'indicateurs de suivi et de résultats.
- ♦ Formations ciblées sur la qualité et l'évaluation.
- ♦ Tableaux de bord de suivi des actions correctives.
- ♦ Communication des résultats.
- ♦ Partages d'expériences, *benchmarking*.
- ♦ Processus d'évaluation de la satisfaction des patients, des correspondants extérieurs et des personnels ; indicateurs.

#### Documents à consulter

- ♦ Enquêtes de satisfaction, résultats d'audit.
- ♦ Comptes rendus de réunions de service.
- ♦ Notes de service.
- ♦ Projets de service.
- ♦ Résultats du suivi des événements indésirables par service.
- ♦ Retours des questionnaires de satisfaction des patients et des réponses de la direction suite aux plaintes des patients.

#### Personnes à rencontrer

- ♦ Médecins responsables, encadrement soignant.
- ♦ Référents qualité.
- ♦ Correspondants hygiène.

#### Description de la cotation A

Les responsables sont institutionnellement impliqués dans l'évaluation et l'amélioration des performances de leur secteur d'activité. Ils disposent des outils et de la formation pour le faire.

## 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 (par 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 26

*Les droits et la dignité du patient sont respectés.*

### 26.a

#### ► La confidentialité des informations relatives au patient est garantie.

##### SOINS DE COURTE DURÉE – SOINS DE SUITE OU DE RÉADAPTATION

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 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.

##### PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE

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-divulgaration 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.

##### SOINS DE LONGUE DURÉE

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.

##### HOSPITALISATION À DOMICILE

Parmi les moyens d'assurer la confidentialité, on peut citer la discrétion des véhicules lors des visites 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.

#### Questionnement

- ◆ Les pratiques professionnelles permettent-elles d'assurer le respect de la confidentialité concernant les informations personnelles, médicales et sociales des patients ?
- ◆ Les locaux sont-ils organisés de façon à garantir le respect de la confidentialité des informations ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Conditions d'entretien et d'examen respectant la confidentialité (accueil approprié, lieux d'examen médical et modalités de visite, etc.).
- ◆ Respect de la confidentialité des données à caractère médical ou social (pochette opaque lors du transport des dossiers nominatifs, etc.).
- ◆ Pratiques des professionnels respectant le secret professionnel (transmissions orales d'informations uniquement dans des lieux appropriés, etc.).
- ◆ Dispositions prévues pour assurer la non-divulgaration de la présence.
- ◆ Sensibilisation des professionnels sur le thème de la confidentialité (contrats de travail, formation, groupes thématiques, rappel des bonnes pratiques sur le thème, etc.).

#### Documents à consulter

- ◆ Procès-verbaux de groupes thématiques.
- ◆ Protocoles, notes de service.
- ◆ Contrat de travail (établissements privés).
- ◆ Livret d'accueil du personnel.
- ◆ Comptes rendus des instances (CA, CME, CSS, etc.).

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Secrétaires médicales.
- ◆ Personnel du standard et des admissions.
- ◆ Professionnels de santé.
- ◆ Brancardiers.

### **Description de la cotation A**

Les pratiques professionnelles et les moyens mis en place, en particulier les actions de sensibilisation, permettent d'assurer le respect de la confidentialité des données à caractère médical ou social et leur accès par les seules personnes autorisées.

## RÉFÉRENCE 26

*Les droits et la dignité du patient sont respectés.*

### 26.b

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

#### SOINS DE COURTE DURÉE – HOSPITALISATION À DOMICILE

Le respect de la dignité peut concerner les modalités de dialogue entre soignants et patients (par 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.

#### PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE

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

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.

#### SOINS DE SUITE OU DE RÉADAPTATION

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

#### SOINS DE LONGUE DURÉE

Le respect de la dignité peut concerner les modalités de dialogue entre le personnel et les résidents (par exemple : réflexion sur l'utilisation du tutoiement). Les résidents portent une tenue de ville, le jour.

### Questionnement

- ◆ Les pratiques professionnelles permettent-elles d'assurer le respect de la dignité et l'intimité des patients ?
- ◆ L'établissement a-t-il identifié et prévenu les situations potentiellement préjudiciables à la dignité et à l'intimité du patient ?

### Éléments d'appréciation

- ◆ Conditions d'entretien et d'examen respectant la dignité et l'intimité (visite en présence d'étudiants, non respect de conditions du colloque singulier, retrait des effets personnels non justifié, etc.).
- ◆ Pratiques professionnelles respectant la dignité des patients (familiarité des professionnels, etc.).
- ◆ Pratiques professionnelles respectant l'intimité des patients (soins et toilette sans précaution, etc.).
- ◆ Sensibilisation des professionnels sur le thème du respect de la dignité et de l'intimité des patients (formation, groupes thématiques, rappel des bonnes pratiques, etc.).

### Documents à consulter

- ◆ Plan de formation continue.
- ◆ Protocoles, notes de service.
- ◆ Livret d'accueil du personnel.
- ◆ Comptes rendus des instances (CA, CME, CSS, etc.).
- ◆ Rapport annuel de la CRU, registre des plaintes.

### Personnes à rencontrer

- ◆ Patients.
- ◆ Représentants d'usagers.
- ◆ Professionnels de santé.

### Description de la cotation A

Les pratiques professionnelles et les moyens mis en place, en particulier les actions de sensibilisation, permettent d'assurer le respect de la dignité et de l'intimité des patients.



## RÉFÉRENCE 26

*Les droits et la dignité du patient sont respectés.*

### 26.c

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

#### SOINS DE COURTE DURE – PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE – SOINS DE SUITE OU DE RÉADAPTATION

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.

#### SOINS DE LONGUE DURÉE – HOSPITALISATION À DOMICILE

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.

#### Questionnement

- ◆ Les professionnels sont-ils sensibilisés à la prévention de la maltraitance ?
- ◆ Les conduites à tenir en matière de signalement de maltraitance sont-elles formalisées ?
- ◆ Les professionnels appliquent-ils les recommandations de bonnes pratiques en matière de contention ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance, voire à la promotion de la bien-traitance.
- ◆ Identification des personnes et des situations à risque de maltraitance.
- ◆ Mise en place d'un dispositif de signalement interne et externe (par exemple : conduites à tenir formalisées).
- ◆ Respect des bonnes pratiques en matière de contention (et d'isolement thérapeutique en psychiatrie).

#### Documents à consulter

- ◆ Protocoles.
- ◆ Règlement intérieur.
- ◆ Affiches informatives.
- ◆ Rapport annuel de la CRU, registre des plaintes.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Assistantes sociales.
- ◆ Directeur des soins.
- ◆ Représentants d'usagers.

#### Description de la cotation A

Les professionnels sont sensibilisés à la prévention de la maltraitance et appliquent les bonnes pratiques notamment en matière de contention. Les situations à risque sont identifiées et un système de signalement est en place.

## RÉFÉRENCE 26

*Les droits et la dignité du patient sont respectés.*

### 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.

##### SOINS DE LONGUE DURÉE

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.

##### 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.

#### Questionnement

- ◆ Quelles sont les modalités de recueil et de la mise en œuvre du respect de la volonté du patient ?
- ◆ Quelles sont les dispositions prises pour faciliter le respect des croyances et des convictions religieuses des patients ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Écoute, recueil et mise en œuvre de la volonté (directives anticipées le cas échéant) du patient.
- ◆ Recueil du consentement éclairé.
- ◆ Respect des croyances, convictions religieuses et différences culturelles dans les limites du possible et de la déontologie médicale (régime alimentaire, transfusions, etc.).
- ◆ Information et recours possibles aux ministres des principaux cultes de la population accueillie.

#### Documents à consulter

- ◆ Dossiers de patients.
- ◆ Livret d'accueil.
- ◆ Affichage concernant les différents cultes.
- ◆ Comptes rendus et rapport annuel de la CRU, registre des plaintes.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Professionnels de santé.
- ◆ Ministres des cultes.
- ◆ Représentants d'usagers.

#### Description de la cotation A

La volonté du patient est respectée pour ce qui concerne l'acceptation des soins, les pratiques religieuses et culturelles, dans les limites du possible et de la déontologie médicale.

## RÉFÉRENCE 26

*Les droits et la dignité du patient sont respectés.*

### 26.e

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

#### Questionnement

- ♦ Une formation ou des actions de sensibilisation concernant l'écoute et le respect des droits des patients sont-elles organisées ?

#### Éléments d'appréciation

- ♦ Existence de formations et/ou d'actions de sensibilisation à l'écoute et au respect des droits des patients.
- ♦ Participation à ces formations.
- ♦ Appréciation ou évaluation des formations par les professionnels.

#### Documents à consulter

- ♦ Plan de formation.
- ♦ Procédure d'intégration des nouveaux arrivants.
- ♦ Résultats des évaluations des formations.

#### Personnes à rencontrer

- ♦ Responsable formation.
- ♦ Membres de la CRU.
- ♦ Professionnels de santé.

#### Description de la cotation A

Des formations et des actions de sensibilisation sur le thème du respect des droits et de la dignité du patient sont organisées et suivies.

## 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 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.

##### SOINS DE COURTE DURÉE – HOSPITALISATION À DOMICILE

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

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.

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.

##### SOINS DE LONGUE DURÉE

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.

#### Questionnement

- ◆ Comment sont rassemblées les informations de santé, sociales et familiales antérieures à sa prise en charge ?
- ◆ Comment le personnel médical et non médical est-il sensibilisé à la recherche systématique de situations particulières ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Recueil de l'ensemble des antécédents médicaux du patient (traitements, médicaments, etc.).
- ◆ Prise en compte pour l'accueil des spécificités et exigences de chaque patient sur plusieurs plans (délais d'attente, autonomie, allergies, prises médicamenteuses, alimentaire, etc.).
- ◆ Recueil des volontés et contraintes du patient sur plusieurs plans (recueil des coordonnées de la personne de confiance et de la personne à prévenir, conditions sociales, familiales, et convictions, etc.).
- ◆ Coordination des professionnels y compris en amont de l'établissement (communication des informations, répartition des tâches, etc.).

#### Documents à consulter

- ◆ Procédures d'accueil (personnel concerné, personnel social, remise de document, recensement des besoins et attentes).
- ◆ Documents supports (fiche d'évaluation initiale, documents d'information, etc.).
- ◆ Livret d'accueil du patient.
- ◆ Dossier du patient (préadmission, bon d'examen, prise médicamenteuse antérieure, hospitalisations antérieures, etc.).

### **Personnes à rencontrer**

- ◆ Hôtesse d'accueil.
- ◆ Assistante sociale.
- ◆ Tout personnel soignant ou médical situé à un point d'accueil...

### **Description de la cotation A**

Les informations concernant les besoins et les attentes du patient sont recherchées, rassemblées aux moments d'accueil et sont disponibles.

## RÉFÉRENCE 27

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

### 27.b

► **Le patient (résident) reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de son séjour.**

#### Questionnement

- ◆ Comment le personnel d'accueil est-il formé à l'accueil et à l'écoute du patient ?
- ◆ Comment est prise en compte la capacité de compréhension et d'écoute du patient lorsque lui est délivrée l'information le concernant ? (notamment choix du moment, des mots, du contexte... adaptés).

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Organisation permettant de délivrer une information claire, compréhensible et adaptée.
- ◆ Organisation permettant au patient d'obtenir des informations complémentaires.
- ◆ Adaptation des informations aux capacités du patient (handicap, langue, âge, aides sociales, etc.).
- ◆ Informations du patient sur ses droits et devoirs.

#### Documents à consulter

- ◆ Supports documentaires complétant l'information.
- ◆ Dossier de patient.
- ◆ Enquête de satisfaction du patient ou audits, ou évaluation ciblées, etc.
- ◆ Livret d'accueil du patient (éventuellement traduit).
- ◆ Règlement intérieur applicable aux patients.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Personnel participant à l'accueil.
- ◆ Patient et son entourage.
- ◆ Représentant d'usagers.

#### Description de la cotation A

Les conditions de l'accueil, la sensibilisation du personnel et les supports d'information font que les patients reçoivent une information claire et adaptée sur les conditions de son séjour.

## RÉFÉRENCE 27

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

### 27.c

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

##### SOINS DE COURTE DURÉE – PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE – SOINS DE LONGUE DURÉE – SOINS DE SUITE OU DE RÉADAPTATION

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.

##### HOSPITALISATION À DOMICILE

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.

Le domicile est évalué en vue de son adaptation au handicap du patient.

#### Questionnement

- ◆ Comment le personnel d'accueil est-il formé à l'accueil, à l'écoute, au repérage, et aux gestes d'accompagnement d'un handicap physique et/ou mental ?
- ◆ Comment l'établissement organise-t-il ses moyens pour pallier le handicap (largeur des portes, sens d'ouverture des portes, braille disponible, brancards sécurisés, barres latérales, poignées de relèvement dans les toilettes, sol antidérapant, etc.) ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Configuration de la structure (architecture, hygiène, signalisation, système antifugue, etc.).
- ◆ Adaptation de l'organisation (prise en compte des handicaps sensoriels, moteurs et psychiques, etc.).
- ◆ Recherche de tout type de situations devenues handicapantes pour le patient (prise médicamenteuse, risque de chute, de par sa prise en charge, de par l'alitement prolongé, etc.).

#### Documents à consulter

- ◆ Documents d'information adaptés aux handicaps.
- ◆ Protocoles.
- ◆ Procès-verbaux des commissions de sécurité.
- ◆ Enquête de satisfaction du patient ou audit ou évaluation ciblée.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Professionnels pouvant accueillir des personnes handicapées.

#### Description de la cotation A

L'établissement s'organise pour rendre l'ensemble des secteurs d'activité concernant le patient accessible aux handicapés.



## RÉFÉRENCE 27

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

### 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.

##### Questionnement

- ◆ Les règles gérant l'accueil sont-elles définies ?
- ◆ Assurent-elles une réponse permanente et adaptée aux différents types de prise en charge ?

##### Éléments d'appréciation

- ◆ Accueil des patients et de l'entourage organisé selon des modalités définies (permanence, accès téléphonique, responsabilités, etc.).
- ◆ Réponse adaptée aux types de prise en charge (transfert vers une autre structure, appel de spécialistes, information de l'entourage, etc.).

##### Documents à consulter

- ◆ Enquête de satisfaction du patient ou audit ou évaluation ciblée.
- ◆ Livret d'accueil du patient.
- ◆ Documents organisant l'accueil (procédures, planning, note de service, etc.).

##### Personnes à rencontrer

- ◆ Personnel participant à l'accueil.
- ◆ Patient et entourage.

##### Description de la cotation A

Les règles gérant l'accueil sont définies et assurent une réponse permanente et adaptée aux différents types de prise en charge.

## RÉFÉRENCE 27

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

### 27.e

► **Une procédure spécifique d'accueil des détenus est organisée dans les établissements concernés.**

#### SOINS DE COURTE DURÉE – PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE

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

#### SOINS DE SUITE OU DE RÉADAPTATION – SOINS DE LONGUE DURÉE – HOSPITALISATION À DOMICILE

| Non applicable.

#### Questionnement

- ◆ Comment l'établissement maîtrise-t-il les risques et les contraintes liées à cet accueil spécifique ?
- ◆ Comment l'établissement facilite-t-il la planification des soins des patients détenus ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Identification des conditions de prise en charge spécifiques.
- ◆ Respect des conditions pour les patients, y compris le patient détenu, et pour le personnel en matière de sécurité, de dignité et de confidentialité.
- ◆ Communication par le milieu carcéral à l'établissement des éléments sociaux et médicaux du patient.

#### Documents à consulter

- ◆ Procédure d'accueil spécifique.
- ◆ Conventions avec l'administration pénitentiaire et/ou les structures de soins carcérales.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Professionnels participant à l'accueil.
- ◆ Agents de sécurité.

#### Description de la cotation A

L'établissement s'est organisé pour accueillir les détenus dans des conditions respectant la sécurité, la dignité et la discrétion.

## Référence 28

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

SOINS DE SUITE OU DE RÉADAPTATION – SOINS DE LONGUE DURÉE - HOSPITALISATION A DOMICILE

Non applicable.

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

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

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.

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 28

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

SOINS DE SUITE OU DE RÉADAPTATION – SOINS DE LONGUE DURÉE - HOSPITALISATION A DOMICILE

Non applicable.

### 28.a

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

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

#### Questionnement

- ◆ Comment l'accueil au service des urgences est-il organisé ?
- ◆ Le personnel d'accueil reçoit-il une formation spécifique ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Existence d'une organisation de l'accueil au service des urgences [définition des responsabilités, implication de la commission des admissions et des consultations non programmées ou équivalent, procédure d'accueil, circuits particuliers (permanence d'accès aux soins de santé des plus démunis – PASS – soins immédiats, soins rapides non immédiats, patients debout, patients couchés, traumatologie, etc.).
- ◆ Enregistrement des passages.
- ◆ Formation spécifique du personnel d'accueil (réactivité aux situations d'urgence, manutention des patients, gestion de la violence et du stress, etc.).
- ◆ Identification du personnel d'accueil et d'orientation.

#### Documents à consulter

- ◆ Procédure d'accueil au service des urgences.
- ◆ Plan de formation du personnel d'accueil.
- ◆ Livret d'accueil du patient.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Représentant de la commission des admissions et des consultations non programmées (ou équivalent).
- ◆ Responsables médicaux et soignants des urgences.
- ◆ Infirmière d'accueil et d'orientation.
- ◆ Assistante sociale.
- ◆ Secrétaire et agents d'accueil et de sécurité (s'il y en a).

#### Description de la cotation A

L'accueil des patients au service des urgences est organisé par un personnel dédié, formé et identifié.

## RÉFÉRENCE 28

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

SOINS DE SUITE OU DE RÉADAPTATION – SOINS DE LONGUE DURÉE - HOSPITALISATION A DOMICILE

Non applicable.

### 28.b

► **Selon le degré d'urgence, une prise en charge, une réorientation ou un transfert sont organisés dans un délai compatible avec les impératifs de sécurité.**

#### Questionnement

- ◆ Quelle organisation est en place pour une réponse adaptée au degré d'urgence ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Modalités d'organisation de la prise en charge en fonction du degré d'urgence (existence de conventions de partenariat externes, de procédures internes de prise en charge, contrats-relais, le cas échéant).
- ◆ Organisation du transport et de la prise en charge sociale.
- ◆ Système d'information adapté.
- ◆ Suivi et analyse des délais d'attente en fonction du degré d'urgence.
- ◆ Recueil, analyse, exploitation des événements indésirables.

#### Documents à consulter

- ◆ Dossiers de patients.
- ◆ Conventions de partenariats externes, procédures (de sortie, de transfert, en cas de fugue, etc.), contrats relais.
- ◆ Analyse des délais d'attente, registre d'événements indésirables.
- ◆ Rapport d'activité annuel.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Représentant de la commission des admissions et des consultations non programmées (ou équivalent).
- ◆ Responsables médicaux et soignants.
- ◆ Gestionnaire de risques (ou équivalent), responsable qualité.
- ◆ Patients et/ou représentants d'usagers.

#### Description de la cotation A

L'organisation en place permet aux professionnels de santé la mise en œuvre de la décision de prise en charge, de réorientation ou de transfert des patients dans des délais compatibles avec leur état de santé.

## RÉFÉRENCE 28

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

SOINS DE SUITE OU DE RÉADAPTATION – SOINS DE LONGUE DURÉE - HOSPITALISATION A DOMICILE

Non applicable.

### 28.c

► **Le recours à un avis spécialisé est organisé selon les besoins.**

#### Questionnement

- ◆ Comment le recours aux spécialistes est-il organisé ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Modalités d'organisation du recours aux spécialistes (implication de la commission des admissions et des consultations non programmées ou équivalent, tableaux de permanence des soins des spécialistes et équipes mobiles, télésanté le cas échéant).
- ◆ Définition et connaissance par les personnels des modalités de contact des spécialistes et équipes mobiles.
- ◆ Évaluation de la disponibilité du spécialiste dans des délais adaptés.

#### Documents à consulter

- ◆ Dossiers du patient.
- ◆ Conventions/procédures d'organisation du recours aux spécialistes.
- ◆ Tableaux de permanence des soins.
- ◆ Analyse des délais d'attente pour la consultation des spécialistes, procès-verbaux de la commission des admissions et soins non programmés.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Représentant de la commission des admissions et des consultations non programmées (ou équivalent).
- ◆ Président de la CME.
- ◆ Responsables médicaux et soignants du service des urgences.
- ◆ Patients, représentant d'usagers.

#### Description de la cotation A

L'organisation du recours aux spécialistes assure leur intervention dans des délais compatibles avec la sécurité des patients.

## RÉFÉRENCE 28

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

SOINS DE SUITE OU DE RÉADAPTATION – SOINS DE LONGUE DURÉE - HOSPITALISATION A DOMICILE

| Non applicable.

### 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.

#### Questionnement

- ◆ Comment l'établissement s'est-il organisé pour évaluer et analyser régulièrement la disponibilité des lits d'hospitalisation ?
- ◆ Quelles sont les actions mises en œuvre, le cas échéant, pour réduire le délai d'attente d'un lit d'hospitalisation ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Modalités d'organisation (implication de la commission des admissions et des consultations non programmées ou équivalent, centralisation de la gestion des lits, information en temps réel sur les lits disponibles).
- ◆ Recueil, analyse et exploitation d'indicateurs (délai d'attente d'un lit d'hospitalisation pour les patients passant par le service des urgences, hospitalisations dans les services inappropriés, etc.) et des événements indésirables.
- ◆ Développement d'actions visant à augmenter la disponibilité des lits.
- ◆ Développement de modes d'hospitalisation (très courte et courte durée, hospitalisation de semaine, etc.).
- ◆ Définition des capacités de lits à maintenir disponibles.
- ◆ Validation par la commission des propositions de fermeture temporaire de lits.

#### Documents

- ◆ Procédure de gestion des lits d'hospitalisation dans l'établissement.
- ◆ Suivi d'indicateurs, registre d'événements indésirables.
- ◆ Déclaration à tutelle des fermetures de lits.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Représentant de la commission des admissions et des consultations non programmées (ou équivalent).
- ◆ Président de la CME.
- ◆ Responsables médicaux et soignants du service des urgences.
- ◆ Patients, représentant d'usagers.

#### Description de la cotation A

Une organisation adaptée de la gestion des lits d'hospitalisation permet d'évaluer et d'analyser régulièrement la disponibilité des lits afin de réduire les délais d'attente d'hospitalisation.

## 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.

#### Soins de courte durée

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.

#### Psychiatrie et santé mentale – soins de suite ou de réadaptation – hospitalisation à domicile

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.

#### Soins de longue durée

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.

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 (par exemple : animation physique par une gymnastique adaptée, animation intellectuelle par des exercices de mémoire, etc.).

- 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/24.
- 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.
- 29.d. La réflexion bénéfice-risque 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.
- 29.f. Le projet thérapeutique fait l'objet d'ajustements en fonction d'évaluations régulières de l'état de santé du patient.



## 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.*

### 29.a

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

#### Questionnement

- ◆ Comment les professionnels s'organisent-ils pour impliquer le patient et, le cas échéant, son entourage, dans l'élaboration et le suivi de son projet thérapeutique ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Organisation permettant l'implication du patient (formation professionnelle sur le respect des droits du patient, temps d'échange, identification de référent dans le secteur, accueil des familles, actions d'éducation thérapeutique, protocoles le cas échéant, etc.).
- ◆ Traçabilité dans le dossier du patient du projet thérapeutique en précisant le point de vue du patient et de son entourage s'il y a lieu.

#### Documents à consulter

- ◆ Protocoles.
- ◆ Projets de services (comptes rendus de réunions de service).
- ◆ Dossier du patient.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Patients.
- ◆ Représentants d'usagers.
- ◆ Équipes soignantes.

#### Description de la cotation A

Une organisation formalisée impliquant le patient et, le cas échéant son entourage, dans l'élaboration et le suivi de son projet thérapeutique est mise en œuvre dans chaque secteur d'activité. Le point de vue du patient et de son entourage s'il y a lieu est systématiquement tracé dans le dossier du patient.

## 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.*

### 29.b

► **Les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures sont accessibles 24 heures/24.**

#### SOINS DE COURTE DURÉE – PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE – SOINS DE SUITE OU DE RÉADAPTATION

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

#### SOINS DE LONGUE DURÉE

Ces données se trouvent dans le dossier du résident, conservé dans l'USLD.

#### HOSPITALISATION À DOMICILE

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

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.

#### Questionnement

- ◆ Quelle organisation est en place pour assurer l'accès aux données des consultations ou hospitalisations antérieures ?
- ◆ Quelles sont les situations où les professionnels rencontrent des difficultés d'accès à ces données ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Organisation permettant l'accès à l'ensemble des données 24 heures/24.
- ◆ Recueil et analyse des dysfonctionnements.

#### Documents à consulter

- ◆ Procédure d'archivage et d'accès informatique (informatique le cas échéant).

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Archiviste(s).
- ◆ Responsable du DIM.
- ◆ Président de la CME.
- ◆ Professionnels.

#### Description de la cotation A

Une organisation assure l'accès 24 heures/24 à l'ensemble des données antérieures.

## 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.*

### 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.**

#### SOINS DE COURTE DURÉE – SOINS DE SUITE OU DE RÉADAPTATION

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

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

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.

#### SOINS DE LONGUE DURÉE

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.

#### HOSPITALISATION À DOMICILE

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

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.

### Questionnement

- ◆ Comment sont identifiés et pris en compte les différents besoins des patients ?
- ◆ Quelle coordination existe entre les professionnels et secteurs d'activité pour y répondre ?

### Éléments d'appréciation

- ◆ Identification et prise en compte des différents besoins des patients.
- ◆ Coordination entre les professionnels (médecins, paramédicaux, personnels sociaux et/ou de rééducation, etc.).
- ◆ Coordination entre secteurs d'activité (services cliniques, plateaux techniques, services logistiques, etc.).

### Documents à consulter

- ◆ Dossier du patient.
- ◆ Comptes rendus de réunions de service.
- ◆ Protocoles formalisant des partenariats.

### Personnes à rencontrer

- ◆ Professionnels des secteurs d'activité.
- ◆ Directeur des soins.
- ◆ Président de la CME.

### Description de la cotation A

Les besoins des patients sont identifiés. Ils sont pris en compte de façon coordonnée par les professionnels des différents secteurs d'activité.

## 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.*

### 29.d

► **La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient.**

#### Questionnement

- ◆ Comment les responsabilités sont-elles définies en matière de traçabilité de la réflexion bénéfice-risque ?
- ◆ Quelles diverses situations avez-vous identifiées pour mettre en œuvre la réflexion bénéfice-risque au sein du projet thérapeutique et quelles pratiques avez-vous mises en œuvre pour y répondre (réflexion multidisciplinaire, prise en compte de l'entourage, etc.) ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Définition des responsabilités des professionnels en matière de traçabilité de la réflexion bénéfice-risque.
- ◆ Trace dans le dossier d'une réflexion bénéfice-risque lors de l'élaboration du projet thérapeutique.
- ◆ Trace d'une discussion multidisciplinaire, le cas échéant.

#### Documents à consulter

- ◆ Dossiers du patient.
- ◆ Comptes rendus de réunions de service et/ou d'instances.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Médecins.
- ◆ Président de la CME.

#### Description de la cotation A

Les professionnels s'organisent pour assurer la trace de la réflexion bénéfice-risque pour chaque patient au sein du dossier.

## 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.*

### 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.**

#### SOINS DE COURTE DURÉE – PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE – SOINS DE SUITE OU DE RÉADAPTATION

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.

#### SOINS DE LONGUE DURÉE

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.

#### HOSPITALISATION À DOMICILE

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.

### Questionnement

- ◆ Comment les professionnels s'organisent-ils pour mener la réflexion sur la restriction de liberté de circulation ?
- ◆ Comment s'organisent-ils pour réévaluer la nécessité de maintenir ou de lever la restriction ?

### Éléments d'appréciation

- ◆ Identification de toutes les situations de restriction de liberté de circulation.
- ◆ Actions de sensibilisation ou de formation des professionnels à cette réflexion.
- ◆ Prescription écrite, issue d'une réflexion d'équipe avec réévaluation à périodicité définie.
- ◆ Traçabilité de la réflexion dans le dossier.

### Documents à consulter

- ◆ Dossiers de patient.
- ◆ Comptes rendus de réunions d'équipes.
- ◆ Protocoles.

### Personnes à rencontrer

- ◆ Professionnels.
- ◆ Président de la CME.
- ◆ Directeur des soins.
- ◆ Usagers.

### Description de la cotation A

Les situations de restriction de liberté de circulation sont identifiées et font l'objet d'une réflexion de l'équipe de soins, tracée dans le dossier du patient et d'une prescription écrite réévaluée à périodicité définie.

## 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.*

### 29.f

► **Le projet thérapeutique fait l'objet d'ajustement en fonction d'évaluations régulières de l'état de santé.**

#### Questionnement

- ◆ Comment les données des professionnels sont-elles utilisées pour permettre un ajustement régulier du projet thérapeutique ?
- ◆ Comment l'ensemble des professionnels en charge du patient se coordonnent-ils pour que le projet thérapeutique soit régulièrement adapté ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Participation de l'ensemble des professionnels.
- ◆ Modalités de coordination des professionnels.
- ◆ Réunions de service.

#### Documents à consulter

- ◆ Dossiers du patient.
- ◆ Comptes rendus de réunions de service.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Professionnels.

#### Description de la cotation A

L'ensemble des professionnels tracent leurs observations dans le dossier du patient et se coordonnent pour ajuster de façon régulière le projet thérapeutique.

## 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 thromboembolique fait l'objet d'une prévention dans les situations à risque.**

La maladie thromboembolique 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.**

#### **30.g. Un projet de vie est individualisé pour chaque résident en prenant en compte ses souhaits (SLD uniquement).**

Critère applicable en soins de longue durée.

Le projet de vie inclut des plans d'actions 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).

## 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).

## De 30.a à 30.f

Les rubriques : questionnement, éléments d'appréciation, documents à consulter, personnes à rencontrer sont les mêmes pour chacun des critères de cette référence.

Chacun des critères 30a à 30f doit faire l'objet de constats et d'une cotation.

Il s'agit d'apprécier comment les professionnels se sont organisés pour identifier les patients à risque au regard des situations indiquées dans les critères et pour leur offrir une prise en charge appropriée. Il n'appartient pas à l'expert-visiteur de juger dans le cadre de cette référence de la qualité du contenu des prises en charge préconisées.

### Questionnement

- ◆ Les critères permettant l'identification des patients à risque ont-ils été définis ?
- ◆ Des protocoles et/ou des modes particuliers de prise en charge de ces patients sont-ils en place ?
- ◆ Des actions de formation ou d'information concernant l'identification et la prise en charge des patients à risque sont-elles proposées aux professionnels de santé ?

### Éléments d'appréciation

- ◆ Trace dans le dossier d'une évaluation systématique.
- ◆ Critères d'identification de patients ayant besoin d'une prise en charge particulière.
- ◆ Modalités de prise en compte en cas de patients à risque.

### Documents à consulter

- ◆ Programmes de formation, supports d'actions d'information.
- ◆ Protocoles de prise en charge précisant la cible concernée.
- ◆ Comptes rendus de réunions de professionnels sur la mise en œuvre de ces actions.
- ◆ Dossier du patient.

### Personnes à rencontrer

- ◆ Équipes soignantes.
- ◆ Responsable de ces modes particuliers de prise en charge le cas échéant.

### Description de la cotation A à adapter à chacun des critères 30a à 30f

Les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique et un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.



## RÉFÉRENCE 30

*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.*

### 30.g (en SLD uniquement)

► **Un projet de vie est individualisé pour chaque résident en prenant en compte ses souhaits.**

Le projet de vie inclut des plans d'actions 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).

#### Questionnement

- ◆ Un projet de vie est-il élaboré pour chaque résident ?
- ◆ Prend-il en compte les souhaits du résident ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Expression des souhaits du résident et de son entourage.
- ◆ Prise en compte des capacités physiques et intellectuelles.
- ◆ Élaboration du programme d'activité.
- ◆ Trace du projet de vie dans le dossier du résident.

#### Documents à consulter

- ◆ Dossier du résident.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Résidents, entourage.
- ◆ Responsables (médical et paramédical) du secteur d'activité.
- ◆ Soignants, assistantes sociales, animateur, kinésithérapeutes.
- ◆ Membres de la CRU.

#### Description de la cotation A

Un projet de vie intégré au dossier est élaboré pour chaque résident. Il tient compte de ses souhaits et de ses capacités physiques et intellectuelles.

## 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, 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.

Par exemple : 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 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.**

#### SOINS DE COURTE DURÉE – SOINS DE SUITE OU DE RÉADAPTATION

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

#### PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE

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

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

#### SOINS DE LONGUE DURÉE

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

#### 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.

### Questionnement

- ◆ Comment la coordination des professionnels en matière d'information du patient est-elle organisée ?
- ◆ Existe-t-il des documents écrits et remis au patient comprenant des explications sur les pathologies et les traitements ?

### Éléments d'appréciation

- ◆ Organisation pour informer les patients sur les soins et leur état de santé et faciliter leurs demandes sur ces sujets (formation continue des professionnels, possibilité de rendez-vous, accès au dossier du patient, groupe d'information sur certaines pathologies, etc.).
- ◆ Répartition des responsabilités dans la délivrance des informations (réflexion des professionnels, qui dit quoi ? comment ? quand ? professionnels référents, traçabilité dans le dossier, etc.).
- ◆ Information coordonnée délivrée au patient (documents types d'information sur les principaux actes à risque, objectifs des traitements prescrits et principaux effets secondaires possibles, bénéfice-risque des soins, etc.).
- ◆ Évaluation de la coordination.

### Documents à consulter

- ◆ Documents types d'information sur les principaux actes à risque, protocoles sur l'information, le cas échéant.
- ◆ Procès-verbaux de groupe thématique sur le sujet, de conseils ou réunions de service.
- ◆ Résultats d'enquêtes de satisfaction.
- ◆ Dossier du patient.

### Personnes à rencontrer

- ◆ Représentant d'usagers de la CRU.
- ◆ Président de CME.
- ◆ Directeur des soins.
- ◆ Patients.

### Description de la cotation A

La coordination des professionnels permet au patient de recevoir une information cohérente sur ses soins et son état de santé, tout au long de sa prise en charge.

## RÉFÉRENCE 31

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

### 31b

#### ► Les professionnels délivrent une information adaptée à la compréhension du patient.

##### SOINS DE COURTE DURÉE – SOINS DE SUITE OU DE RÉADAPTATION

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, etc.).

##### PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE

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.

##### SOINS DE LONGUE DURÉE

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.).

##### HOSPITALISATION À DOMICILE

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, etc.).

La prévention des infections nosocomiales fait l'objet d'une information adaptée.

#### Questionnement

- ◆ Comment est apprécié pour chaque patient son niveau de compréhension ?
- ◆ Comment s'assure-t-on que l'information donnée au patient sur son état de santé est comprise et adaptée à sa situation ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Adaptation de l'information en fonction des facultés de compréhension du patient (langue, présence d'interprètes, niveau d'alphabétisation, handicaps, âge, etc.).
- ◆ Adaptation de l'information en fonction de la nature des informations fournies (annonce d'un handicap, annonce de la maladie et/ou de l'aggravation de l'état de santé, etc.).
- ◆ Actions d'évaluation et mesure d'impact sur la compréhension du patient.
- ◆ Formation aux spécificités de la prise en charge de certains types de patients (handicaps visuels, auditifs, mentaux, etc.).

#### Documents à consulter

- ◆ Livret d'accueil (interprètes), procédure de contact d'interprètes, le cas échéant.
- ◆ Procès-verbaux de groupe thématique sur le sujet, de conseils ou réunions de services.
- ◆ Résultats d'enquêtes sur le sujet.
- ◆ Rapport annuel de la CRU.
- ◆ Plan de formation continue.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Représentants d'usagers de la CRU.
- ◆ Président de la CME.
- ◆ Directeur de soins.
- ◆ Patients.
- ◆ Responsable clientèle.

### **Description de la cotation A**

Les informations données au patient sont adaptées à sa compréhension et aux particularités de son état de santé, de sa situation ou de sa prise en charge.

## RÉFÉRENCE 31

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

### 31.c

#### ► Le patient désigne les personnes qu'il souhaite voir informées.

##### SOINS DE COURTE DURÉE – PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE – SOINS DE SUITE OU DE RÉADAPTATION

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.

##### SOINS DE LONGUE DURÉE – HOSPITALISATION À DOMICILE

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.

#### Questionnement

- ◆ Comment le patient est-il informé sur son droit de désignation ?
- ◆ Comment les coordonnées des personnes désignées sont-elles recueillies ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Information du patient sur la possibilité de désigner une personne à informer (personne à prévenir, personne de confiance).
- ◆ Existence d'une organisation et de supports d'information (livret d'accueil, recueil des coordonnées, possibilité de révocation, etc.).
- ◆ Traçabilité dans le dossier.

#### Documents à consulter

- ◆ Livret d'accueil.
- ◆ Dossier du patient.
- ◆ Protocoles.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Hôtesse ou agent chargé des admissions.
- ◆ Représentants d'usagers.
- ◆ Médecins, cadres de santé.

#### Description de la cotation A

Les coordonnées des personnes que le patient souhaite voir informer sont recueillies et tracées dans le dossier.

## RÉFÉRENCE 31

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

### 31.d

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

#### SOINS DE COURTE DURÉE – PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE – SOINS DE SUITE OU DE RÉADAPTATION

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.

#### SOINS DE LONGUE DURÉE

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.

#### HOSPITALISATION À DOMICILE

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.

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.

#### Questionnement

- ◆ Y a-t-il un recueil systématique du consentement du patient ?
- ◆ Ce recueil est-il précédé systématiquement d'une information ?
- ◆ Quelle preuve l'établissement apporte-t-il du recueil du consentement éclairé ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Information préalable à la demande de consentement (bénéfice-risque, degré d'urgence, alternatives et conséquences prévisibles en cas de refus, etc.).
- ◆ Identification du représentant légal.
- ◆ Recueil systématique et traçabilité du consentement éclairé.

#### Documents à consulter

- ◆ Livret d'accueil.
- ◆ Dossier du patient.
- ◆ Protocoles.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Patients.
- ◆ Représentants d'usagers.
- ◆ Responsables médicaux et paramédicaux.

#### Description de la cotation A

Avant toute demande de consentement, le patient ou son représentant légal est informé sur les actes de prévention, d'exploration et de soins qui le concernent en particulier sur leurs risques et leurs bénéfices. Le consentement du patient ou de son représentant légal est systématiquement recueilli et tracé dans le dossier.

## RÉFÉRENCE 31

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

### 31.e

► **Un consentement éclairé du patient est formalisé dans les situations particulières.**

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

#### Questionnement

- ◆ Dans quelles situations particulières le recueil du consentement est-il formalisé ?
- ◆ Y a-t-il systématiquement une information du patient préalable au recueil du consentement ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Information préalable du patient et de son représentant légal, le cas échéant, à la demande de consentement (bénéfice-risque, degré d'urgence, alternatives et conséquences prévisibles en cas de refus, etc.).
- ◆ Recueil écrit systématique du consentement éclairé dans les situations particulières (recherche biomédicale, chirurgie plastique, autorisation parentale en cas de patient mineur, autorisation pour un patient majeur protégé, etc.).
- ◆ Existence d'une procédure formalisée de recueil du consentement pour un dépistage VIH, ou de consultation du registre des refus pour un prélèvement d'organe ou de tissus, etc.
- ◆ Connaissance des professionnels concernant les situations nécessitant un consentement formalisé.

#### Documents à consulter

- ◆ Procédure concernant le recueil du consentement dans les situations particulières.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Patients.
- ◆ Représentants d'usagers.
- ◆ Responsables médicaux et paramédicaux.

#### Description de la cotation A

Avant toute demande de consentement, le patient (le représentant légal, le cas échéant) est informé sur les actes de prévention, d'exploration et de soins qui le concernent en particulier sur leurs bénéfice-risque. Le recueil écrit systématique du consentement éclairé est réalisé dans certaines situations connues des professionnels.



## RÉFÉRENCE 31

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

### 31.f

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

#### SOINS DE COURTE DURÉE

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.

#### PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE – SOINS DE SUITE OU DE RÉADAPTATION – SOINS DE LONGUE DURÉE

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

#### Questionnement

- ◆ Lors de la survenue d'un événement indésirable, comment l'information du patient est-elle organisée ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Modalités d'information du patient lors de la survenue d'un événement indésirable durant son séjour (identification de la personne chargée de l'information du patient, etc.).
- ◆ Modalités d'information du patient après sa sortie en cas de survenue d'un événement indésirable lié aux soins donnés pendant le séjour.
- ◆ Traçabilité de l'information.

#### Documents à consulter

- ◆ Procédure d'information du patient en cas d'événement indésirable.
- ◆ Procédure de rappel, le cas échéant.
- ◆ Dossier du patient.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Patients.
- ◆ Représentants d'usagers.
- ◆ Responsables médicaux et paramédicaux.

#### Description de la cotation A

Les modalités d'information du patient durant son séjour ou après sa sortie concernant la survenue d'un événement indésirable sont formalisées. L'information donnée est tracée dans le dossier.

## 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 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.

#### Questionnement

- ◆ Quelle organisation est mise en place pour prévenir et prendre en charge la douleur ?
- ◆ Quelles sont les recommandations de bonnes pratiques utilisées dans ce cadre ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Existence d'une organisation permettant la prévention et la prise en charge systématique de la douleur (CLUD ou structure équivalente, consultations spécialisées, référents, outils et méthodes)
- ◆ Utilisation de recommandations de bonne pratique (Anaes, Collège national des médecins de la douleur, Société française d'anesthésie et de réanimation, association internationale pour l'étude de la douleur, etc.) dans l'élaboration de protocoles

#### Documents à consulter

- ◆ Programme et rapport d'activité du CLUD ou de la structure équivalente.
- ◆ Procédures et protocoles de prévention et de prise en charge.
- ◆ Dossier du patient.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Référents douleur.
- ◆ Pharmacien.
- ◆ Président du CLUD ou de la structure équivalente.
- ◆ Président de la CME.
- ◆ Directeur des soins.
- ◆ Professionnels.

#### Description de la cotation A

Une organisation de la prévention et de la prise en charge systématique de la douleur connue des professionnels est mise en œuvre et tient compte des recommandations de bonnes pratiques.

## 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.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.).

#### Questionnement

- ◆ Comment le patient est-il impliqué dans la prise en charge de sa douleur ?
- ◆ Comment la satisfaction du patient sur la prise en charge de sa douleur est-elle prise en compte ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Information du patient et/ou son entourage sur la prise en charge de sa douleur.
- ◆ Mise à disposition d'outils de mesure de la douleur – échelle visuelle analogique (EVA), etc. – adaptés aux patients (enfants, personnes non communicantes).
- ◆ Traçabilité dans le dossier du patient, de la mesure et du suivi de l'intensité de la douleur.
- ◆ Réalisation de mesures de satisfaction avec analyse et actions d'amélioration.

#### Documents à consulter

- ◆ Dossier du patient.
- ◆ Documents d'information sur la lutte contre la douleur pour les patients (livret d'accueil).
- ◆ Outils de mesure adaptés utilisés par le patient.
- ◆ Projets médicaux et projets de soins.
- ◆ Rapport annuel du CLUD.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Patient et/ou son entourage.
- ◆ Professionnels.
- ◆ Référents douleurs.

#### Description de la cotation A

Le patient et/ou son entourage est impliqué dans la prise en charge de sa douleur. L'évaluation périodique de sa satisfaction permet de faire évoluer la lutte contre la douleur.

## 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.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.

#### Questionnement

- ◆ Comment est organisée la formation des professionnels médicaux et paramédicaux (y compris nouveaux arrivants, étudiants, stagiaires) en fonction des différents types de prise en charge et/ou pathologies ?
- ◆ La formation porte-t-elle sur l'ensemble du processus (prévention, évaluation, prise en charge) et prend-elle en compte les aspects physiques et psychiques de la douleur ?
- ◆ Comment mesure-t-on l'efficacité du programme de formation ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Identification des besoins de formation spécifiques de l'ensemble des professionnels (médicaux et paramédicaux).
- ◆ Contenu de la formation.
- ◆ Évaluation du programme de formation et réajustements.

#### Documents à consulter

- ◆ Plan de formation.
- ◆ Livret d'accueil des professionnels.
- ◆ Documents d'évaluation.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsable formation.
- ◆ Référents douleur.
- ◆ Professionnels.
- ◆ Directeur des soins.
- ◆ Président du CLUD ou de la structure équivalente.

#### Description de la cotation A

Une formation à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur adaptée aux types de prise en charge est mise en œuvre. Son efficacité est régulièrement évaluée.

## 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.d

► **La disponibilité des traitements prescrits est assurée en permanence.**

#### Questionnement

- ◆ Les règles de fonctionnement entre la pharmacie et les secteurs d'activité de soins concernant les traitements antalgiques sont-elles définies ?
- ◆ Ces règles permettent-elles l'approvisionnement des secteurs d'activité de façon à répondre en permanence aux besoins des patients ?
- ◆ Comment les secteurs d'activité s'organisent-ils pour mettre à disposition des patients les traitements antalgiques prescrits ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Coordination entre pharmacie et secteurs d'activité.
- ◆ Procédure d'approvisionnement des secteurs d'activité.
- ◆ Règles de fonctionnement internes aux secteurs d'activité (personne-ressource, responsable de l'armoire de pharmacie, traçabilité).

#### Documents à consulter

- ◆ Procédures de coordination et d'approvisionnement.
- ◆ Livret thérapeutique.
- ◆ Procédures de fonctionnement interne des secteurs d'activité.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Référents douleur.
- ◆ Pharmacien, membres de la COMEDIMS.
- ◆ Professionnels de santé, notamment de nuit.
- ◆ Directeur des soins.

#### Description de la cotation A

La coordination entre la pharmacie et les secteurs d'activité et les règles internes aux secteurs d'activité permettent une dispensation et un approvisionnement en permanence des traitements antalgiques.

## 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 permanence des soins 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 33

*La continuité des soins est assurée.*

### 33.a

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

#### SOINS DE COURTE DURÉE – SOINS DE SUITE OU DE RÉADAPTATION

À titre d'exemple, les tableaux de permanence des soins 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.

#### PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE – SOINS DE LONGUE DURÉE

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.

#### HOSPITALISATION À DOMICILE

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.

La structure s'assure d'une permanence de la réponse aux besoins du patient, 24 heures/24.

### Questionnement

- ◆ Comment est organisée la continuité des soins par secteur d'activité ?
- ◆ Comment est organisée la continuité des soins entre secteurs d'activité ?

### Éléments d'appréciation

- ◆ Identification des responsabilités en termes de continuité des soins.
- ◆ Modalités de concertation par secteur et entre secteurs d'activité.
- ◆ Planning de présence, gardes et astreintes, prévision et organisation des remplacements.
- ◆ Recueil des dysfonctionnements.

### Documents à consulter

- ◆ Projets de service, règlement intérieur.
- ◆ Comptes rendus des conseils ou réunions de service.
- ◆ Conventions de transfert.
- ◆ Plannings, liste de gardes et astreintes.
- ◆ Procédures.
- ◆ Registre d'incidents.

### Personnes à rencontrer

- ◆ CME (président et président de la commission de l'organisation et de la permanence des soins).
- ◆ Responsables des secteurs d'activité et cadres.
- ◆ Directeur des soins ou équivalent.

### Description de la cotation A

La continuité des soins dans le secteur d'activité et entre secteurs d'activité est assurée grâce à une organisation concertée fixant les responsabilités et planifiant la présence de professionnels.



## RÉFÉRENCE 33

*La continuité des soins est assurée.*

### 33.b

#### ► La coordination entre les équipes médicales et paramédicales est organisée.

**SOINS DE COURTE DURÉE – PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE – SOINS DE SUITE OU DE RÉADAPTATION – HOSPITALISATION À DOMICILE**

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

**SOINS DE LONGUE DURÉE**

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.

#### Questionnement

- ♦ Comment sont organisées les transmissions d'informations entre les professionnels ?

#### Éléments d'appréciation

- ♦ Mise en œuvre de règles de coordination entre tous les intervenants de la prise en charge.
- ♦ Définition de moyens de coordination : supports, temps de réunion, temps de transmission, etc.

#### Documents à consulter

- ♦ Dossier du patient.
- ♦ Plannings.

#### Personnes à rencontrer

- ♦ Responsables des secteurs d'activité et cadres.
- ♦ Directeur des soins ou équivalent.

#### Description de la cotation A

L'organisation des transmissions d'information entre les équipes médicales et paramédicales permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre elles.

## RÉFÉRENCE 33

*La continuité des soins est assurée.*

### 33.c

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

**SOINS DE COURTE DURÉE – PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE – SOINS DE SUITE OU DE RÉADAPTATION – SOINS DE LONGUE DURÉE**

Cette prise en charge doit être possible dans n'importe quel secteur d'activité d'un établissement de santé ; 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**

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.

L'HAD dispose d'une organisation pour faire face aux situations d'urgence 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.

#### Questionnement

- ◆ Comment est diffusée et connue la procédure sur la conduite à tenir en cas d'urgence vitale ?
- ◆ Comment est assurée la prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement ?
- ◆ Comment sont menées et évaluées les actions de formation continue sur la prise en charge des urgences ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Personnel formé aux gestes d'urgence.
- ◆ Système d'alerte connu.
- ◆ Maintenance régulière du matériel d'urgence (sécurisation d'accès au chariot d'urgence).
- ◆ Accès immédiat aux personnes-ressources.
- ◆ Analyse des dysfonctionnements et mesures correctives éventuelles.

#### Documents à consulter

- ◆ Procédures et protocoles.
- ◆ Plan de formation.
- ◆ Document de maintenance du chariot/mallette d'urgence.
- ◆ Recueil des incidents.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsables des secteurs d'activité.
- ◆ Professionnels des secteurs d'activité.
- ◆ Pharmacien (validation du contenu des chariots d'urgence, péremption, etc.).
- ◆ Responsable du service de réanimation ou des urgences, anesthésiste.

#### Description de la cotation A

La prise en charge des urgences vitales est assurée dans chacun des secteurs d'activité de l'établissement grâce à un personnel formé et à une maintenance contrôlée du matériel d'urgence. Le dispositif en place est évalué.

## 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 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.**

#### Questionnement

- ◆ Comment sont actualisées les observations relatives à l'évolution de l'état de santé du patient y compris après sa sortie ?
- ◆ Comment sont actualisées les décisions relatives à sa prise en charge (prescription, informations données, sorties sans avis médical, etc.) ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Organisation en place garantissant, dans le dossier du patient, la traçabilité des actes thérapeutiques et diagnostiques réalisés par les professionnels.
- ◆ Informations retraçant l'évolution de l'état de santé du patient actualisées.
- ◆ Dossier du patient complété après sa sortie par les informations fournies par les correspondants prenant en charge le patient.

#### Documents à consulter

- ◆ Dossier du patient.
- ◆ Audit sur la tenue du dossier.
- ◆ Procédures (tenue, archivage, classement, etc.).
- ◆ Procès-verbaux de réunions (CME, commissions de soins, réunions de secteurs d'activité).

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Président de la CME.
- ◆ Responsable du DIM.
- ◆ Directeur des soins.
- ◆ Responsable des secteurs d'activité.
- ◆ Professionnels médicaux et paramédicaux.

#### Description de la cotation A

Tous les éléments diagnostiques et thérapeutiques sont tracés dans le dossier du patient et notamment toutes les informations retraçant son état de santé. Le dossier est complété après la sortie du patient, le cas échéant.

## RÉFÉRENCE 34

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

### 34.b

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

#### Questionnement

- ◆ Comment est assurée la permanence de l'accès aux dossiers et/ou informations concernant le patient ?
- ◆ Comment les professionnels sont-ils informés de cette organisation ?
- ◆ Les règles tiennent-elles compte du support du dossier (papier ou informatique) ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Organisation du contenu, de la tenue et de la conservation des informations contenues dans le dossier permettant la permanence d'accès aux informations (adaptation aux supports papier ou informatique).
- ◆ Communication aux professionnels des modalités.
- ◆ Évaluation de l'organisation mise en place.

#### Documents à consulter

- ◆ Dossier du patient.
- ◆ Procédures (circuit du dossier, etc.).
- ◆ Procès-verbaux de réunions organisationnelles des secteurs d'activité clinique et médicotechnique.
- ◆ Analyse des événements indésirables.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Président de la CME.
- ◆ Responsable du DIM.
- ◆ Directeur des soins et cadres de santé.
- ◆ Professionnels médicaux et non médicaux prenant en charge le patient.

#### Description de la cotation A

Une organisation de la tenue et de l'accessibilité du dossier du patient facilite la consultation des informations qu'il contient lorsque le professionnel de santé en a besoin.

## RÉFÉRENCE 34

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

### 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, prescription d'examen biologiques, d'imagerie, d'explorations fonctionnelles d'actes de kinésithérapie, etc.

#### Questionnement

- ♦ L'exécution des actes thérapeutiques et/ou diagnostiques nécessitant une prescription médicale fait-elle l'objet d'une prescription écrite, datée et signée ?

#### Éléments d'appréciation

- ♦ Systématisation d'une prescription écrite, datée et signée pour tout acte thérapeutique et/ou diagnostique le nécessitant.
- ♦ Dans le cadre de l'utilisation d'un support informatique l'application des dispositions relatives à la signature électronique est conforme à la réglementation en vigueur.

#### Documents à consulter

- ♦ Dossier du patient.
- ♦ Procédures (tenue du dossier, circuit, etc.).

#### Personnes à rencontrer

- ♦ Pharmacien.
- ♦ Médecins, personnels soignants et personnels des plateaux médicotechniques.

#### Description de la cotation A

Les prescriptions sont écrites, datées et signées pour tous les actes le nécessitant.

## RÉFÉRENCE 34

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

### 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.

#### Questionnement

- ♦ Toute information donnée au patient et/ou à son entourage est-elle tracée dans le dossier du patient ?

#### Éléments d'appréciation

- ♦ Traçabilité de l'information donnée au patient et/ou à son entourage sur son état de santé et son traitement assurée dans le dossier du patient.
- ♦ Refus des soins noté dans le dossier du patient.

#### Documents à consulter

- ♦ Dossier du patient.
- ♦ Procédures.

#### Personnes à rencontrer

- ♦ Professionnels soignants.
- ♦ Membres de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.
- ♦ Patient, entourage.

#### Description de la cotation A

Toute information donnée au patient et/ou à son entourage est tracée dans le dossier du patient.

## Référence 35

### **Le fonctionnement des secteurs médicotechniques à visée diagnostique fait l'objet d'une concertation avec les secteurs d'activité.**

Champ d'application : les secteurs médicotechniques 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 clinique 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 35

*Le fonctionnement des secteurs médicotechniques à visée diagnostique fait l'objet d'une concertation avec les secteurs d'activité.*

Champ d'application : les secteurs médicotechniques sont les laboratoires (y compris anatomopathologie), le secteur d'imagerie et d'explorations fonctionnelles.

### 35.a (pour les cinq types de prise en charge)

► **La prescription d'examens complémentaires est justifiée par l'état du patient et mentionne les renseignements requis et les objectifs de 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.

#### Questionnement

- ◆ Est-ce que chaque examen complémentaire s'appuie sur une évaluation de l'état du patient ?
- ◆ Est-ce que les demandes d'examen précisent les objectifs et les renseignements cliniques pertinents justifiant l'examen et pouvant avoir une incidence sur son déroulement ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Éléments de la fiche d'examen qui assurent la justification de la demande (dont renseignements cliniques).
- ◆ Réflexion bénéfice-risque menée pour la prescription d'examens complémentaires à risque.
- ◆ Existence d'une organisation favorisant la concertation entre secteurs cliniques et médicotechniques (réunions régulières, notes d'information).

#### Document à consulter

- ◆ Fiche de prescriptions, demandes d'examen.
- ◆ Système d'information, dont le dossier du patient.
- ◆ Procédures, protocoles, conventions, comptes rendus de réunions.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Professionnels des secteurs d'activité (cliniques et médicotechniques).
- ◆ Responsables des secteurs médicotechniques.

#### Description de la cotation A

Chaque examen complémentaire s'appuie sur une évaluation de l'état du patient, et les demandes d'examens précisent les objectifs et les renseignements cliniques pertinents.

## RÉFÉRENCE 35

*Le fonctionnement des secteurs médicotechniques à visée diagnostique fait l'objet d'une concertation avec les secteurs d'activité.*

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

### 35.b (pour les cinq types de prise en charge)

► **Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies.**

#### Questionnement

- ◆ Les secteurs d'activité clinique et médicotechnique ont-ils établi des règles de coordination pour assurer la réalisation des examens complémentaires ?
- ◆ Quelle organisation est en place pour assurer leur mise en œuvre ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Existence de processus organisés, coordonnés et connus du personnel.
- ◆ Établissement de conventions.

#### Documents à consulter

- ◆ Protocoles et de procédures.
- ◆ Conventions.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Professionnels des secteurs cliniques et médicotechniques.
- ◆ Responsables des secteurs médicotechniques.

#### Description de la cotation A

Les règles de coordination entre secteurs d'activité clinique et médicotechnique relatives à la réalisation des examens sont systématiquement définies et mises en œuvre.

## RÉFÉRENCE 35

*Le fonctionnement des secteurs médicotechniques à visée diagnostique fait l'objet d'une concertation avec les secteurs d'activité.*

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

### 35.C (pour les cinq types de prise en charge)

► **Les règles relatives à la communication sont établies et répondent aux besoins des secteurs d'activité clinique en termes de qualité et de délai 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.

#### Questionnement

- ◆ Les secteurs d'activité clinique et médicotechnique ont-ils établi des règles de coordination pour assurer la communication des examens complémentaires ?
- ◆ Quelle organisation est en place pour assurer une communication efficace des résultats ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Existence de processus organisés, coordonnés et sécurisés (connaissance des délais, identification des interlocuteurs, mode de validation des résultats, systèmes d'alerte, rapprochement et/ou adaptation des systèmes d'information, etc.).
- ◆ Identification des modalités de communication.
- ◆ Établissement de conventions.

#### Documents à consulter

- ◆ Protocoles et de procédures.
- ◆ Conventions.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Professionnels des secteurs cliniques et médicotechniques.
- ◆ Responsables des secteurs médicotechniques.

#### Description de la cotation A

Les règles de coordination entre secteurs d'activité clinique et médicotechnique relatives à la communication des examens sont systématiquement définies et mises en œuvre.

## 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 (par exemple : 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 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 (par exemple : 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.

#### Questionnement

- ◆ Comment le circuit du médicament/DMS est-il organisé dans l'établissement ?
- ◆ Quelles actions sont mises en place pour prévenir le risque iatrogène évitable ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Fonctionnement de la commission du médicament et des DMS (COMEDIMS).
- ◆ Existence d'un circuit organisé et formalisé.
- ◆ Organisation de la prévention des risques évitables (utilisation de guides ou recommandations de bonnes pratiques, procédures, protocoles, actions de formation et de sensibilisation, état des lieux de l'informatisation et de la dispensation à délivrance nominative, etc.).
- ◆ Conventions avec les prestataires externes (le cas échéant).
- ◆ Recueil, analyse des événements indésirables évitables et actions d'amélioration.
- ◆ Existence d'une évaluation du circuit du médicament et des DMS.

#### Documents à consulter

- ◆ Documents relatifs à l'organisation du circuit, y compris pour les demandes urgentes.
- ◆ Fiches de synthèse sécurité et rapport d'inspection de la pharmacie.
- ◆ Protocoles thérapeutiques.
- ◆ Rapports d'audit, d'études, d'enquêtes le cas échéant, etc.
- ◆ Recueil des événements indésirables.
- ◆ Rapport annuel de la pharmacie/COMEDIMS.
- ◆ Conventions avec les prestataires externes (le cas échéant).

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Pharmacien.
- ◆ Membres de la COMEDIMS.
- ◆ Correspondants de pharmacovigilance et de matériovigilance.
- ◆ Gestionnaire de risques (le cas échéant).
- ◆ Ingénieur biomédical.
- ◆ Directeur des soins.
- ◆ Professionnels des secteurs d'activité.

#### Description de la cotation A

Le circuit du médicament/des dispositifs médicaux stériles est organisé, par étape, interfaces incluses. Sa sécurisation permet la prévention des événements indésirables évitables.

## 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.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.**

#### Questionnement

- ◆ Quelle organisation est en place pour favoriser la conformité des prescriptions médicamenteuses aux recommandations de bonne pratique ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Mise à disposition des professionnels d'outils actualisés et validés (livret thérapeutique de l'établissement, monographies, recommandations, protocoles thérapeutiques, etc.).
- ◆ Modalités en place pour s'assurer de la bonne utilisation du médicament (habilitation des prescripteurs, analyse et validation pharmaceutique, interventions pharmaceutiques, revues de pertinence, contrat de bon usage du médicament, etc.).
- ◆ Recueil, analyse et exploitation des événements indésirables évitables liés à une utilisation non conforme.

#### Documents à consulter

- ◆ Livret thérapeutique, protocole thérapeutique de l'établissement.
- ◆ Indicateurs (taux d'ordonnances conformes, etc.).
- ◆ Registre d'événements indésirables évitables, trace des interventions pharmaceutiques.
- ◆ Rapport de la pharmacie/COMEDIMS.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Pharmacien/COMEDIMS, pharmacovigilant.
- ◆ Président de la CME.
- ◆ Responsables de secteurs d'activité.

#### Description de la cotation A

Les professionnels suivent les recommandations de bonne pratique de prescription des médicaments permettant d'assurer une bonne utilisation des médicaments. Les événements indésirables sont recueillis, analysés et exploités.

## 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.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.

#### Questionnement

- ◆ Quelle organisation est en place pour assurer la conformité de l'administration du médicament à la prescription ?
- ◆ Selon quelles modalités l'administration du médicament est-elle tracée ?

#### Modalités d'appréciation

- ◆ Mise en œuvre d'une organisation assurant la conformité de la prescription à l'administration (support unique de prescription et d'administration, état des lieux de l'informatisation et de la dispensation à délivrance nominative), protocoles d'administration et définition des responsabilités des professionnels de santé.
- ◆ Traçabilité de l'administration du médicament au moment de la prise.
- ◆ Recueil, analyse et exploitation des événements indésirables évitables liés à l'administration du médicament.

#### Documents à consulter

- ◆ Dossier du patient.
- ◆ Protocoles d'administration.
- ◆ Registre d'événements indésirables évitables.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Infirmiers, cadres de santé et médecins.
- ◆ Pharmacien, COMEDIMS (ou équivalent).

#### Description de la cotation A

La conformité de l'administration du médicament à la prescription est assurée par les professionnels habilités. Sa traçabilité est réalisée.

## 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.d

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

#### Questionnement

- ◆ Comment les informations sont-elles mises à disposition des utilisateurs ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Supports d'information actualisés mis à disposition des professionnels.
- ◆ Supports d'information actualisés mis à disposition des patients (notices, brochures, plaquettes, ateliers, films, etc.).

#### Documents à consulter

- ◆ Livret thérapeutique actualisé de l'établissement et autres supports d'information des professionnels.
- ◆ Liste actualisée des DMS disponibles dans l'établissement et autres supports d'information des professionnels.
- ◆ Recommandations et protocoles, réglementation.
- ◆ Supports d'information des patients.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Pharmacien, COMEDIMS.
- ◆ Infirmiers, cadres de santé et médecins.
- ◆ Patients et représentants d'usagers.

#### Description de la cotation A

Les responsables de la pharmacie délivrent aux professionnels des informations validées et actualisées sur les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux et mettent à disposition des patients des informations adaptées à leur état de santé.



## 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.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.).

#### Questionnement

- ◆ Comment la réponse aux demandes urgentes de médicaments est-elle organisée dans l'établissement ?
- ◆ Est-ce que le dispositif en place est efficace ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Organisation connue des professionnels permettant de répondre aux demandes urgentes de médicaments : procédures, définition des responsabilités, dotation pour besoins urgents.
- ◆ Recueil et analyse des dysfonctionnements.

#### Documents à consulter

- ◆ Projet du service pharmacie et rapport d'activité.
- ◆ Procédure de délivrance des médicaments en urgence.
- ◆ Recueil des événements indésirables.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Pharmacien, COMEDIMS.
- ◆ Président de la CME.
- ◆ Directeur des soins ou équivalent.
- ◆ Infirmiers, cadres de santé, médecins.

#### Description de la cotation A

Il existe une organisation concertée et connue de tous les professionnels pour satisfaire à tout moment les demandes urgentes de médicaments.

## 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 clinique 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 clinique 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 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 clinique 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 clinique 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.).

#### Questionnement

- ◆ Comment l'établissement et les professionnels se sont-ils organisés en matière de planification et de hiérarchisation des activités interventionnelles, notamment en bloc opératoire ?
- ◆ Comment sont intégrées les interventions non programmées ?
- ◆ Existe-t-il une démarche d'évaluation du fonctionnement ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Conseil de bloc (ou d'une structure de coordination et d'évaluation équivalente), actif et reconnu.
- ◆ Charte, règlement intérieur ou document équivalent.
- ◆ Concertation interprofessionnelle dans la planification opératoire, prenant en compte notamment :
  - les contraintes internes (disponibilité en personnels, matériels, locaux, places en SSPI, etc.) ;
  - les possibilités d'accueil des secteurs d'activité clinique d'amont et d'aval ;
  - les typologies des patients (urgences, patients septiques, etc.).
- ◆ Suivi d'indicateurs de fonctionnement.

#### Documents à consulter

- ◆ Charte de fonctionnement ou de qualité, règlement intérieur, ou autre document définissant l'organisation du fonctionnement des plateaux techniques interventionnels.
- ◆ Supports de planification (hebdomadaire, journalière) des interventions.
- ◆ Tableau de bord de fonctionnement des plateaux techniques interventionnels.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsables institutionnels (président ou bureau de CME, directeur des soins ou équivalent).
- ◆ Professionnels du terrain (chirurgiens, médecins anesthésistes, sages-femmes, responsables des secteurs d'activité interventionnels, d'hospitalisation et des urgences, IDE/IBODE/IADE travaillant en secteurs interventionnels, en SSPI et dans les services, brancardiers).

#### Description de la cotation A

L'organisation et la planification des activités interventionnelles, définies en concertation avec les professionnels concernés, prennent en compte les contraintes internes de l'établissement et celles liées aux situations de prise en charge du patient. La définition et le suivi d'indicateurs permettent de faire progresser cette organisation.

## 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.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.**

#### Questionnement

- ◆ Comment sont identifiées les informations nécessaires pour une prise en charge du patient ?
  - En préopératoire ?
  - En peropératoire ?
  - En postopératoire ?
- ◆ Quelle organisation permet d'assurer la transmission de ces informations auprès des professionnels concernés ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Transmission des différentes informations pertinentes adaptées à la prise en charge du patient à toutes les étapes de la prise en charge :
  - En préopératoire : identification, informations issues des consultations et d'autres secteurs médicotextuelles, modalités de préparation du patient, contre-indications médicamenteuses, etc.
  - En peropératoires : liens entre secteurs opératoires et salles de surveillance postinterventionnelles.
  - En postopératoire : prescriptions postopératoires, comptes rendus opératoires, modalités de surveillance (transport, secteurs d'hospitalisation, professionnels en aval, patient et son entourage).

#### Documents à consulter

- ◆ Volet « médical » du dossier du patient (fiches de consultation, dossier médical d'hospitalisation ou équivalent, dossier d'anesthésie et le cas échéant transfusionnel).
- ◆ Volet « soignant » du dossier du patient, y compris les fiches de liaison entre infirmiers des différents secteurs.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Chirurgiens, médecins ayant une activité interventionnelle.
- ◆ Médecins anesthésistes.
- ◆ Sages-femmes.
- ◆ Cadres de bloc et des secteurs d'hospitalisation.
- ◆ IBODE/IADE/IDE travaillant au bloc.
- ◆ IADE/IDE travaillant en SSPI.
- ◆ IDE et autres personnels soignants des secteurs d'hospitalisation.

#### Description de la cotation A

Les informations pertinentes sont identifiées et leur transmission est assurée en pré-, en per- et en postopératoire auprès des professionnels concernés, du patient et de son entourage.

## 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.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.**

#### Questionnement

- ♦ Quels sont les mécanismes utilisés par l'établissement et ses équipes pour repérer les événements indésirables graves dans les secteurs interventionnels ?
- ♦ Comment sont-ils analysés pour en limiter les conséquences et éviter qu'ils ne se reproduisent ?

#### Éléments d'appréciation

- ♦ Identification et analyse des événements indésirables graves en secteur interventionnel (concernant les patients, les professionnels, les fonctions de soutien ou le matériel).
- ♦ Mise en œuvre d'actions correctives et préventives.
- ♦ Dispositif de signalement.

#### Documents à consulter

- ♦ Rapports institutionnels (CME, comité qualité/risques, etc.).
- ♦ Documents internes aux secteurs d'activité, comptes rendus des conseils de bloc (ou équivalent).
- ♦ Comptes rendus de revues de mortalité/morbidité.
- ♦ Fiches de signalement.

#### Personnes à rencontrer

- ♦ Responsable qualité/gestionnaire des risques.
- ♦ Professionnels des secteurs interventionnels (chirurgiens, médecins anesthésistes, cadres de bloc et d'anesthésie) et des secteurs cliniques correspondants.
- ♦ Responsables ou correspondants des vigilances sanitaires et des domaines apparentés (équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, pharmacien en charge de la sécurité du circuit du médicament, etc.).

#### Description de la cotation A

Les événements indésirables graves en secteurs interventionnels sont identifiés. Un dispositif de signalement connu des professionnels est en place. Leur analyse conduit à des actions correctives et préventives.

## 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.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.

#### Questionnement

- ◆ L'établissement a-t-il identifié les qualifications et les compétences requises à l'exercice dans ses secteurs interventionnels ?
- ◆ Quelles sont les modalités d'évaluation de maintien des compétences des professionnels exerçant dans ces secteurs, au regard des activités interventionnelles réalisées ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Identification des qualifications et des compétences requises par rapport aux activités exercées.
- ◆ Mise en œuvre d'actions de formation permanente ou continue au regard de l'évolution des techniques et des organisations.
- ◆ Évaluation régulière des compétences au regard des activités interventionnelles pratiquées.

#### Documents à consulter

- ◆ Profils de poste.
- ◆ Plan de formation.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsables médicaux et paramédicaux des secteurs interventionnels.
- ◆ Directeur des soins ou équivalent.
- ◆ Représentant de la CME, responsable de la formation des médecins.
- ◆ Responsable de formation.
- ◆ Professionnels des secteurs interventionnels.

#### Description de la cotation A

Les qualifications requises pour l'exercice dans les secteurs interventionnels sont identifiées. Les compétences sont régulièrement évaluées au regard des activités interventionnelles réalisées. Il existe un plan de formation permettant leur maintien.

## 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 38

*Le don d'organes ou de tissu 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.**

#### Questionnement

- ◆ L'établissement participe-t-il aux activités ou à un réseau de prélèvements d'organes et de tissus ?
- ◆ En quoi consiste cette participation ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Définition de la participation de l'établissement à un réseau de prélèvements et intégration dans les orientations stratégiques de l'établissement.
- ◆ Modalités d'organisation interne (règles et participants identifiés).
- ◆ Coordination entre établissements dans le cadre d'un réseau (règles de fonctionnement, charte).

#### Documents à consulter

- ◆ Autorisation de prélèvement d'organes ou de tissus.
- ◆ Projet d'établissement, orientations stratégiques.
- ◆ Conventions ou charte de fonctionnement.
- ◆ Rapports d'activité.
- ◆ Procédures.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Directeur, président de la CME.
- ◆ Coordinateur hospitalier.
- ◆ Professionnels (équipe de prélèvement, services cliniques).

#### Description de la cotation A

L'établissement a défini dans ses orientations stratégiques sa participation aux activités ou à un réseau de prélèvements d'organes ou de tissus. Une organisation interne et une coordination avec d'autres établissements sont en place.



## RÉFÉRENCE 38

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

### 38.b

► **Une information sur le don d'organe ou de tissus est disponible pour le public.**

#### Questionnement

- ◆ Quelles modalités d'information sont assurées auprès du public ?
- ◆ Comment l'établissement s'assure-t-il de l'adaptation de cette information ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Organisation de l'information du public.
- ◆ Responsable identifié.
- ◆ Disponibilité des documents d'information.

#### Documents à consulter

- ◆ Livret d'accueil.
- ◆ Affiches informatives.
- ◆ Fiches d'information (patient, famille, professionnels).

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Coordinateur hospitalier.
- ◆ Directeur ou responsable qualité.
- ◆ Représentant d'usagers, membres de la CRU.

#### Description de la cotation A

L'information du public sur les dons d'organes ou de tissus est organisée.

## RÉFÉRENCE 38

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

### 38.c

#### ► Les professionnels sont sensibilisés aux dons d'organes ou de tissus.

##### Questionnement

- ◆ Quel est le dispositif mis en place pour assurer la sensibilisation des personnels aux dons d'organes et de tissus ?

##### Éléments d'appréciation

- ◆ Actions de communication, d'information et formation auprès des professionnels (éthique, enjeux de santé publique, relations avec l'entourage, réglementation, etc.).

##### Documents à consulter

- ◆ Fiches informatives.
- ◆ Supports de formation.

##### Personnes à rencontrer

- ◆ Coordinateur hospitalier.
- ◆ Équipe de réanimation.
- ◆ Équipe des urgences.

##### Description de la cotation A

Les professionnels sont informés et formés aux enjeux concernant les dons d'organes ou de tissus.

## RÉFÉRENCE 38

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

### 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.

#### Questionnement

- ◆ Comment sont réalisés les prélèvements d'organes ou de tissus ?
- ◆ Quel dispositif permet de s'assurer du respect des règles de bonnes pratiques ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Organisation adaptée (coordination hospitalière, recensement des donneurs potentiels, consultation du Registre national des refus, respect des exigences réglementaires et éthiques, etc.).
- ◆ Formation des professionnels aux règles de bonnes pratiques (éthique, sécurité sanitaire, etc.).
- ◆ Mise en place d'un dispositif (professionnels formés et local adapté) pour assurer l'information auprès des familles.
- ◆ Évaluation du respect des règles de bonnes pratiques.

#### Document à consulter

- ◆ Protocoles.
- ◆ Règles de bonnes pratiques.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Coordinateur hospitalier.
- ◆ Équipe chirurgicale.
- ◆ Représentants d'usagers, membres de la CRU.

#### Description de la cotation A

Une organisation adaptée conformément aux règles de bonnes pratiques est en place. Les professionnels sont formés y compris en matière d'information des familles. Le respect de ce dispositif est évalué.

## Référence 39

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

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 clinique 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 39

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

### 39.a

#### ► Le patient et son entourage sont parties prenantes des activités de rééducation et/ou de soutien.

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

##### SOINS DE COURTE DURÉE – PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE – SOINS DE SUITE OU DE RÉADAPTATION - HOSPITALISATION À DOMICILE

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.

##### SOINS DE LONGUE DURÉE

L'objectif recherché est la conservation de la meilleure autonomie possible.

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.

#### Questionnement

- ◆ Comment sont impliqués le patient et son entourage dans la rééducation et/le soutien ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Élaboration partagée avec le patient des objectifs de rééducation et/ou de soutien et de leurs modalités de réalisation.
- ◆ Participation active du patient et/ou entourage à son projet.

#### Documents à consulter

- ◆ Livret d'accueil de l'établissement.
- ◆ Dossier du patient (projet thérapeutique du patient, fiche de suivi des activités, etc.).
- ◆ Supports d'information ou d'éducation.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Patients en début et fin d'hospitalisation et leur entourage.
- ◆ Kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, assistantes sociales, etc.
- ◆ Équipe de soins.

#### Description de la cotation A

Tous les moyens sont mis en œuvre pour que l'implication du patient et de son entourage dans ses activités de rééducation et/ou de soutien soit obtenue.

## RÉFÉRENCE 39

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

### 39.b

► **La prise en charge du patient associe les professionnels des secteurs d'activité clinique et de rééducation et de soutien ; l'information réciproque et la collaboration sont effectives.**

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

### 39.b USLD

► **La prise en charge pluriprofessionnelle du résident du patient associe les professionnels des USLD et ceux de la rééducation et du soutien psychologique ; l'information réciproque et la collaboration sont effectives.**

#### Questionnement

- ◆ Comment sont organisées l'information réciproque et la coordination des professionnels d'activité clinique et personnels de rééducation ?
- ◆ Quels éléments de collaboration sont développés entre les professionnels concernés ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Modalités d'échange et concertation entre les professionnels de rééducation et les personnels des secteurs d'activité (réunions pluridisciplinaires, e-mails, fiches de liaison, etc.).
- ◆ Trace dans le dossier du patient de l'intervention et de la collaboration des différents professionnels.

#### Documents à consulter

- ◆ Procédures de prise en charge pluridisciplinaire du patient.
- ◆ Dossier du patient.
- ◆ Comptes rendus de réunions entre secteurs d'activité clinique et de rééducation.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Professionnels des secteurs de rééducation, professionnels des secteurs d'activité clinique.
- ◆ Patients et leur entourage.

#### Description de la cotation A

L'information réciproque et la coordination des professionnels sont organisées en vue d'une collaboration effective dans la prise en charge du patient et sont tracées dans son dossier.

## RÉFÉRENCE 39

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

### 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.

#### SOINS DE LONGUE DURÉE

| Chaque fois que nécessaire, des protocoles sont mis en place et réévalués, si besoin.

#### Questionnement

- ◆ Comment sont évalués les résultats des activités de rééducation et/ou de soutien ?
- ◆ Comment est réajustée la prise en charge si besoin ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Modalités d'évaluation régulières des résultats des activités de rééducation et/ou de soutien (outils de mesure, échelles, etc.).
- ◆ Modalités de concertation avec les secteurs d'activité clinique pour réajuster la prise en charge si besoin.

#### Documents à consulter

- ◆ Dossier du patient (projet thérapeutique, fiches spécifiques, bilans, etc.).

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Patients et son entourage.
- ◆ Équipes d'activité clinique.
- ◆ Professionnels de rééducation et/ou de soutien.

#### Description de la cotation A

L'évaluation régulière des résultats des activités de rééducation et/ou de soutien conduit l'équipe pluridisciplinaire à réajuster la prise en charge si besoin.

## 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 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.**

#### SOINS DE COURTE DURÉE

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.

#### PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE

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.).

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'actions, 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.

#### SOINS DE SUITE OU DE RÉADAPTATION

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.

#### SOINS DE LONGUE DURÉE

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.

#### HOSPITALISATION À DOMICILE

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.).

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.).

### Questionnement

- ◆ Comment sont déterminés les états de santé nécessitant la mise en place de programme d'éducation thérapeutique ?
- ◆ Quelles sont les actions d'éducation pour les principales pathologies de l'établissement ?
- ◆ Comment l'établissement s'assure-t-il de la compréhension des patients ?

### Éléments d'appréciation

- ◆ Organisation de l'éducation thérapeutique des patients : programme, responsables identifiés (notamment pour les principales pathologies de l'établissement).
- ◆ Modalités d'adaptation d'un programme d'éducation thérapeutique à l'état de santé.
- ◆ Mode de communication facilitant la compréhension et la participation du patient.

### Documents à consulter

- ◆ Dossier du patient.
- ◆ Documents d'information (plaquettes), programme d'éducation (papier, vidéo, etc.).
- ◆ Livret d'accueil.

### Personnes à rencontrer

- ◆ Professionnels en charge de l'éducation.
- ◆ Patients.
- ◆ Représentants d'usagers.
- ◆ Professionnels de santé dans les disciplines plus spécialement concernées.

### Description de la cotation A

Une organisation permet de faire bénéficier le patient d'une éducation adaptée à son état de santé. Cette éducation vise l'appropriation des pratiques et l'acquisition des compétences utiles pour améliorer son autonomie dans la gestion de sa maladie et de son traitement.

## 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.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.

##### Questionnement

- ◆ Comment sont déterminés les cas nécessitant l'association de l'entourage aux actions d'éducation ?
- ◆ Comment l'entourage est-il associé aux actions d'éducation ?

##### Éléments d'appréciation

- ◆ Organisation de l'éducation thérapeutique du patient : programme, responsables identifiés.
- ◆ Identification des situations requérant l'association de l'entourage.
- ◆ Modalités d'association de l'entourage au programme d'éducation thérapeutique.

##### Documents à consulter

- ◆ Documents d'information (plaquettes), programme d'éducation (papier, vidéo, etc.).
- ◆ Livret d'accueil.
- ◆ Dossier du patient.

##### Personnes à rencontrer

- ◆ Professionnels en charge de l'éducation.
- ◆ Patient et son entourage.
- ◆ Représentants d'usagers.
- ◆ Professionnels de santé dans les disciplines plus spécialement concernées.

##### Description de la cotation A

Une organisation permet d'associer, de façon adaptée, l'entourage aux actions d'éducation thérapeutique du patient.

## 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.c

► **Une éducation aux questions de santé publique est délivrée au patient selon le cas.**

#### SOINS DE COURTE DURÉE – PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE – SOINS DE SUITE OU DE RÉADAPTATION – HOSPITALISATION À DOMICILE

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.

#### SOINS DE LONGUE DURÉE

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

#### Questionnement

- ◆ Comment sont déterminés dans l'établissement les thèmes faisant l'objet d'une éducation pour la santé ?
- ◆ Comment l'établissement s'organise-t-il pour éduquer le patient sur ces thèmes ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Identification des thèmes d'éducation pour la santé (tabac, obésité, alcool, suicide, infections sexuellement transmissibles, etc.).
- ◆ Organisation de l'éducation pour la santé : responsables identifiés, supports d'éducation (papier, vidéo, affiches), consultations spécialisées (antitabac, diététicien, etc.), rôle des associations de malades.

#### Documents à consulter

- ◆ Documents d'information/éducation (papier, vidéo, affiches, etc.).
- ◆ Livret d'accueil de l'établissement et des services.
- ◆ Dossier du patient.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Professionnels chargés de l'éducation.
- ◆ Patients.
- ◆ Représentants d'usagers.
- ◆ Professionnels de santé dans les disciplines plus spécialement concernées.

#### Description de la cotation A

Une organisation permet de proposer au patient des activités d'éducation pour la santé.

## 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 extrahospitalier, lors de sa sortie de l'établissement.

**41.b. Le patient est adressé aux professionnels et structures appropriées.**

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 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.**

#### POUR TOUS LES TYPES DE PRISES EN CHARGE

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 extrahospitalier, 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 médicosocial 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 médicopédagogiques et les structures médicosociales. 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.

#### 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).

#### HOSPITALISATION A 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.

### Questionnement

- ◆ L'établissement s'est-il organisé pour assurer la continuité des soins avec les structures d'aval, en fonction des différents types de prise en charge ?
- ◆ Comment les professionnels s'organisent-ils pour associer à la planification de la sortie le patient, l'entourage et le médecin traitant ?

### Éléments d'appréciation

- ◆ Modalités de sortie en fonction des types de prise en charge (soins ambulatoires, obstétrique, pédiatrie, etc.).
- ◆ Organisation associant le patient, l'entourage et le médecin traitant à la planification de la sortie (protocoles, anticipation de la sortie).
- ◆ Identification des besoins de soins et sociaux du patient.
- ◆ Relations avec les services communautaires (sociaux et de logement, services de soins à domicile, etc.).

### Documents à consulter

- ◆ Protocoles de sortie.
- ◆ Conventions avec les réseaux de santé.
- ◆ Dossier du patient (trace de la réflexion concernant la sortie).

### Personnes à rencontrer

- ◆ Équipe soignante (médecins et paramédicaux).
- ◆ Patients, représentant d'usagers.
- ◆ Assistantes sociales.
- ◆ Correspondants extérieurs.

### Description de la cotation A

La sortie est planifiée le plus tôt possible avec le patient, son entourage et le médecin traitant en tenant compte de ses besoins.

## 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.b

#### ► Le patient est adressé aux professionnels et structures appropriées.

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

### 41.b USLD

#### ► Le résident est adressé aux professionnels et structures appropriées, en fonction de ses besoins de santé et de ses choix.

##### Questionnement

- ◆ Les ressources disponibles dans le territoire de santé ont-elles été identifiées ?
- ◆ Comment s'assure-t-on de l'adéquation et de la disponibilité des structures d'aval ?

##### Éléments d'appréciation

- ◆ Identification des ressources disponibles dans le territoire de santé.
- ◆ Adéquation des structures d'aval par rapport aux besoins.

##### Documents à consulter

- ◆ Document recensant les ressources disponibles.
- ◆ Dossier du patient.

##### Personnes à rencontrer

- ◆ Équipe soignante (médecins et paramédicaux).
- ◆ Patients, représentant d'usagers.
- ◆ Assistantes sociales.
- ◆ Correspondants extérieurs.

##### Description de la cotation A

La connaissance des ressources disponibles dans le territoire de santé permet d'adresser le patient aux professionnels et structures appropriés.

## 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.c

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

#### SOINS DE COURTE DURÉE

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

#### PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE

La continuité des soins entre structures intra et extrahospitalières est organisée (fiche de liaison et/ou compte rendu d'hospitalisation). Pour les adolescents, l'organisation du relais entre le secteur infantojuvénile 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.

#### SOINS DE LONGUE DURÉE

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.

#### Questionnement

- ◆ Quelles sont les modalités d'information des professionnels d'aval ?
- ◆ Quelles sont les modalités d'association des professionnels d'aval ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Modalités d'information des professionnels d'aval (fiches de liaison, doubles des ordonnances, lettre de sortie, compte rendu d'hospitalisation, etc.).
- ◆ Modalités d'association des professionnels d'aval (demande d'avis, visite, staff pluridisciplinaire, réseaux ville-hôpital, etc.).
- ◆ Information et association dans des délais compatibles avec la continuité des soins.

#### Documents à consulter

- ◆ Conventions interétablissements, conventions avec les prestataires de service le cas échéant.
- ◆ Dossier du patient.
- ◆ Fiche de liaison du dossier du patient.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Équipe soignante (médecins et paramédicaux).
- ◆ Patients, entourage.
- ◆ Assistantes sociales.
- ◆ Secrétaires médicales.
- ◆ Correspondants externes (le cas échéant).

#### Description de la cotation A

Les secteurs d'activité informent et associent en temps utile les professionnels d'aval afin de permettre la continuité de la prise en charge.



## 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.d

► **La continuité de la prise en charge est assurée lors du transfert entre établissements.**

#### SOINS DE COURTE DURÉE

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.

#### PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE – SOINS DE LONGUE DURÉE – HOSPITALISATION À DOMICILE

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

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.

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).

### Questionnement

- ◆ Comment s'assure-t-on de la continuité de la prise en charge en cas de transfert entre établissements (conditions de transport, conditions d'accueil dans les structures d'aval) ?
- ◆ Comment prend-t-on en compte les commentaires des structures d'aval dans l'organisation des relais de la prise en charge ?

### Éléments d'appréciation

- ◆ Modalités de transfert compatibles avec l'état du patient (véhicule adapté, information des personnels affectés au transport et personnel formé le cas échéant).
- ◆ Organisation du retour d'information sur la continuité de la prise en charge par les structures d'aval.

### Documents à consulter

- ◆ Protocoles de transferts.
- ◆ Conventions interétablissements.
- ◆ Dossier du patient.
- ◆ Fiche de liaison du dossier du patient.

### Personnes à rencontrer

- ◆ Équipe soignante (médecins et paramédicaux).
- ◆ Assistantes sociales.
- ◆ Secrétaires médicales.
- ◆ Correspondants externes (le cas échéant).

### Description de la cotation A

Les conditions du transfert du patient entre établissements sont adaptées à sa situation. Les professionnels organisent les retours d'information nécessaires pour s'assurer de la continuité de sa prise en charge.

## 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 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.**

SOINS DE COURTE DURÉE – PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE – SOINS DE SUITE OU DE RÉADAPTATION – SOINS DE LONGUE DURÉE

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.

#### **Questionnement**

- ◆ Comment l'établissement assure-t-il le recueil et le respect de la volonté du patient ?

#### **Éléments d'appréciation**

- ◆ Procédure de recueil des volontés du patient.
- ◆ Respect des volontés (directives anticipées le cas échéant) du patient.
- ◆ Formalisation dans le dossier du patient.

#### **Documents à consulter**

- ◆ Dossier du patient.
- ◆ Conventions éventuelles avec les structures d'aval, les équipes de soins palliatifs, le service d'HAD, les bénévoles, etc.
- ◆ Procès-verbaux de réunions de service.

#### **Personnes à rencontrer**

- ◆ Représentant d'usagers.
- ◆ Assistante sociale.
- ◆ Professionnels de santé.
- ◆ Équipe de soins palliatifs.

#### **Description de la cotation A**

La volonté du patient est recueillie et prise en compte.

## RÉFÉRENCE 42

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

### 42.b

► **La prise en charge des besoins spécifiques du patient en fin de vie est assurée.**

#### Questionnement

- ◆ Comment sont identifiés et recueillis les besoins spécifiques des patients en fin de vie ?
- ◆ Comment sont assurées leurs prises en charge ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Identification des besoins spécifiques des patients en fin de vie.
- ◆ Recueil et formalisation dans le dossier du patient des besoins spécifiques des patients en fin de vie.
- ◆ Traçabilité des actions menées pour prendre en compte ces besoins.
- ◆ Traçabilité des échanges entre médecin traitant et établissement permettant l'adaptation de la prise en charge à domicile : oxygène, matelas antiescarres, etc.

#### Documents à consulter

- ◆ Dossier du patient, notamment courriers de sortie.
- ◆ Protocoles.
- ◆ Conventions avec les réseaux.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Représentants d'usagers.
- ◆ Soignants, médecins.
- ◆ Équipe de soins palliatifs.
- ◆ Représentant du CLUD.
- ◆ Services sociaux.

#### Description de la cotation A

Les besoins spécifiques des patients en fin de vie sont identifiés et pris en charge.

## RÉFÉRENCE 42

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

### 42.c.

#### ► La formation des professionnels est organisée.

SOINS DE COURTE DURÉE – PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE – SOINS DE SUITE OU DE RÉADAPTATION – SOINS DE LONGUE DURÉE -  
HOSPITALISATION À DOMICILE

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.

#### Questionnement

- ◆ Comment l'établissement s'assure-t-il que la formation dispensée répond bien aux besoins des professionnels prodiguant les soins palliatifs ?
- ◆ Est-ce que cette formation est régulièrement actualisée ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Actions de formation sur les soins palliatifs.
- ◆ Taux de participation des professionnels concernés.

#### Documents à consulter

- ◆ Plan de formation.
- ◆ Bilan des formations.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsable de formation.
- ◆ Personnel soignant, médecins, psychologues.
- ◆ Représentants d'usagers.
- ◆ Équipe de soins palliatifs.
- ◆ Représentant du CLUD.

#### Description de la cotation A

La formation des professionnels prodiguant des soins palliatifs est assurée.

## RÉFÉRENCE 42

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

### 42.d

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

#### Questionnement

- ◆ Comment sont identifiés les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels ?
- ◆ Quelles sont les modalités d'accompagnement psychologique des professionnels ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Identification des situations nécessitant un accompagnement psychologique.
- ◆ Recueil et formalisation des besoins des personnels.
- ◆ Existence d'une structure, d'une cellule, de personnels *ad hoc* (pour accompagnement des personnels).

#### Documents à consulter

- ◆ Plan de formation (comment « gérer » la prise en charge de patients en fin de vie).
- ◆ Livret d'accueil du personnel.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ DRH.
- ◆ Personnel soignant, médecins, responsable du secteur d'activité.
- ◆ Personnels chargés de l'accompagnement psychologique des professionnels.
- ◆ Directeur des soins, cadres soignants, représentant de la CME.
- ◆ Représentants du personnel.
- ◆ Médecin du travail, CHSCT.

#### Description de la cotation A

Les besoins d'accompagnement psychologiques des professionnels prodiguant des soins palliatifs sont identifiés ; leur prise en compte se traduit par des modalités institutionnelles d'accompagnement psychologique des professionnels concernés.

## 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.

## 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.

#### Questionnement

- ◆ Comment est organisé le recueil des coordonnées des personnes à prévenir ?
- ◆ Comment s'assure-t-on qu'elles sont prévenues ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Organisation systématique du recueil des coordonnées des personnes à prévenir.
- ◆ Modalités d'organisation pour prévenir les personnes en cas d'état critique et/ou en cas de décès.

#### Documents à consulter

- ◆ Dossier du patient.
- ◆ Procédure de recueil des coordonnées (personne de confiance, personnes à prévenir, médecin de famille).
- ◆ Protocole de conduite à tenir en cas de décès ou d'état critique du patient.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Cadres des secteurs d'activité clinique.
- ◆ Représentant d'usagers.

#### Description de la cotation A

Le recueil des coordonnées des personnes à prévenir est systématique et une organisation permet de prévenir ces personnes en cas d'état critique et/ou de décès du patient.



## RÉFÉRENCE 43

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

### 43.b

► **Les volontés et les convictions du défunt sont respectées.**

#### Questionnement

- ◆ Comment est organisé le recueil des volontés et des convictions du patient en cas de décès ?
- ◆ Comment sont-elles prises en compte ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Trace dans le dossier des volontés et convictions du défunt.
- ◆ Organisation mise en place pour leur prise en compte.

#### Documents à consulter

- ◆ Dossier du patient.
- ◆ Procédure de recueil des volontés et convictions des patients.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Représentant d'usagers.
- ◆ Professionnels de secteurs d'activité clinique.
- ◆ Responsable du dépositaire et visite des locaux.

#### Description de la cotation A

Le recueil des volontés et convictions du patient en cas de décès est tracé dans le dossier. Celles-ci sont respectées en cas de décès.

## RÉFÉRENCE 43

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

### 43.c

#### ► Un accompagnement psychologique de l'entourage est assuré.

##### SOINS DE COURTE DURÉE

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.

##### PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE – SOINS DE SUITE OU DE RÉADAPTATION – SOINS DE LONGUE DURÉE – HOSPITALISATION À DOMICILE

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.

#### Questionnement

- ◆ Y a-t-il des entretiens des soignants avec l'entourage ?
- ◆ Comment l'accompagnement psychologique de l'entourage est-il organisé, lorsque des besoins particuliers sont identifiés ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Identification des besoins d'accompagnement.
- ◆ Accompagnement social et pratique des familles (notamment formation des personnels).
- ◆ Accompagnement psychologique.

#### Documents à consulter

- ◆ Protocoles de conduite à tenir en cas de décès.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Représentant d'usagers.
- ◆ Professionnels de secteurs d'activité clinique.

#### Description de la cotation A

Lors du décès du patient, les besoins d'accompagnement psychologique de l'entourage sont identifiés et pris en compte.

## RÉFÉRENCE 43

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

### 43.d

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

#### Questionnement

- ◆ Comment les besoins d'aide psychologique des professionnels sont-ils identifiés ?
- ◆ Comment la réponse à ces besoins est-elle organisée ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Identification des besoins d'accompagnement psychologique.
- ◆ Organisation de l'accompagnement (aide psychologique individuelle et/ou collective, rotation des professionnels, etc.).

#### Documents à consulter

- ◆ Document d'identification des besoins.
- ◆ Trace des actions d'accompagnement.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Cadres des secteurs d'activité clinique.
- ◆ Psychologues.
- ◆ Membres du CHSCT.
- ◆ Médecin du travail.
- ◆ Représentant de la DRH.

#### Description de la cotation A

Les besoins d'aide psychologique des professionnels confrontés au décès sont identifiés. L'accompagnement psychologique de ces professionnels est réalisé.

---

## CHAPITRE 4. ÉVALUATIONS ET DYNAMIQUES D'AMÉLIORATION

---

**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.

## 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 à risque 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.

Il convient de décliner dans les constats, les éléments d'appréciation de chacun des critères de cette référence.

## RÉFÉRENCE 44

*Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques.*

### 44.a à 44.d

Les rubriques : questionnement, éléments d'appréciation, documents à consulter, personnes à rencontrer sont les mêmes pour chacun des critères de cette référence.

#### Questionnement

- ◆ Comment a été choisie la pratique étudiée ?
- ◆ Des objectifs d'amélioration ont-ils été définis ?
- ◆ La méthode utilisée est-elle décrite ?
- ◆ Les résultats ont-ils été analysés avec l'ensemble des partenaires concernés et communiqués ?
- ◆ Cette évaluation a-t-elle donné lieu à une amélioration des pratiques ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Descriptif du projet (objectifs, méthode, résultats, conclusions).
- ◆ Soutien institutionnel du projet.
- ◆ Implication des acteurs concernés.
- ◆ Existence d'actions d'amélioration.
- ◆ Suivi du projet.
- ◆ Modalités de communication.

#### Documents à consulter

- ◆ Descriptif du projet.
- ◆ Rapport du projet.
- ◆ Comptes rendus des instances.
- ◆ Documents de communication interne.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Membres du groupe de synthèse.
- ◆ Membres des instances (CME, DS) et de la direction.

Il convient de décliner dans les constats, les éléments d'appréciation de chacun des critères 44a à 44d, y compris pour la cotation A.

## 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 clinique et médicotechnique. 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.

Il convient de décliner dans les constats, les éléments d'appréciation de chacun des critères, y compris pour la cotation A.

## 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 clinique et médicotechnique. 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.

Il est attendu, au titre de ce critère, l'analyse d'un acte, processus ou pratique à risque :

- par type de prise en charge pour les établissements de plus de 200 lits ;
- et par établissement, pour les établissements de moins de 200 lits, indépendamment du nombre de prises en charge.

#### Questionnement

- ◆ Comment l'acte, le processus ou la pratique à risque ont-ils été identifiés et étudiés ?
- ◆ Quelles sont les raisons qui ont motivé ce choix ?
- ◆ Concernant la pratique à risque étudiée, comment s'assure-t-on que les conditions de sécurité mises en œuvre sont effectives ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Critères de choix de l'acte, du processus ou de la pratique à risque étudiée.
- ◆ Méthode d'analyse de la pratique étudiée.
- ◆ Moyens mis en œuvre pour prévenir les risques évitables.
- ◆ Évaluation de la mise en œuvre des actions assurant la sécurité de la pratique.

#### Documents à consulter

- ◆ Documentation de l'analyse d'un processus à risque.
- ◆ Protocoles.
- ◆ Résultats des évaluations.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsables de secteurs d'activité concernés.
- ◆ Comités vigilance et sécurité, gestionnaire de risques (le cas échéant).

Il convient de décliner dans les constats, les éléments d'appréciation de ce critère, y compris pour la cotation A.



## 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 clinique et médicotechnique. 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.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.

Il est attendu, au titre de ce critère, l'analyse d'un thème sur lequel l'établissement souhaite s'améliorer :

- par type de prise en charge pour les établissements de plus de 200 lits ;
- et par établissement, pour les établissements de moins de 200 lits, indépendamment du nombre de prises en charge.

### Questionnement

- ◆ Comment les événements indésirables liés aux soins sont-ils classés et analysés ?
- ◆ Comment a été identifié l'événement indésirable étudié ?
- ◆ Quelles sont les actions d'amélioration mises en œuvre en relation avec cet événement ?

### Éléments d'appréciation

- ◆ Critères du choix de l'événement indésirable grave.
- ◆ Méthode d'analyse de l'événement indésirable grave étudié.
- ◆ Actions d'amélioration mises en œuvre.
- ◆ Évaluation de la mise en œuvre.

### Documents à consulter

- ◆ Document relatif à l'analyse d'un événement indésirable grave.
- ◆ Compte rendu de réunions d'analyses de morbidité et de mortalité.
- ◆ Recueil et analyse des événements indésirables liés aux soins.

### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsables de secteurs d'activité.
- ◆ Comités vigilance et sécurité, gestionnaire de risques (le cas échéant).

Pour ce critère, il convient de citer seulement le thème sur lequel l'établissement souhaite s'améliorer, sans décrire précisément l'événement indésirable qui a présidé à ce choix.

Les éléments d'appréciation sont déclinés dans les constats, y compris pour la cotation A.

## 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/HAs 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 les indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration.
- 46.f. Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons.

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*.

Pour cette référence, les constats sont rédigés globalement sur la référence et pour l'ensemble des projets présentés, en suivant le plan des critères. De même, la cotation porte sur l'ensemble de la référence. Il n'y a pas de cotation par critère, ni par projet.

## 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/HAS 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.**

#### Questionnement

- ◆ Quelle(s) est(sont) la(les) pathologie(s) ou problème(s) de santé choisi(s) et quelles sont les raisons de ce choix ?
- ◆ Les objectifs des différents projets sont-ils clairement définis ?
- ◆ Le projet est-il validé par les instances ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Justification du choix en termes de fréquence, de priorité stratégique pour l'établissement, d'impact potentiel en termes de santé publique, de marge d'amélioration possible, de faisabilité (moyens alloués dans l'établissement, existence de recommandations ou de référentiels).
- ◆ Définition d'objectifs.
- ◆ Soutien institutionnel.

#### Documents à consulter

- ◆ Projet médical ou orientations stratégiques.
- ◆ Comptes rendus des réunions des groupes projets ou groupes de travail.
- ◆ Descriptif du projet.
- ◆ Comptes rendus d'instances (CME, etc.).

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Chefs des différents projets d'évaluation et groupes projet.
- ◆ Professionnels des secteurs d'activité clinique et médicotechnique concernés.
- ◆ Responsable qualité ou membres de la structure qualité.
- ◆ Directeur, président de la CME, directeur des soins.
- ◆ Responsable de l'information médicale.

Pour cette référence, les constats sont rédigés globalement sur la référence et pour l'ensemble des projets présentés, en suivant le plan des critères. De même, la cotation porte sur l'ensemble de la référence. Il n'y a pas de cotation par critère, ni par projet.

## 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/HAS 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.b

► **Les processus et les pratiques liés à la prise en charge sont analysés.**

#### Questionnement

- ◆ Quelles sont les caractéristiques du projet (champ, méthode utilisée, échantillon, modalités de recueil, etc.) ?
- ◆ Quelle est la composition du groupe de travail ?
- ◆ Quels sont les résultats de l'analyse menée ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Description de la méthode utilisée.
- ◆ Composition du groupe de travail.
- ◆ Rendu du recueil des données et de l'analyse des résultats.

#### Documents à consulter

- ◆ Comptes rendus des réunions des groupes projets ou groupes de travail.
- ◆ Descriptif du projet.
- ◆ Comptes rendus d'instances (CME, etc.).

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Chefs des différents projets d'évaluation et groupes projet.
- ◆ Professionnels des secteurs d'activité clinique et médicotechnique concernés.
- ◆ Responsable qualité ou membres de la structure qualité.
- ◆ Directeur, président de la CME, directeur des soins.
- ◆ Responsable de l'information médicale.

Pour cette référence, les constats sont rédigés globalement sur la référence et pour l'ensemble des projets présentés, en suivant le plan des critères. De même, la cotation porte sur l'ensemble de la référence. Il n'y a pas de cotation par critère, ni par projet.

## 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/HAS 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.c

► **Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte.**

#### Questionnement

- ◆ Le projet s'appuie-t-il sur des données validées (RPC, référentiels, conférences de consensus, consensus formalisés d'experts, mises au point et textes généraux publiés dans les revues professionnelles, dispositions réglementaires applicables) ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Descriptif du projet faisant état des données de la littérature ou recommandations utilisées.

#### Documents à consulter

- ◆ Comptes rendus des réunions des groupes projets ou groupes de travail.
- ◆ Descriptif du projet.
- ◆ Comptes rendus d'instances (CME, etc.).

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Chefs des différents projets d'évaluation et groupes projet.
- ◆ Professionnels des secteurs d'activité clinique et médicotechnique concernés.
- ◆ Responsable qualité ou membres de la structure qualité.
- ◆ Directeur, président de la CME, directeur des soins.
- ◆ Responsable de l'information médicale.

Pour cette référence, les constats sont rédigés globalement sur la référence et pour l'ensemble des projets présentés, en suivant le plan des critères. De même, la cotation porte sur l'ensemble de la référence. Il n'y a pas de cotation par critère, ni par projet.

## 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/HAS 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.d

► **Les objectifs d'amélioration sont définis et les actions mises en œuvre.**

#### Questionnement

- ◆ Les mesures d'amélioration sont-elles définies au terme de l'analyse ?
- ◆ Leur mise en œuvre est-elle programmée ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Plan d'actions suite à l'analyse des résultats.

#### Documents à consulter

- ◆ Comptes rendus des réunions des groupes projets ou groupes de travail.
- ◆ Descriptif du projet.
- ◆ Comptes rendus d'instances (CME, etc.).

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Chefs des différents projets d'évaluation et groupes projet.
- ◆ Professionnels des secteurs d'activité clinique et médicotechnique concernés.
- ◆ Responsable qualité ou membres de la structure qualité.
- ◆ Directeur, président de la CME, directeur des soins.
- ◆ Responsable de l'information médicale.

Pour cette référence, les constats sont rédigés globalement sur la référence et pour l'ensemble des projets présentés, en suivant le plan des critères. De même, la cotation porte sur l'ensemble de la référence. Il n'y a pas de cotation par critère, ni par projet.

## 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/HAS 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.e

► **Les données et les indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration.**

#### Questionnement

- ◆ Des paramètres d'évaluation sont-ils mis en place ?
- ◆ Existe-t-il un dispositif de suivi des résultats ?
- ◆ Existe-t-il un plan de communication des résultats ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Plan de suivi et de communication des résultats.
- ◆ Existence d'indicateurs.

#### Documents à consulter

- ◆ Comptes rendus des réunions des groupes projets ou groupes de travail.
- ◆ Descriptif du projet.
- ◆ Comptes rendus d'instances (CME, etc.).

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Chefs des différents projets d'évaluation et groupes projet.
- ◆ Professionnels des secteurs d'activité clinique et médicotechnique concernés.
- ◆ Responsable qualité ou membres de la structure qualité.
- ◆ Président de la CME et directeur des soins.
- ◆ Responsable de l'information médicale.
- ◆ Directeur.

Pour cette référence, les constats sont rédigés globalement sur la référence et pour l'ensemble des projets présentés, en suivant le plan des critères. De même, la cotation porte sur l'ensemble de la référence. Il n'y a pas de cotation par critère, ni par projet.

## 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/HAS 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.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*.

#### Questionnement

- ◆ Les établissements comparent-ils leurs pratiques à d'autres équipes du même établissement ?
- ◆ Les établissements comparent-ils leurs pratiques à des équipes extérieures ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Existence de comparaison des résultats de ces EPP à ceux d'autres équipes à l'intérieur du même établissement ou avec des équipes extérieures.
- ◆ Actions mises en œuvre à la suite de ces comparaisons.

#### Documents à consulter

- ◆ Comptes rendus des réunions des groupes projets ou groupes de travail.
- ◆ Descriptif du projet.
- ◆ Comptes rendus d'instances (CME, etc.).

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Chefs des différents projets d'évaluation et groupes projet.
- ◆ Professionnels des secteurs d'activité clinique et médicotechnique concernés.
- ◆ Responsable qualité ou membres de la structure qualité.
- ◆ Président de la CME et directeur des soins.
- ◆ Responsable de l'information médicale.
- ◆ Directeur.

Pour cette référence, les constats sont rédigés globalement sur la référence et pour l'ensemble des projets présentés, en suivant le plan des critères. De même, la cotation porte sur l'ensemble de la référence. Il n'y a pas de cotation par critère, ni par projet.



## 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.

## 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.

#### Questionnement

- ◆ Comment est évaluée la politique de GRH au sein de l'établissement ?
- ◆ Quels sont les critères du choix des thèmes d'évaluation ?
- ◆ Comment les résultats sont-ils utilisés dans un processus d'amélioration continue ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Réflexion sur les indicateurs utiles et sur les objectifs poursuivis.
- ◆ Définition d'indicateurs pertinents.
- ◆ Suivi à trois niveaux :
  - contrôle de la mise en œuvre effective des projets RH ;
  - régulation des dysfonctionnements ;
  - évaluation des résultats de la politique mise en œuvre.

#### Documents à consulter

- ◆ Enquête de satisfaction du personnel ou audit social.
- ◆ Bilan social.
- ◆ Indicateurs.
- ◆ Comptes rendus des instances.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Directeur.
- ◆ DRH ou responsable du personnel (y compris médical).
- ◆ Directeur des soins.
- ◆ Président ou membre de la CME.
- ◆ Partenaires sociaux.
- ◆ Représentants des instances.
- ◆ Responsables des secteurs d'activité.
- ◆ Professionnels des secteurs d'activité.

#### Description de la cotation A

L'établissement de santé a défini des indicateurs pertinents et réalise une évaluation lui permettant : un contrôle de la mise en œuvre effective des projets RH, une évaluation des résultats de la politique mise en œuvre, une régulation des dysfonctionnements.

## RÉFÉRENCE 47

*Une évaluation de la politique des ressources humaines est mise en œuvre.*

### 47.b

► **La satisfaction des professionnels de l'établissement est évaluée et prise en compte.**

#### Questionnement

- ◆ Quelles sont les modalités de recueil de la satisfaction des professionnels ?
- ◆ Quelle utilisation en fait l'établissement ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Existence d'enquêtes de satisfaction ou d'audits sociaux.
- ◆ Périodicité définie.
- ◆ Prise en compte des résultats en relation avec les instances et partenaires sociaux.

#### Documents à consulter

- ◆ Résultats des enquêtes.
- ◆ Bilan social.
- ◆ Comptes rendus des instances.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Directeur.
- ◆ DRH ou responsable du personnel (y compris médical).
- ◆ Directeur des soins.
- ◆ Président ou membre de la CME.
- ◆ Partenaires sociaux.
- ◆ Représentants des instances.
- ◆ Responsables des secteurs d'activité.
- ◆ Professionnels des secteurs d'activité.

#### Description de la cotation A

Il existe à périodicité définie des enquêtes de satisfaction du personnel ou des audits sociaux dont les résultats sont pris en compte en relation avec les instances et les partenaires sociaux.

## **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.

## 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.

##### Questionnement

- ◆ Comment et à quelle périodicité la satisfaction des utilisateurs est-elle recueillie ?
- ◆ Comment la prise en compte des demandes d'amélioration des prestations logistiques est-elle décidée ?

##### Éléments d'appréciation

- ◆ Modalités d'expression des utilisateurs (questionnaires de satisfaction, réunions de service).
- ◆ Organisation d'une périodicité des évaluations (variable selon les prestations).
- ◆ Analyse et exploitation des résultats d'évaluations.
- ◆ Identification des actions correctives.
- ◆ Bilans des évaluations avec les prestataires externes.

##### Documents à consulter

- ◆ Enquêtes de satisfaction.
- ◆ Registre des plaintes.
- ◆ Fiches de signalement ou d'événements indésirables.
- ◆ Procès-verbal de réunions de service ou autres.

##### Personnes à rencontrer

- ◆ Directeur.
- ◆ Responsable logistique.
- ◆ Responsable qualité.
- ◆ Personnel des secteurs d'activité.
- ◆ Patients.

##### Description de la cotation A

Une analyse à périodicité définie de la satisfaction des responsables des secteurs d'activité est organisée par l'établissement pour l'ensemble des prestations logistiques. Elle permet l'identification d'actions d'amélioration et des bilans d'évaluation avec les prestataires externes.

## RÉFÉRENCE 48

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

### 48.b

► **L'analyse des prestations logistiques donne lieu à des actions d'amélioration.**

#### Questionnement

- ◆ Toutes les prestations logistiques sont-elles évaluées ?
- ◆ Quelles sont celles qui ont fait l'objet d'actions d'amélioration dans les dernières années ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Périodicité d'évaluation des différentes prestations logistiques.
- ◆ Critères d'évaluation retenus pour l'analyse des prestations logistiques (réponses aux besoins des utilisateurs, adaptation à l'évolution des activités de l'établissement déterminées dans le projet d'établissement, respect des nouvelles normes de sécurité, prise en compte des incidents et événements indésirables).
- ◆ Actions d'amélioration mises en place.

#### Documents à consulter

- ◆ Bilans des questionnaires de satisfaction et des demandes des secteurs d'activité.
- ◆ Procès-verbaux des réunions secteurs d'activité – direction.
- ◆ Plans d'actions.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Directeur.
- ◆ Responsable logistique.
- ◆ Responsable qualité.
- ◆ Personnel des secteurs d'activité.

#### Description de la cotation A

L'analyse des prestations logistiques permet de mettre en œuvre des actions d'amélioration dans tous les domaines.

## 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 chaque patient ;
- archivage du dossier : matériel, lieux et modalités de stockage.

## 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.**

#### Questionnement

- ♦ Comment le recueil et l'analyse des dysfonctionnements du système d'information sont-ils organisés ?
- ♦ Des actions correctrices sont-elles mises en œuvre en conséquence et lesquelles ?

#### Éléments d'appréciation

- ♦ Organisation permettant le recueil des dysfonctionnements sur les différents champs du SI (méthodes, responsables identifiés, modalités d'alerte, modalités d'analyse et de traitement).
- ♦ Actions d'amélioration mises en œuvre.

#### Documents à consulter

- ♦ Procédures, protocoles, etc.
- ♦ Bilan des dysfonctionnements.

#### Personnes à rencontrer

- ♦ Responsable du SI.
- ♦ Représentant du DIM.
- ♦ Responsables de secteur clinique.

#### Description de la cotation A

L'identification des dysfonctionnements du système d'information avec les acteurs concernés, permet de développer une analyse et un traitement pour y remédier.



## RÉFÉRENCE 49

*Une évaluation du système d'information est mise en œuvre.*

### 49.b

#### ► La satisfaction des utilisateurs est évaluée et prise en compte.

##### Questionnement

- ◆ Comment le recueil de la satisfaction des utilisateurs du SI est-il organisé ?
- ◆ Quelles actions d'amélioration ont-elles été mises en œuvre ?

##### Éléments d'appréciation

- ◆ Définition d'une méthodologie de recueil de la satisfaction des utilisateurs (méthodes, identification des utilisateurs, fréquence).
- ◆ Mise en œuvre du recueil de la satisfaction.
- ◆ Exploitation et la communication des résultats.

##### Documents à consulter

- ◆ Procédure de recueil.
- ◆ Bilan de recueil de la satisfaction.

##### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsable du SI.
- ◆ Responsable du DIM.
- ◆ Responsables des secteurs d'activité.
- ◆ Utilisateurs.

##### Description de la cotation A

Il existe un recueil régulier et adapté de la satisfaction des différents utilisateurs du système d'information. Cette évaluation est analysée, communiquée et permet de réajuster le système d'information.

## RÉFÉRENCE 49

*Une évaluation du système d'information est mise en œuvre.*

### 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 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.

#### Questionnement

- ◆ L'établissement évalue-t-il le dossier du patient ?
- ◆ Quels sont les champs évalués ? Comment ?
- ◆ Comment les résultats de cette évaluation sont-ils pris en compte ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Organisation définie avec les instances pour évaluer la gestion du dossier dans tous les secteurs d'activité (méthodes, responsables, fréquence, etc.).
- ◆ Analyse, exploitation et communication des résultats.
- ◆ Actions d'amélioration issues de ces résultats.

#### Documents à consulter

- ◆ Procédure d'évaluation du dossier.
- ◆ Procès-verbaux des instances.
- ◆ Bilan des évaluations.
- ◆ Rapport annuel de la CRU (demandes d'accès au dossier).
- ◆ Plans d'amélioration issus de ces évaluations.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Président de la CME.
- ◆ Directeur des soins.
- ◆ Responsable du DIM.
- ◆ Responsable des archives médicales.
- ◆ Membres de la CRU.
- ◆ Responsables des secteurs d'activité.

#### Description de la cotation A

Une évaluation de la gestion du dossier est réalisée régulièrement dans tous les secteurs d'activité en relation avec les instances. L'analyse et l'exploitation de ces résultats permettent de faire progresser la gestion du dossier au niveau de l'institution.

## 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 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.**

#### Questionnement

- ◆ L'établissement évalue-t-il la réalisation des objectifs de son programme qualité et risques ?
- ◆ Comment l'évalue-t-il ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Modalités d'évaluation de l'atteinte des objectifs.
- ◆ Indicateurs permettant de suivre les objectifs des projets.
- ◆ Analyse des écarts entre les objectifs et les résultats obtenus.
- ◆ Décisions prises suite à l'évaluation de la mise en œuvre.

#### Documents à consulter

- ◆ Programme qualité et risques.
- ◆ Rapport d'activité de la structure qualité ou document équivalent.
- ◆ Tableau de bord de suivi du projet qualité.
- ◆ Comptes rendus de comité de pilotage ou de revue de direction.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsable qualité, gestionnaire de risques.
- ◆ Directeur.
- ◆ Responsables des autres fonctions qualité (vigilances, CLIN, etc.).

#### Description de la cotation A

L'établissement a mis en place un système comprenant la définition et le suivi d'objectifs qualité. Il suit l'atteinte des objectifs et prend les mesures correctives appropriées en cas d'écart entre la prévision et la réalisation.

## RÉFÉRENCE 50

*La mise en œuvre du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est 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.

#### Questionnement

- ◆ L'établissement évalue-t-il l'efficacité de sa gestion des risques et de ses vigilances ?
- ◆ L'établissement a-t-il défini les critères et/ou les indicateurs pour évaluer cette efficacité et quels sont-ils ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Méthode d'évaluation de l'efficacité de la gestion des risques et des vigilances.
- ◆ Critères et indicateurs retenus montrant des améliorations sur certains risques.
- ◆ Actions concrètes sur certains risques avec obtention d'amélioration.
- ◆ Nombre de déclarations sur les différentes vigilances.
- ◆ Avis des professionnels sur le dispositif de gestion des risques et de vigilances.

#### Documents à consulter

- ◆ Rapport d'activité de la structure qualité et gestion des risques ou document équivalent.
- ◆ Rapport d'activité des structures de vigilances sanitaires.
- ◆ Compte rendu des réunions qualité, risques et vigilances : notamment identification des situations de risque et des solutions apportées.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsable qualité, gestionnaire de risques.
- ◆ Directeur.
- ◆ Responsables des autres fonctions qualité (vigilances, CLIN, etc.).
- ◆ Professionnels.

#### Description de la cotation A

L'établissement a défini les critères lui permettant d'évaluer l'efficacité de son dispositif de gestion des risques. Il procède régulièrement à cette évaluation et prend les mesures correctives appropriées.

## Référence 50

*La mise en œuvre du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est évaluée.*

### 50.c

► **La maîtrise de la documentation est évaluée.**

#### Questionnement

- ◆ Les modalités prévues de gestion documentaire sont-elles appliquées dans l'établissement ?
- ◆ L'établissement s'assure-t-il de la capacité de son système de gestion documentaire à mettre à disposition l'information ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Modalités d'évaluation de la gestion documentaire.
- ◆ Résultats de l'évaluation selon ces modalités.
- ◆ Satisfaction des professionnels dans l'accès aux documents.

#### Documents à consulter

- ◆ Résultats d'évaluation de la gestion documentaire.
- ◆ Documentation qualité dans les secteurs d'activité.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsable qualité.
- ◆ Cadres et professionnels des secteurs d'activité.

#### Description de la cotation A

L'établissement s'assure régulièrement que les modalités de gestion documentaire définies dans l'établissement sont appliquées et qu'elles donnent satisfaction aux utilisateurs.

## 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 retours 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 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 retours 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.

#### **Questionnement**

- ◆ Quels outils l'établissement utilise-t-il pour évaluer la satisfaction du patient et de son entourage ?
- ◆ Quelles actions d'amélioration ont-elles été mises en place à la suite de ces évaluations ?

#### **Éléments d'appréciation**

- ◆ Existence d'un dispositif de recueil de la satisfaction des patients et de son entourage (questionnaires de sortie, enquêtes de satisfaction pendant ou à distance du séjour, etc.).
- ◆ Analyse des résultats des évaluations.
- ◆ Mise en place d'actions d'amélioration.

#### **Documents à consulter**

- ◆ Résultats des questionnaires de sortie.
- ◆ Résultats d'enquêtes de satisfaction.
- ◆ Programme d'amélioration de la qualité.
- ◆ Comptes rendus et rapport annuel de la CRU, le cas échéant.

#### **Personnes à rencontrer**

- ◆ Représentants d'usagers et/ou patients.
- ◆ Responsable qualité.
- ◆ Personnes chargées de la relation avec le patient.

#### **Description de la cotation A**

Il existe un dispositif de recueil et d'analyse de la satisfaction des patients et de leur entourage dont les résultats sont pris en compte dans un plan d'amélioration de la qualité.



## RÉFÉRENCE 51

*La satisfaction du patient et de son entourage est évaluée.*

### 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.

#### Questionnement

- ◆ L'établissement mesure-t-il les délais d'attente ? Lesquels ? Pourquoi ?
- ◆ Des actions de réduction des délais ont-elles été mises en place suite à l'analyse réalisée ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Existence d'un dispositif de mesure des délais d'attente.
- ◆ Analyse des délais d'attente.
- ◆ Mise en place d'actions d'amélioration.

#### Documents à consulter

- ◆ Suivi d'indicateurs.
- ◆ Résultats d'enquêtes.
- ◆ Programme d'amélioration de la qualité.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsables des secteurs d'activité.
- ◆ Représentants d'usagers et/ou patients.
- ◆ Responsable qualité et personnes chargées de la relation avec les patients.

#### Description de la cotation A

Il existe un dispositif de recueil régulier et d'analyse des délais d'attente dont les résultats sont pris en compte dans un plan d'amélioration de la qualité.

## RÉFÉRENCE 51

*La satisfaction du patient et de son entourage est évaluée.*

### 51.c

► **Les réclamations et les plaintes des patients sont suivies d'actions d'amélioration.**

#### Questionnement

- ◆ Comment l'établissement traite-t-il les plaintes et les réclamations ?
- ◆ Les résultats de l'analyse sont-ils utilisés pour définir et ou actualiser un plan d'amélioration ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Existence d'un dispositif opérationnel de gestion des plaintes et réclamations (réception, analyse, réponse aux usagers, traitement des dysfonctionnements).
- ◆ Mise en œuvre d'actions d'amélioration.

#### Documents à consulter

- ◆ Registre des plaintes.
- ◆ Compte rendu et rapport de la commission des relations avec les usagers et de la qualité, le cas échéant.
- ◆ Programme d'amélioration de la qualité.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Membres de la CRU.
- ◆ Responsable qualité et personnes chargées de la relation avec les patients.
- ◆ Responsables médicaux et soignants.

#### Description de la cotation A

Un dispositif opérationnel de gestion des plaintes et réclamations permet une analyse et une réponse individuelles et systématiques. Ce dispositif est exploité dans le cadre de l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité.

## RÉFÉRENCE 51

*La satisfaction du patient et de son entourage est évaluée.*

### 51.d

► **Les résultats de ces évaluations font l'objet d'échanges avec les représentants des usagers de l'établissement.**

#### Questionnement

- ♦ La diffusion des résultats des évaluations aux représentants d'usagers est-elle organisée périodiquement ?
- ♦ Une concertation avec les représentants d'usagers est-elle organisée ?
- ♦ Des pistes d'amélioration sont-elles définies dans le cadre de ces concertations ?

#### Éléments d'appréciation

- ♦ Diffusion des résultats des évaluations auprès des représentants d'usagers.
- ♦ Existence d'une concertation entre l'établissement et les représentants d'usagers sur les résultats des enquêtes de satisfaction.
- ♦ Définition des pistes d'amélioration lors des concertations avec les représentants d'usagers.

#### Documents à consulter

- ♦ Rapport annuel de la CRU.

#### Personnes à rencontrer

- ♦ Représentants d'usagers.
- ♦ Responsable qualité ou personnes chargées des relations avec les patients.

#### Description de la cotation A

Il existe une concertation régulière entre l'établissement et les représentants d'usagers autour des résultats des évaluations concernant la satisfaction des usagers pour définir des priorités d'amélioration.

## 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.

## 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.**

#### Questionnement

- ◆ Y a-t-il un recensement des actions impliquant les correspondants externes habituels de l'établissement ?
- ◆ Comment l'établissement évalue-t-il les actions mises en œuvre et quelles mesures d'amélioration sont-elles prises ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Recensement des actions d'implication des correspondants.
- ◆ Évaluations et actions d'amélioration.

#### Documents à consulter

- ◆ Enquêtes et analyses.
- ◆ Procès-verbaux des réunions du service de communication.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Directeur des affaires médicales, président de la CME.
- ◆ Directeur.
- ◆ Chargé de communication.

#### Description de la cotation A

L'établissement a recensé les actions mises en œuvre pour impliquer les correspondants. Il les évalue et met en œuvre, le cas échéant, des actions d'amélioration.

## RÉFÉRENCE 52

*Les relations avec les correspondants externes de l'établissement sont évaluées.*

### 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.

#### Questionnement

- ◆ Quels outils l'établissement utilise-t-il pour évaluer la satisfaction des correspondants ?
- ◆ Quelles actions d'amélioration ont-elles été mises en place à la suite de ces évaluations ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Existence d'un dispositif de recueil de la satisfaction des correspondants.
- ◆ Analyse des résultats des évaluations.
- ◆ Mise en place d'actions d'amélioration.

#### Documents à consulter

- ◆ Résultats d'enquêtes de satisfaction.
- ◆ Programme d'amélioration de la qualité.
- ◆ Liste des correspondants externes identifiés.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Responsables des secteurs d'activité.
- ◆ Correspondants externes.
- ◆ Responsable qualité.

#### Description de la cotation A

La mesure de la satisfaction des correspondants est organisée et régulièrement effectuée. Les résultats sont exploités et utilisés pour la mise en place d'actions d'amélioration qui font l'objet d'un retour d'information aux professionnels concernés.

## 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.

## 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.**

#### Questionnement

- ◆ Comment les responsables se sont-ils organisés pour que le suivi de la mise en œuvre des orientations stratégiques permette, le cas échéant, le réajustement des objectifs ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Indicateurs et tableaux de bord utilisés.
- ◆ Modalités d'exploitation et d'analyse de ces données.
- ◆ Rapports d'activité annuels.
- ◆ Procédures de réajustement des objectifs tenant notamment compte du SROS.

#### Documents à consulter

- ◆ Notes d'orientation stratégiques.
- ◆ Rapports d'activité annuels.
- ◆ Plan de réajustement des objectifs, le cas échéant.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Directeur.
- ◆ Président du CA.
- ◆ Président de la CME.

#### Description de la cotation A

Le suivi de la mise en œuvre des orientations stratégiques est organisé. Le recueil et l'exploitation des données permettent aux responsables de procéder aux réajustements des objectifs.



## Référence 53

*La mise en œuvre des orientations stratégiques de l'établissement est évaluée et analysée.*

### 53.b

► **La direction et les instances disposent d'éléments permettant les comparaisons avec des établissements similaires.**

#### Questionnement

- ◆ Sur quels éléments sont basées les comparaisons entre l'établissement et des établissements similaires ?
- ◆ Comment sont utilisés les résultats des comparaisons ?

#### Éléments d'appréciation

- ◆ Éléments standardisés permettant les comparaisons (données du PMSI et de la SAE, etc.).
- ◆ Procédures d'analyse, d'interprétation et de réajustement des écarts.

#### Documents à consulter

- ◆ Indicateurs standardisés pour la comparaison.
- ◆ Procédures d'analyse, d'interprétation et le cas échéant, de réajustement en cas d'écart.

#### Personnes à rencontrer

- ◆ Directeur.
- ◆ Responsable du DIM.

#### Description de la cotation A

Un dispositif permettant les comparaisons avec des établissements similaires est en place et permet, le cas échéant, aux responsables de procéder aux réajustements des orientations stratégiques.

## Référence 53

*La mise en œuvre des orientations stratégiques de l'établissement est évaluée et analysée.*

### 53.c

#### ► Les résultats font l'objet d'une communication interne.

##### Questionnement

- ◆ Quel dispositif est en place pour faire connaître aux professionnels les résultats des orientations stratégiques ?

##### Éléments d'appréciation

- ◆ Définition des cibles.
- ◆ Définition des résultats faisant l'objet de la communication.
- ◆ Définition des supports de communication.
- ◆ Moyens d'actions identifiés.

##### Documents à consulter

- ◆ Supports écrits (journal interne, intranet, livret d'accueil du personnel, etc.).
- ◆ Comptes rendus de réunions de direction, de réunion de l'encadrement, des instances, etc.

##### Personnes à rencontrer

- ◆ Professionnels de l'établissement.
- ◆ Représentants du personnel.
- ◆ Chargé de communication.

##### Description de la cotation A

Une organisation de la communication est en place afin de transmettre régulièrement les résultats de la mise en œuvre des orientations stratégiques aux responsables et aux professionnels concernés.

## **GROUPES DE TRAVAIL ET DE LECTURE**

---

### **Comité de pilotage**

M. Philippe JOURDY, chef du service accréditation des établissements de santé, direction de l'accréditation (DAC), HAS.

Mme Rose-Marie ANDRIEUX, chef de projet, mission formation, DAC, HAS.

Dr Charles BRUNEAU, conseiller technique, direction de l'accréditation, DAC, HAS.

M. Philippe CHEVALIER, adjoint au chef de service, service accréditation des établissements de santé, DAC, HAS.

Dr Thierry LAVERGNE, adjoint au chef de service, service accréditation des établissements de santé, DAC, HAS.

Mme Michèle LENOIR-SALFATI, responsable mission formation, DAC, HAS.

Dr Vincent MOUNIC, conseiller technique, direction de l'accréditation, DAC, HAS.

Dr Roger PESCHAUD, chargé de mission, service accréditation des établissements de santé, DAC, HAS.

### **Groupes de travail**

Dr Nafissa ABDELMOUMÈNE, chef de projet, service accréditation des établissements de santé, DAC, HAS.

Mme Isabelle ALQUIER, chef de projet, service accréditation des établissements de santé, DAC, HAS.

Mme Rose-Marie ANDRIEUX, chef de projet, mission formation, DAC, HAS.

Mme Marie-Laure BARBOTIN, chef de projet, service accréditation des établissements de santé, DAC, HAS.

Mme Marianne BLANC, chef de projet, service accréditation des établissements de santé, DAC, HAS.

Dr Matthieu BOUSSARIE, adjoint au chef de service, service accréditation des établissements de santé, DAC, HAS.

Dr Charles BRUNEAU, conseiller technique, direction de l'accréditation, DAC, HAS.

M. Didier BRUNEAU, chef de projet, service accréditation des établissements de santé, DAC, HAS.

Dr Philippe CABARROT, chef de projet, service accréditation des établissements de santé, DAC, HAS.

M. Philippe CHEVALIER, adjoint au chef de service, service accréditation des établissements de santé, DAC, HAS.

Mme Sabine COHEN, adjoint au chef de service, service accréditation des établissements de santé, DAC, HAS.

M. Thierry DE LAMBERT, chef de projet, service accréditation des établissements de santé, DAC, HAS.

Mme Anne DEPAIGNE-LOTH, chef de projet, service accréditation des établissements de santé, DAC, HAS.

Mme Sylvia DESNOYERS, secrétaire de direction, service accréditation des établissements de santé, DAC, HAS.

Mme Isabelle DORLÉANS, chef de projet, service accréditation des établissements de santé, DAC, HAS.

Mme Dominique FERRÉOL, chef de projet, service accréditation des établissements de santé, DAC, HAS.

Mme Catherine GHISTE-REYNAUD, chef de projet, service accréditation des établissements de santé, DAC, HAS.

Mme Anne-Sophie GROSSEMY, chef de projet, service accréditation des établissements de santé, DAC, HAS.

Mme Marguerite GUEMBOURA-PONCE, chef de projet, service accréditation des établissements de santé, DAC, HAS.

Mme Frédérique HANQUAUT, chef de projet, service accréditation des établissements de santé, DAC, HAS.

M. Amah KOUEVI, chef de projet, service accréditation des établissements de santé, DAC, HAS.

Dr Thierry LAVERGNE, adjoint au chef de service, service accréditation des établissements de santé, DAC, HAS.

Mme Michèle LENOIR-SALFATI, responsable mission formation, DAC, HAS.

Mme Fabienne MENOT, adjointe au chef du service accréditation des établissements de santé, DAC, HAS.

Dr Vincent MOUNIC, conseiller technique, DAC, HAS.

M. Hervé NABARETTE, chef de projet, direction de l'information et de l'innovation, HAS.

Mme Caroline PANSA, chef de projet, service accréditation des établissements de santé, DAC, HAS.

Dr Jean PETIT, chargé de mission, service accréditation des établissements de santé, DAC, HAS.

Dr Isabelle RULLON, chef de projet, service accréditation des établissements de santé, DAC, HAS.

Dr Marie SAJUS, chef de projet, service accréditation des établissements de santé, DAC, HAS.

Mme Yasmina SAMI, chef de projet, service accréditation des établissements de santé, DAC, HAS.

M. Stéphane THIBAUT, chef de projet, service accréditation des établissements de santé, DAC, HAS.

Mme Christine VERMEL, chef de projet, service accréditation des établissements de santé, DAC, HAS.

### **Groupe de lecture**

Mme Laure ALBERTINI-DITTRICK, chef de bureau droits des patients et associations, direction des affaires juridiques et des droits du patient, assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP), Paris.

Dr Pierre ALZIAR, chirurgien, département de l'information médicale (DIM), expert-visiteur auprès de la HAS, centre hospitalier, Digne.

M. Christian ANASTASY, directeur général, mutualité de la Loire, Saint-Étienne cedex.

Mme Éliane APERT, sous-directeur de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé, direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), ministère de la Santé et des Solidarités, Paris.

M. Pierre-Jean BARGNOUX, pharmacien biologiste, expert-visiteur coordonnateur auprès de la HAS, centre Jean-Perrin, Clermont-Ferrand.

Dr Jean-Luc BARON, chirurgien esthétique, clinique Clémentville, Montpellier.

Dr Jacques-Henry BAUER, DIM, polyclinique de Franche-Comté, Mamirolle.

Mme Sophie BEURAIN, directrice, hôpital privé Clairval, Générale de santé, Marseille.

M. Robert BOBIN, directeur des affaires juridiques et de la qualité, centre hospitalier du pays d'Aix-en-Provence, Aix-en-Provence.

Pr Paul BOULÉTREAU, anesthésie réanimation – nutrition artificielle, hôpital Édouard-Herriot, Lyon.

M. Philippe BOURREL, directeur des soins, centre hospitalier universitaire, Nantes.

M. Gérard BOUYSSOUX, directeur général retraité, Chaponost.

Dr Pierre BUTTET, chargé de mission, institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Saint-Denis.

Dr Philippe CABARROT, adjoint au chef de service, service évaluation des pratiques professionnelles, direction générale, HAS.

M. Bernard CANAC, cadre supérieur infirmier, responsable assurance qualité, expert-visiteur coordonnateur auprès de la HAS, centre hospitalier Sainte-Marie, Rodez.

M. Jean CASTEX, directeur de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS), ministère de la Santé et des Solidarités, Paris.

Mme Christine CEAUX, directeur de soins médicotextuelles, coordonnateur général, service rééducation, Hôtel-Dieu, centre hospitalier universitaire, Toulouse.

Dr François CHAPIREAU, psychiatre, expert-visiteur coordonnateur auprès de la HAS, centre hospitalier, ERASME, Antony.

Mme Christiane CHEVILLARD, cadre supérieur infirmier, adjointe à la déléguée régionale, association nationale de formation du personnel hospitalier Île-de-France (ANFH-IDF), Paris.

Dr Ken DANIS, président de la fédération de l'hospitalisation privée (FHP), Paris.

Mme Annie DARDILHAC, directeur du service de soins infirmiers, expert-visiteur coordonnateur auprès de la HAS, centre hospitalier, Saint-Junien.

Mme Geneviève DAVID, directeur des soins, coordonnateur général des soins, centre hospitalier universitaire, Angers.

Dr Sophie de CHAMBINE, département de l'information médicale, direction de la politique médicale ; AP-HP, Paris.

M. Gérard DELAHAYE, directeur, centre hospitalier Philippe-Pinel, route de Paris, Amiens.

Mme Corinne DELAMAIRE, chargé de mission, programme nutrition, institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Saint-Denis.

M. Michel DELCEY, conseiller national médical, association des paralysés de France, collectif interassociatif sur la santé (CISS), Paris.

Dr Daniel DEPARCY, médecine physique et de réadaptation, centre hospitalier de Dron, Tourcoing.

Dr Marie-Ange DESAILLY-CHANSON, médecin coordonnateur du réseau qualité CRIQUE, présidente de la CME du CHD, secrétaire de la conférence nationale des présidents de CME de CH, CHD, La Roche-sur-Yon.

M. Jean-Pierre DEYMIER, expert-visiteur coordonnateur auprès de la HAS, clinique Pasteur, Toulouse.

Mme Véronique DREYER, expert-visiteur coordonnateur auprès de la HAS, directeur du service de soins infirmiers, centre hospitalier universitaire, Rennes.

Mme Édith DUFAY, pharmacien, chef de service, centre hospitalier, Lunéville.

Mme Marie-Françoise DUMAY, gestionnaire de risques, fondation hôpital Saint-Joseph, Paris.

M. Yves Jean DUPUIS, directeur général, fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés (FEHAP), Paris.

Mme Michèle ELLES, directeur chargé des relations avec les usagers, de l'accréditation et des vigilances, hôpitaux universitaires, Strasbourg.

Mme Martine ERB, cadre de santé hygiéniste, service de gestion du risque infectieux, centre hospitalier universitaire, Lille.

Dr Monique FERRY, service gériatrie, centre hospitalier, Valence.

Mme Sylvie FOISSAUD, expert-visiteur coordonnateur auprès de la HAS, ingénieur en organisation, centre hospitalier universitaire, Angers.

Dr Cécile FOURNIER, chargée de mission, institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Saint-Denis.

Pr Patrice FRANCOIS, unité d'évaluation, pavillon Taillefer, centre hospitalier universitaire, Grenoble.

Pr Rémi GAGNAYRE, laboratoire de pédagogie de la santé, hôpital Avicenne, AP-HP, Bobigny.

M. Alain GAILLARD, directeur, Agence régionale d'hospitalisation d'Auvergne, Chamalières.

M. Hubert GARRIGUE-GUYONNAUD, directeur, centre hospitalier, Blois.

Pr Laurent GERBAUD, responsable de la délégation à la qualité, département de santé publique, centre hospitalier universitaire Hôtel-Dieu, Clermont-Ferrand.

M. Jean-Marc GIANGUALANO, expert-visiteur coordonnateur auprès de la HAS, directeur adjoint, centre hospitalier général, Ajaccio.

Dr Jacques GLIKMAN, psychiatre, centre médicopsychologique, Épinay-sur-Seine.

Dr Catherine GRENIER-SENNELIER, responsable du secteur qualité-indicateurs, fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC), Paris.

Mme Claude GUELDRY, directrice du bureau de l'assurance qualité et de l'information médico-technique de l'hospitalisation privée (BAQIMEHP), Paris.

M. Alain GUEY, ingénieur, département qualité gestion des risques, hôpitaux civils, Lyon.

M. Jean-Baptiste HAGENMULLER, directeur du projet et des affaires médicales, hôpital Saint-Antoine, Paris.

M. Joseph HAJJAR, expert-visiteur coordonnateur auprès de la HAS, centre hospitalier, Valence.

Dr Yvan HALIMI, président, conférence nationale des présidents des commissions médicales d'établissements des centres hospitaliers spécialisés, centre hospitalier spécialisé Mazurelle, hôpital sud, La Roche-sur-Yon.

Dr Ghada HATEM-GANTZER, expert-visiteur coordonnateur auprès de la HAS, hôpital d'instruction des armées Begin, Saint-Mandé.

Dr Sylvie HAULON, hôpital Broca, AP-HP, Paris.

Dr Éric HERGON, chargé de mission risque et qualité, institut national de la transfusion sanguine, Paris.

M. Antoine JACQUET, expert-visiteur coordonnateur auprès de la HAS, directeur, hospices civils, Beaune.

Dr Annie-Pierre JONVILLE-BÉRA, président du comité des vigilances sanitaires, centre régional de pharmacovigilance, service de pharmacologie, centre hospitalier régional universitaire, Tours.

Mme Véronique JOST, pharmacien, Stérilisation du Bocage, CHU, Dijon.

Mme Martine LABROUSSE, DSIO directeur du système d'information et de l'organisation, centre hospitalier Saint-Joseph, Paris.

M. Jean-Paul LACHAT, anesthésiste-réanimateur, expert-visiteur coordonnateur auprès de la HAS, clinique mutualiste, Saint-Étienne.

Mme Nathalie LAJZEROWICZ, expert-visiteur coordonnateur auprès de la HAS, clinique mutualiste du médoc, Lesparre-Médoc.

M. Marc LEJEUNE, responsable de l'architecture du système d'information, centre hospitalier régional universitaire, Lille.

Dr Alain LELLOUCH, chef de service, département d'information médicale, hôpital de Poissy-Saint-Germain-en-Laye, Saint-Germain-en-Laye.

Dr Philippe LOIRAT, chef du service de réanimation polyvalente, hôpital Foch, Suresnes.

M. André LOTH, directeur du système d'information, centre hospitalier régional universitaire, Lille.

Mme Dominique MALLET, expert-visiteur coordonnateur auprès de la HAS, clinique du golfe, Marseille.

Mme Danièle MARANDE, coordonnatrice générale des soins hospitalisation à domicile, AP-HP, Paris.

M. Yvonnick MORICE, directeur général, centre hospitalier universitaire, Angers.

Dr Lydie NICOLAS, hospitalisation à domicile, centre hospitalier universitaire, Grenoble.

M. Pierre PAMART, expert-visiteur coordonnateur auprès de la HAS, établissement public de santé mentale Lille-Métropole, Armentières.

Mme Marie-Hélène PARIS, expert-visiteur auprès de la HAS, centre hospitalier, Nérès-les-Bains.

M. Jacques PAULUS, association française contre les myopathies (AFM), Évry.

Mme Monique PENON-CAMPAS, cadre de rééducation, expert-visiteur coordonnateur auprès de la HAS, centre médical Saint-Christophe, Bouc-Bel-Air.

M. Jean-Pierre PERREARD, directeur des ressources humaines, expert-visiteur coordonnateur auprès de la HAS, centre hospitalier, Saint-Etienne.

Dr Marie-Laure PIBAROT, responsable prévention des risques sanitaires, AP-HP, mission urgences risques sanitaires, Paris.

Dr Anne-Sylvie POISSON-SALOMON, méthodologiste en évaluation, direction du système qualité, hôpital Necker-Enfants Malades, Paris.

Mme Badette PONY-MILOCHAU, pharmacien, polyclinique d'Armor-et-d'Argoat, Guingamp.

Mme Frédérique POTHIER, chef du service de l'accréditation des médecins, DAC, HAS.

M. Michel PREZ, expert-visiteur auprès de la HAS, Marcq-en-Barœul.

Mme Marie-Christine PUISSANT, diététicienne, AP-HP, Paris.

Dr Jean-François QUARANTA, coordination des vigilances sanitaires et de la gestion des risques, cellule d'hémovigilance, hôpital de Cimiez, centre hospitalier universitaire, Nice.

Pr Muriel RAINFRAY, centre de gériatrie Henri-Choussat, centre hospitalier universitaire de Bordeaux, Pessac.

M. Jean-Luc RENEVIER, expert-visiteur coordonnateur auprès de la HAS, clinique médicale et cardiologique, Goussonville.

Mme Claude RIEUX, ingénieur biomédical, gestionnaire des risques, direction qualité gestion des risques, centre hospitalier universitaire, Hôtel-Dieu, Toulouse.

Mme Florence ROSTAN, chargé de mission programme nutrition, institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Saint-Denis.

Dr Corinne ROY, médecin urgentiste, centre hospitalier, Blois.

M. Gilles RUAL, cadre infirmier, expert-visiteur coordonnateur auprès de la HAS, centre hospitalier, Saint-Nazaire.

Mme Catherine SABATIER, responsable qualité, centre hospitalier, Valence.

M. Bernard SAINT-SEVIN, ingénieur-qualiticien, direction qualité gestion des risques, centre hospitalier universitaire, Hôtel-Dieu, Toulouse.

Mme Sylvaine SEVEIGNES, directrice des soins, HAD soins et santé, Caluire.

Dr Michel SFEZ, médecin anesthésiste, gestionnaire de risques, président, Société française des gestionnaires de risques sanitaires (SoFGRES), Paris.

Dr Jean-François SICARD, service d'anesthésie-réanimation, hôpital Tenon, Paris.

Mme Brigitte SILVERA, cadre hygiéniste, hospitalisation à domicile, AP-HP, Paris.

Dr Pascal STACCINI, chef du DIM, centre hospitalier universitaire, Nice.

Melle Julia TABATH, administratrice, association française contre les myopathies, Évry.

M. Bruno TERRINE, responsable du personnel médical, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris.

Mme Armelle THEBAULT, pharmacien chef de service, centre hospitalier intercommunal, Créteil.

M. Dominique THIVEAUD, pharmacien gestionnaire des risques, direction qualité gestion des risques, centre hospitalier universitaire de Toulouse Hôtel-Dieu, Toulouse.

Dr Christophe TRIVALLE, service de gériatrie et de soins palliatifs, hôpital Paul-Brousse, Villejuif.

Dr Catherine TROPHILME, hémovigilante centrale et de l'hôpital Bichat-Claude-Bernard, AP-HP, Paris.

M. Pierre TRUDELLE, chef de projet, service évaluation des pratiques, HAS.

Mme Jocelyne UHL, expert-visiteur coordonnateur auprès de la HAS, cadre infirmier supérieur honoraire, responsable qualité, unité évaluation, service formation continue, référent du réseau des experts-visiteurs Alsace-Champagne-Ardennes, Franche-Comté et Lorraine, centre hospitalier, Charleville-Mézières.

Dr Olivier VALLET, centre médicochirurgical Marie-Lannelongue, Le Plessis-Robinson.

M. Jean-Robert VICCA, pharmacien hospitalier, clinique les Pervenches, Fontenay-aux-Roses.

M. Vladimir VILTER, directeur de projet, groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH), Paris.