

Manuel d'Accréditation des Etablissements de Santé

Les référentiels concernent les thèmes suivants :

Le patient et sa prise en charge :

- DROITS et INFORMATION du PATIENT
- DOSSIER du PATIENT
- ORGANISATION de la PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

Management et gestion au service du patient :

- MANAGEMENT de l'ETABLISSEMENT ET DES SECTEURS D'ACTIVITE
- GESTION des RESSOURCES HUMAINES
- GESTION des FONCTIONS LOGISTIQUES
- GESTION du SYSTEME d'INFORMATION

Qualité et prévention

- GESTION de la QUALITE et PREVENTION des RISQUES
- VIGILANCES SANITAIRES et SECURITE TRANSFUSIONNELLE
- SURVEILLANCE, PREVENTION et CONTROLE du RISQUE INFECTIEUX

Questionnaires d'autoévaluation

Site - <http://www.hosmat.fr>

mise à jour du 6 octobre 2000

1. Droits et information du patient (DIP)

Introduction

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

Références

DIP - Référence 1

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

DIP - Référence 2

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

DIP - Référence 3

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

DIP - Référence 4

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

DIP - Référence 5

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

DIP - Référence 6

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

DIP - Référence 7

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

DIP - Référence 8

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

DIP - Référence 9

L'établissement évalue le respect des droits du patient.

Références et critères

DIP - Référence 1

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

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

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

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

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

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

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

DIP - Référence 2

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

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

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

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

DIP - Référence 3

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

DIP.3.a. L'établissement prend des mesures pour faciliter l'expression et la compréhension des patients qui ne peuvent s'exprimer en français.

DIP.3.b. Le patient reçoit des informations pratiques concernant son séjour.

DIP.3.c. Le patient est informé des modalités de sa prise en charge administrative, des tarifs et du montant de sa participation financière éventuelle.

DIP.3.d. Le patient est informé de la fonction et de l'identité des personnes intervenant auprès de lui.

DIP.3.e. L'établissement favorise toute démarche permettant au patient de bénéficier de l'aide de services sociaux.

DIP.3.b. Les informations concernant le séjour sont par exemple

:

- les horaires des visites;*
- les obligations liées à la vie collective : prévention des nuisances sonores, limitations de l'usage du tabac en milieu hospitalier.*

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

DIP - Référence 4

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

DIP.4.a. Le patient ou son représentant légal désigne la ou les personnes qu'il souhaite voir informée(s).

DIP.4.b. Les professionnels informent le patient ou la(les) personne(s) qu'il a désignée(s) sur son état de santé et sur les soins qui lui sont proposés ; ils facilitent la demande d'information du patient.

DIP - Référence 5

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

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

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

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

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

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

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

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

DIP - Référence 6

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

DIP.6.a. Le patient est examiné et peut obtenir les réponses aux questions qu'il pose dans des conditions d'intimité adaptées à un colloque singulier.

DIP.6.b. Le patient dispose de ses effets personnels durant son séjour, sauf si des raisons de sécurité s'y opposent. Le dépôt et le retrait des objets personnels sont organisés.

DIP.6.c. L'intimité du patient est respectée lors de la toilette, des soins, etc.

DIP.6.d. Le consentement du patient est recueilli pour les visites avec des étudiants.

DIP.6.e. Les croyances du patient sont respectées. Le patient est informé qu'il peut faire appel au ministre du culte de son choix.

DIP.6.f. La liberté de circulation du patient est préservée, sauf si des raisons de sécurité ou des raisons réglementaires s'y opposent.

DIP.6.g. Le patient peut à tout moment quitter l'établissement après avoir été informé des risques qu'il court, sauf si des raisons réglementaires s'y opposent. La demande de sortie d'un patient contre avis médical est formalisée par l'établissement.

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

DIP - Référence 7

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

DIP.7.a. Le patient bénéficie d'une garantie de la non-divulgence de sa présence.

DIP.7.b. Le secret professionnel est garanti et les moyens sont mis en œuvre à cet effet par l'établissement.

DIP - Référence 8

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

DIP.8.a. L'établissement facilite l'expression des suggestions, réclamations et /ou plaintes des patients.

DIP.8.b. Les procédures de conciliation, dont les patients et les professionnels sont informés, sont organisées par l'établissement.

DIP.8.c. Toutes les réclamations et/ou plaintes des patients sont analysées et ont une réponse.

DIP.8.d. Les secteurs d'activité concernés sont tenus informés de tout contentieux avec un patient.

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

DIP - Référence 9

L'établissement évalue le respect des droits du patient.

DIP.9.a. L'établissement évalue le respect des droits du patient.

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

2. Dossier du patient (DPA)

Introduction

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

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

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

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

Références

DPA - Référence 1

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

DPA - Référence 2

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

DPA - Référence 3

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

DPA - Référence 4

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

DPA - Référence 5

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

DPA - Référence 6

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

DPA - Référence 7

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

Références et critères

DPA - Référence 1

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

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

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

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

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

DPA - Référence 2

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

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

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

DPA - Référence 3

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

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

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

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

DPA - Référence 4

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

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

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

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

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

DPA - Référence 5

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

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

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

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

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

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

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

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

DPA.5.d - Les éléments d'information spécialisés sont notamment :

- *le dossier anesthésique ;*
- *le compte rendu opératoire ;*
- *le compte rendu d'accouchement ;*
- *le dossier transfusionnel ;*
- *la fiche de traçabilité des médicaments dérivés du sang ;*
- *le consentement écrit du patient pour les situations qui l'exigent.*

DPA - Référence 6

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

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

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

DPA - Référence 7

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

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

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

3. Organisation de la prise en charge des patients (OPC)

Introduction

L'organisation de l'établissement permet une prise en charge des patients dans des conditions optimales de qualité et de sécurité, conformes aux missions inscrites dans son projet d'établissement, notamment quant aux orientations stratégiques de l'activité médicale. Les prestations hôtelières proposées aux patients et à leur entourage participent de la qualité de leur prise en charge.

Les principales activités médico-techniques, en interface avec les activités cliniques, sont les activités d'urgence, les activités interventionnelles, les activités de biologie et d'anatomie et de cytologie pathologique, les activités d'imagerie, les explorations fonctionnelles, le circuit des médicaments et l'utilisation des dispositifs médicaux.

Le terme d'activités interventionnelles est utilisé au sens large, l'intervention pouvant se dérouler dans un bloc opératoire, un bloc obstétrical, un secteur d'endoscopie, de radiologie interventionnelle, nécessitant ou non une anesthésie.

Ces activités comportent des actions successives ou parallèles et font appel à de nombreux professionnels dont la coordination est nécessaire. La complexité des techniques et matériels

utilisés dans cet environnement multiprofessionnel engendrent des risques directs ou indirects pour les patients, imposant l'existence de démarches visant à assurer leur sécurité.

Ce référentiel est applicable à l'ensemble des secteurs d'activité cliniques et médico-techniques de l'établissement de santé.

PLAN

à Accès

à Accueil

à Évaluation de l'état de santé et des besoins du patient

à Coordination de la prise en charge

à Sortie

à Protocoles et évaluation des prises en charge

Références

OPC - Référence 1

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

OPC - Référence 2

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

OPC - Référence 3

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

OPC - Référence 4

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

OPC - Référence 5

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

OPC - Référence 6

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

OPC - Référence 7

La continuité des soins est assurée.

OPC - Référence 8

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

OPC - Référence 9

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

OPC - Référence 10

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

OPC - Référence 11

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

OPC - Référence 12

La sortie du patient est planifiée et coordonnée.

OPC - Référence 13

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

OPC - Référence 14

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

OPC - Référence 15

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

Références et critères

OPC - Référence 1

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

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

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

à Accès

OPC - Référence 2

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

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

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

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

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

OPC.2.c. Les attentes du public susceptibles d'être pris en compte concernent par exemple les horaires des consultations.

à Accueil

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

OPC - Référence 3

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OPC.3.f. La notion d'organisation préalable du séjour programmé vise les éléments suivants :

- le patient dont le séjour est programmé est attendu à son arrivée dans l'unité de soins ;*
- les examens prévus ont été programmés pour l'arrivée du patient ;*

- *le dossier du patient est dans l'unité de soins à son arrivée.*

à Évaluation de l'état de santé et des besoins du patient

OPC- Référence 4

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

OPC.4.a. Les données issues d'une consultation préalable, d'une hospitalisation antérieure ou du passage au service d'urgences sont disponibles ou recherchées.

OPC.4.b. Les besoins du patient sont identifiés et pris en compte.

OPC.4.c. Les examens complémentaires et les soins sont programmés à partir d'un examen médical.

OPC.4.d. La réflexion sur les bénéfices et les risques des examens complémentaires et des soins est effectuée en relation avec le patient.

OPC.4.e. L'état de santé du patient fait l'objet d'évaluations régulières et de réajustements de la prise en charge, si nécessaire.

OPC.4.b. Les besoins du patient à prendre en compte sont les besoins physiques, psychologiques, sociaux, fonctionnels et nutritionnels.

OPC - Référence 5

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

OPC.5.a. Le secteur d'activité clinique est sensibilisé à la reconnaissance des situations nécessitant une prise en charge spécifique.

OPC.5.b. Les douleurs aiguës ou chroniques et la souffrance psychique sont recherchées, prévenues et prises en charge.

OPC.5.c. La prise en charge des besoins spécifiques du patient en fin de vie est assurée.

OPC.5.d. Le patient bénéficie des actions d'éducation concernant sa maladie et son traitement.

OPC.5.e. Le patient bénéficie des actions d'éducation pour la santé correspondant à ses besoins.

OPC.5.a. Les situations nécessitant une prise en charge spécifique sont par exemple : la violence, l'agitation, la tendance suicidaire.

Les besoins spécifique des enfants (école par exemple) et des personnes âgées sont identifiés.

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

OPC.5.e. Parmi les actions d'éducation pour la santé dont les patients peuvent avoir besoin on citera la prévention et le sevrage du tabagisme, de l'alcoolisme.

à Conduite de la prise en charge

OPC - Référence 6

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

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

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

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

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

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

OPC - Référence 7

La continuité des soins est assurée.

OPC.7.a. L'identification du patient est assurée aux différentes étapes de la prise en charge.

OPC.7.b. Des règles de présence, de concertation et de délégation, ainsi qu'un système de gardes et astreintes sont mis en place afin d'assurer la permanence 24h/24h.

OPC.7.c. Une organisation est en place pour faire face aux urgences vitales internes.

OPC.7.d. Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes, qu'elles soient médicales ou paramédicales.

OPC.7.e. La continuité des soins est assuré entre secteurs d'activité.

OPC.7.f. Le transport des patients entre secteurs d'activité est organisé pour assurer la continuité des soins et du respect des règles d'hygiène, de qualité, de sécurité et de confidentialité.

OPC.7.e. La continuité des soins entre secteurs d'activité s'impose notamment lors de l'admission dans un secteur d'activité à partir des urgences, lors des mutations internes et lors du passage dans un plateau médico-technique.

OPC - Référence 8

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

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

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

OPC - Référence 9

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

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

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

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

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

OPC - Référence 10

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

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

OPC.10.b. En fonction des circonstances cliniques, les prescriptions d'examens mentionnent les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande.

OPC.10.c. Les résultats d'examens répondent aux besoins des secteurs d'activité cliniques en terme de qualité et de délais de transmission.

OPC.10.c. Des mécanismes sont en place pour analyser l'utilisation des examens de laboratoire.

OPC - Référence 10

La notion de laboratoire intègre notamment les activités de biologie et d'anatomopathologie.

OPC - Référence 11

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

OPC.11.a. Les règles relatives aux conditions de demande, de réalisation des examens, de communication des résultats des examens établies.

OPC.11.b. Les prescriptions d'examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle mentionnent les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande.

OPC.11.c. Les résultats d'examens répondent aux besoins des secteurs d'activité cliniques en terme de qualité et de délais de transmission.

OPC.11.d. Des mécanismes sont en place pour analyser l'utilisation des examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle.

è Sortie

OPC - Référence 12

La sortie du patient est planifiée et coordonnée.

OPC.12.a. La planification de la sortie est envisagée dès l'arrivée du patient et actualisée au cours du séjour.

OPC.12.b. Le patient est orienté vers le circuit de prise en charge approprié à sa situation.

OPC.12.c. La sortie est organisée avec le patient et son entourage.

OPC.12.d. Le patient dispose à sa sortie des informations et des documents nécessaires pour assurer la continuité de sa prise en charge.

OPC.12.e. Le médecin traitant est informé du retour à domicile ; cette information est communiquée préalablement à la sortie lorsque l'état du patient requiert un suivi particulier.

OPC.12.f. La continuité de la prise en charge est assurée lors du transfert du patient.

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

OPC - Référence 13

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

OPC.13.a. Les personnes à prévenir sont contactées en cas d'état critique du patient.

OPC.13.b. Les volontés et les convictions du défunt sont respectées.

OPC.13.c. Le médecin traitant est informé du décès.

OPC.13.d. Un accompagnement psychologique de l'entourage est assuré.

à Protocoles et évaluation des prises en charge

OPC - Référence 14

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

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

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

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

OPC - Référence 15

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

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

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

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

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

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

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

Management et gestion au service du patient

1. Management de l'établissement et des secteurs d'activité (MEA)

Introduction

Assurer une prise en charge de qualité du patient requiert une conduite et une organisation de l'établissement et de des secteurs d'activités tournés vers cette priorité. Le management s'attachera à définir les orientations stratégiques ou le projet de l'établissement permettra de satisfaire les besoins des patients, à les mettre en oeuvre dans des conditions optimales de qualité et de sécurité, en veillant tout particulièrement à l'implication et à la coordination des professionnels des différents secteurs d'activité. L'implication des directions est déterminante pour le succès de ces démarches.

Références

MEA - Référence 1

L'établissement dispose d'un projet d'établissement ou d'orientations stratégiques.

MEA - Référence 2

La direction, le conseil d'administration (CA) et les instances de l'établissement exercent pleinement leurs attributions.

MEA - Référence 3

L'établissement met en œuvre une politique de communication.

MEA - Référence 4

La politique financière et budgétaire concourt à l'atteinte des objectifs de l'établissement.

MEA - Référence 5

L'établissement a des outils de pilotage de sa gestion permettant l'implication des secteurs d'activité.

MEA - Référence 6

Le management interne de chaque secteur d'activité contribue à favoriser l'amélioration de la prise en charge du patient.

MEA - Référence 7

La place et le rôle des professionnels sont identifiés. Les responsables des secteurs d'activité indiquent les objectifs à atteindre et participent activement aux activités d'amélioration de la qualité.

MEA - Référence 8

Chaque secteur d'activité suit et évalue ses ressources.

MEA - Référence 9

La réalisation des objectifs de l'établissement et des secteurs d'activité, en regard du projet d'établissement ou des orientations stratégiques, est évaluée à périodicité définie.

Références et critères

MEA - Référence 1

L'établissement dispose d'un projet d'établissement ou d'orientations stratégiques.

MEA.1.a. Le projet d'établissement ou les orientations stratégiques de l'établissement comportent des objectifs hiérarchisés et réalisables, servant de base à la planification des actions, à leur mise en oeuvre et à leur évaluation.

MEA.1.b. L'établissement s'organise pour associer les instances, les secteurs d'activité et les professionnels d'élaboration du projet d'établissement ou des orientations stratégiques

MEA.1.c. Le conseil d'administration ou équivalent détermine la politique de l'établissement en orientant l'élaboration du projet d'établissement, ou des orientations stratégiques, et en approuvant les missions et les objectifs de l'établissement.

MEA - Référence 2

La direction, le conseil d'administration (CA) et les instances de l'établissement exercent pleinement leurs attributions.

MEA.2.a. L'organigramme fonctionnel de la direction est défini et connu des professionnels.

MEA.2.b. Le rôle et la place du CA et ceux des instances consultatives sont définis.

MEA.2.c. Le CA et les instances consultatives sont régulièrement sollicités sur les questions relevant de leur compétences.

MEA.2.d. Des modes de communication entre direction et la CME et entre la CME et les praticiens sont définis et appliqués.

MEA - Référence 3

L'établissement met en œuvre une politique de communication.

MEA.3.a. L'établissement a une politique de communication interne et externe.

MEA.3.b. Les orientations du projet d'établissement sont portées à la connaissance du public et des professionnels.

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

MEA - Référence 4

La politique financière et budgétaire concourt à l'atteinte des objectifs de l'établissement.

MEA.4.a. L'établissement a une stratégie financière pluriannuelle.

MEA.4.b. L'établissement a une politique budgétaire associant les personnels concernés.

MEA - Référence 5

L'établissement a des outils de pilotage de sa gestion permettant l'implication des secteurs d'activité.

MEA - Référence 6

Le management interne de chaque secteur d'activité contribue à favoriser l'amélioration de la prise en charge du patient.

MEA.6.a. Les objectifs et les types de prestations fournies par chaque secteur d'activité sont clairement définis en cohérence avec le projet d'établissement et font l'objet d'un suivi et d'un bilan annuel.

MEA.6.b. Un mode de concertation entre les professionnels est en place dans chaque secteur d'activité en vue de favoriser l'expression et la recherche de solutions aux problèmes posés.

MEA.6.c. Chaque secteur d'activité s'organise pour assurer une prise en charge continue du patient. Des règles de présence de tous les professionnels, de concertation et de délégation, sont élaborées et un système de gardes et d'astreintes est mis en place.

MEA.6.d. Le responsable du secteur d'activité définit et organise les relations avec les autres secteurs d'activité nécessaires à la prise en charge du patient.

MEA - Référence 7

La place et le rôle des professionnels sont identifiés. Les responsables des secteurs d'activité indiquent les objectifs à atteindre et participent activement aux activités d'amélioration de la qualité.

MEA.7.a. La structure organisationnelle des secteurs d'activité est connue des professionnels.

MEA.7.b. Les compétences et les domaines de responsabilité des responsables des secteurs d'activité et de l'encadrement sont clairement définis et écrits.

MEA.7.c. Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de la mesure, de l'évaluation et de l'amélioration de l'ensemble des activités, et en particulier du bon déroulement des démarches d'amélioration continue de la qualité.

MEA - Référence 8

Chaque secteur d'activité suit et évalue ses ressources.

MEA.8.a. Le responsable du secteur d'activité connaît les coûts de fonctionnement de son secteur d'activité et sa situation par rapport aux ressources allouées.

MEA.8.b. Le responsable du secteur d'activité connaît les compétences de son personnel et utilise ces informations pour une gestion prévisionnelle.

MEA - Référence 9

La réalisation des objectifs de l'établissement et des secteurs d'activité, en regard du projet d'établissement ou des orientations stratégiques, est évaluée à périodicité définie.

MEA.9.a. Des objectifs quantifiables sont définis et font l'objet d'une actualisation annuelle.

MEA.9.b. Ce suivi fait l'objet d'une communication à l'établissement et aux secteurs d'activité concernés.

2. Gestion des ressources humaines (GRH)

Introduction

La gestion des ressources humaines a pour objectif d'assurer la meilleure adéquation possible entre les besoins des patients et les ressources humaines. Elle est essentielle au bon fonctionnement de l'établissement. Le projet social d'établissement vise à l'amélioration générale des conditions de gestion des ressources humaines et des conditions de participation des personnels à la vie de l'établissement.

Son champ d'intervention recouvre la gestion prévisionnelle, la définition des postes et des fonctions, le développement des compétences, l'évaluation des performances, la formation continue et les relations sociales.

Références

GRH - Référence 1

L'établissement élabore et met en œuvre un projet social conforme à ses valeurs, à sa mission et à sa stratégie.

GRH - Référence 2

Le dialogue social est organisé et intégré dans la politique de gestion des ressources humaines.

GRH - Référence 3

La Commission médicale d'établissement exerce pleinement ses compétences sur les questions de gestion des ressources humaines la concernant.

GRH - Référence 4

La gestion prévisionnelle des ressources humaines permet l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement.

GRH - Référence 5

Le recrutement tient compte des profils de poste et donne lieu à une vérification des conditions d'exercice.

GRH - Référence 6

Des procédures d'accueil et d'intégration des professionnels et des stagiaires sont en place.

GRH - Référence 7

Des procédures périodiques d'évaluation du personnel sont en place.

GRH - Référence 8

La formation continue permet d'assurer l'amélioration du niveau de compétence des personnels.

GRH - Référence 9

La gestion administrative du personnel assure la confidentialité, la qualité et la sécurité des informations individuelles concernant le personnel.

GRH - Référence 10

L'amélioration des conditions de travail des personnels s'inscrit dans le projet social de l'établissement.

GRH - Référence 11

Des processus sont en place afin d'examiner et d'améliorer la qualité de la gestion des ressources humaines.

Références et critères

GRH - Référence 1

L'établissement élabore et met en œuvre un projet social conforme à ses valeurs, à sa mission et à sa stratégie.

GRH.1.a. Le projet social définit les perspectives d'évolution des ressources humaines par rapport aux besoins de l'établissement, prévoit les modalités d'une gestion personnalisée des professionnels, s'attache à la prise en compte des conditions de conditions de travail et des relations sociales.

GRH.1.b. L'établissement dispose dans sa structure de fonctions de gestion des ressources humaines aux responsabilités clairement identifiées.

GRH - Référence 2

Le dialogue social est organisé et intégré dans la politique de gestion des ressources humaines.

GRH.2.a. Les instances représentatives du personnel sont réunies à périodicité définie et fonctionnent selon un règlement intérieur sur les questions relevant de leur compétence.

GRH - Référence 3

La Commission médicale d'établissement exerce pleinement ses compétences sur les questions de gestion des ressources humaines la concernant.

GRH.3.a. La Commission médicale d'établissement est sollicitée sur la sélection et le recrutement des médecins, sur la mise en œuvre d'un plan de formation médicale continue, ainsi que sur l'organisation des gardes et astreintes.

GRH - Référence 4

La gestion prévisionnelle des ressources humaines permet l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement.

GRH.4.a. L'établissement met en œuvre une gestion prévisionnelle des ressources humaines.

GRH.4.b. La gestion prévisionnelle des ressources humaines permet d'assurer les prestations de soins selon les exigences des postes, l'évaluation de la charge de travail, les nécessités de remplacement et les compétences du personnel.

GRH.4.c. Une description actualisée des fiches de fonction et des profils de poste est effectuée. Les responsabilités et les exigences de tout poste font l'objet d'un document écrit et communiqué.

GRH.4.a. La gestion prévisionnelle des ressources humaines tient compte des missions et de la structure d'activité, des technologies utilisées et de la démographie du personnel.

GRH - Référence 5

Le recrutement tient compte des profils de poste et donne lieu à une vérification des conditions d'exercice.

GRH.5.a. Le recrutement est effectué sur la base des profils de poste.

GRH.5.b. Une vérification des conditions d'exercice des professionnels portant sur les titres et diplômes est effectuée lors du recrutement.

GRH.5.b. La vérification des conditions d'exercice concerne toute personne appelée à exercer une activité, salariée ou non, dans l'établissement.

GRH - Référence 6

Des procédures d'accueil et d'intégration des professionnels et des stagiaires sont en place.

GRH.6.a. La mission, le plan stratégique, les secteurs d'activité, l'organisation, le fonctionnement et la gestion de l'information de l'établissement sont présentés à tout professionnel ou stagiaire.

GRH.6.b. Dans chaque secteur d'activité, une information d'adaptation au poste est fournie à tout professionnel ou stagiaire, concernant les exigences en matière de sécurité, le contrôle et la prévention du risque infectieux et les stratégies d'amélioration de la qualité des soins en place.

GRH - Référence 7

Des procédures périodiques d'évaluation du personnel sont en place.

GRH.7.a. Un entretien annuel est effectué entre chaque membre du personnel et l'encadrement et un bilan est effectué.

GRH.7.b. Les besoins individuels en formation sont identifiés.

GRH.7.c. Des objectifs sont fixés pour l'année suivante.

GRH - Référence 8

La formation continue permet d'assurer l'amélioration du niveau de compétence des personnels.

GRH.8.a. Les besoins des personnels en matière de formation continue sont identifiés.

GRH.8.b. Un programme de maintien et d'amélioration du niveau de compétence adapté aux besoins identifiés des personnels de l'établissement est mis en place.

GRH.8.c. La formation continue contribue à la politique promotionnelle des personnels de l'établissement.

GRH - Référence 9

La gestion administrative du personnel assure la confidentialité, la qualité et la sécurité des informations individuelles concernant le personnel.

GRH.9.a. Un système d'information permettant de recueillir toutes les données nécessaires à la gestion administrative du personnel est en place.

GRH.9.b. Un dossier complet est élaboré et mis à jour pour chaque membre du personnel.

GRH.9.c. La confidentialité des renseignements portant sur le personnel est assurée.

GRH - Référence 10

L'amélioration des conditions de travail des personnels s'inscrit dans le projet social de l'établissement.

GRH.10.a. Les conditions de travail sont évaluées à périodicité définie.

GRH.10.b. Un plan annuel d'amélioration des conditions de travail est mis en œuvre, suivi et évalué.

GRH - Référence 11

Des processus sont en place afin d'examiner et d'améliorer la qualité de la gestion des ressources humaines.

GRH.11.a. Des enquêtes de satisfaction du personnel sont menées.

GRH.11.b. La politique de gestion des ressources humaines est évaluée sur la base d'indicateurs suivis à périodicité définie.

GRH.11.c. Des mesures sont mises en œuvre afin d'améliorer les processus en place.

Management et gestion au service du patient

3. Gestion des fonctions logistiques (GFL)

Introduction

Les fonctions logistiques permettent la continuité des prestations fournies au patient. L'organisation des fonctions d'approvisionnement, la mise à disposition d'équipements et structures adaptés, la fonctions transport, la logistique hôtelière, la maintenance et la sécurité des installations et la sécurité de l'environnement constituent les fonctions logistiques principales.

Références

GFL - Référence 1

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

GFL - Référence 2

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

GFL - Référence 3

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

GFL - Référence 4

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

GFL - Référence 5

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

GFL - Référence 6

La fonction transport est organisée et coordonnée.

GFL - Référence 7

L'établissement assure l'élimination des déchets.

GFL - Référence 8

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

GFL - Référence 9

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

GFL - Référence 10

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

Références et critères

GFL - Référence 1

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

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

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

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

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

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

GFL - Référence 2

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

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

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

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

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

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

GFL - Référence 3

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

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

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

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

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

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

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

Les accompagnants ;

Les professionnels ;

Les enfants des personnels, etc.

GFL - Référence 4

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

GFL.4.a. Le traitement du linge fait l'objet de protocoles et d'évaluations.

GFL.4.b. La séparation du linge propre et du linge sale est assurée tant pendant le transport que dans les secteurs d'activité.

GFL.4.c. Les professionnels des secteurs d'activité sont formés aux règles d'hygiène concernant le linge.

GFL.4.d. Un contrôle du traitement du linge est réalisé à périodicité définie.

GFL - Référence 5

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

GFL.5.a. Le nettoyage des locaux et des équipements fait l'objet de protocoles et d'évaluations.

GFL.5.b. Le personnel chargé du nettoyage des locaux et des équipements est formé.

GFL.5.c. Un contrôle du nettoyage des locaux et des équipements est effectué à périodicité définie.

GFL - Référence 6

La fonction transport est organisée et coordonnée.

GFL.6.a. Les missions et le mode d'organisation de la fonction transport sont définies.

GFL.6.b. La fonction transport fait l'objet de protocoles comportant des éléments relatifs à la sécurité, à la qualité et à l'hygiène.

GFL.6.c. Le personnel chargé du transport est formé.

GFL.6.d. La fonction transport fait l'objet d'évaluations à périodicité définie concernant notamment les délais et la satisfaction des utilisateurs.

GFL - Référence 6

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

GFL - Référence 7

L'établissement assure l'élimination des déchets.

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

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

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

GFL - Référence 8

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

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

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

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

GFL - Référence 8

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

GFL - Référence 9

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

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

GFL.9.b. L'établissement a mis en place une organisation pour prévenir le risque incendie.

GFL.9.c. Les professionnels bénéficient d'une formation incendie actualisée.

GFL.9.d. Les protocoles d'alerte et les mesures à prendre en cas d'incendie sont écrits et connus de tous les professionnels.

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

GFL - Référence 10

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

4. Gestion du système d'information (GSI)

Introduction

Le système d'information est au cœur du fonctionnement de l'établissement. Les flux d'information sont multiples. Ils concernent les fonctions soins, logistiques administratives et la fonction de gestion.

L'évolution technologique permet aux établissements, grâce à l'apport de l'informatique, de disposer de systèmes d'information de plus en plus sophistiqués. La structuration du système d'information et sa cohérence sont des éléments déterminants pour le bon fonctionnement de l'établissement et la réponse aux besoins des différents professionnels et du patient.

Références

GSI - Référence 1

Une politique des systèmes d'information est définie et mise en œuvre.

GSI - Référence 2

Les mesures nécessaires à la protection de la confidentialité, à la sécurité des informations concernant les patients et au respect de leurs droits dans la gestion de l'information sont prises.

GSI - Référence 3

Un secteur d'activité chargé de l'information médicale, le DIM ou son équivalent, est en place pour organiser au sein de l'établissement le recueil et la gestion de l'information médicale.

GSI - Référence 4

Le système d'information répond aux besoins des professionnels utilisateurs et fait l'objet d'une politique d'amélioration continue de la qualité.

Références et critères

GSI - Référence 1

Une politique des systèmes d'information est définie et mise en œuvre.

GSI.1.a. Le système d'information et l'informatisation de l'établissement sont fondés sur un schéma directeur, cohérent avec le projet d'établissement et élaboré de manière participative.

GSI.1.b. Le système d'information couvre l'ensemble des activités de l'établissement et favorise une approche et une utilisation coordonnées et efficaces de l'information, notamment pour la politique d'évaluation.

GSI.1.c. Les instances concernées sont impliquées dans le suivi du schéma directeur de l'information.

GSI - Référence 2

Les mesures nécessaires à la protection de la confidentialité, à la sécurité des informations concernant les patients et au respect de leurs droits dans la gestion de l'information sont prises.

GSI.2.a. Une politique est définie, conduite et connue des professionnels en ce qui concerne la protection de la confidentialité des informations concernant les patients.

GSI.2.b. La sécurité des données et de leur accès est organisée.

GSI.2.c. Tous les traitements informatisés nominatifs sont déclarés à la CNIL.

GSI - Référence 3

Un secteur d'activité chargé de l'information médicale, le DIM ou son équivalent, est en place pour organiser au sein de l'établissement le recueil et la gestion de l'information médicale.

GSI.3.a. Un responsable du secteur d'activité chargé de l'information médicale est identifié.

GSI.3.b. Les missions du secteur d'activité chargé de l'information médicale sont définies par la direction après avis de la CME et donnent lieu à un règlement intérieur.

GSI.3.c. L'utilisation des informations médicalisées en terme de traitements effectués et de méthodes utilisées est soumise à l'avis de la CME.

GSI.3.d. Le secteur d'activité chargé de l'information médicale met en œuvre les actions nécessaires pour garantir et connaître la qualité des données médicales du système d'information (PMSI) produites.

Le système d'information répond aux besoins des professionnels utilisateurs et fait l'objet d'une politique d'amélioration continue de la qualité.

GSI.4.a. Une procédure régulière visant à recueillir des informations sur les besoins, l'avis et la satisfaction des professionnels utilisateurs est en place.

GSI.4.b. Les dysfonctionnements du système d'information sont recensés, analysés et traités.

GSI.4.c. Un plan d'amélioration de la qualité du système d'information, aux priorités hiérarchisées et auquel participent les professionnels utilisateurs, est en place.

Qualité et prévention

1. Gestion de la qualité et prévention des risques (QPR)

Introduction

L'efficacité et la complexité des pratiques au sein des établissements s'accompagnent d'une multitude de causes potentielles de dysfonctionnements pouvant empêcher l'atteinte de résultats optimaux ou entraîner des risques pour les patients et les professionnels.

Les risques concernent les complications iatrogènes liées à des actes techniques diagnostiques ou thérapeutiques, les chutes, les accidents du travail et tout autre événement mettant en jeu la sécurité des personnes présentes dans l'établissement.

La gestion de la qualité et la prévention des risques visent à mettre en place au sein de l'établissement un système opérationnel comprenant l'ensemble des moyens humains, techniques et organisationnels pour répondre aux besoins des patients, améliorer la qualité des prestations, assurer la continuité des soins et prévenir les risques liés au processus de soins.

Références

QPR - Référence 1

L'établissement initie, pilote et soutient une politique qualité s'appuyant sur la gestion de la qualité et la prévention des risques.

QPR - Référence 2

Un processus de gestion de la qualité prévoyant une prise en compte des besoins des " clients " est en place.

QPR - Référence 3

La gestion de la qualité permet la maîtrise des processus, des métiers et des documents.

QPR - Référence 4

Un programme de prévention des risques est en place.

QPR - Référence 5

L'efficacité du programme de gestion de la qualité et de prévention des risques est évaluée.

Références et critères

QPR - Référence 1

L'établissement initie, pilote et soutient une politique qualité s'appuyant sur la gestion de la qualité et la prévention des risques.

QPR.1.a. La politique qualité est définie par la direction en concertation avec la CME, la DSSI ou le responsable du service de soins infirmiers, le CTE, ou structure équivalente, et le personnel.

QPR.1.b. La politique qualité comporte des objectifs précis, mesurables dans le temps, traduits dans le programme de gestion de la qualité et de prévention des risques.

QPR.1.c. La politique qualité est intégrée dans le projet d'établissement.

QPR.1.d. La politique qualité et ses objectifs font l'objet d'informations au personnel tant lors de son élaboration que pour le suivi de l'état d'avancement du programme en cours dans l'établissement.

QPR.1.e. Les responsabilités concernant la gestion de la qualité et la prévention des risques sont identifiées.

QPR.1.f. La formation des professionnels de l'établissement et l'assistance méthodologique sont assurées.

QPR - Référence 2

Un processus de gestion de la qualité prévoyant une prise en compte des besoins des " clients " est en place.

QPR.2.a. Des dispositions sont prises pour connaître les besoins et la satisfaction des patients et des correspondants médicaux externes.

QPR.2.b. Les informations recueillies sont diffusées aux professionnels.

QPR.2.c. Les informations recueillies sont exploitées et utilisées pour définir ou adapter le programme de gestion de la qualité dans l'objectif d'une amélioration du service rendu.

QPR.2.d. Un système de gestion des réclamations et/ou plaintes est en place et permet leur analyse et la mise en œuvre des mesures d'amélioration appropriées.

QPR.2.a. Parmi les dispositions prises pour connaître les besoins et la satisfaction des patients, on peut citer notamment l'exploitation des questionnaires de sortie.

QPR - Référence 3

La gestion de la qualité permet la maîtrise des processus, des métiers et des documents.

QPR.3.a. Des démarches qualité sont en cours sur des thèmes prioritaires.

QPR.3.b. Les actions sont conduites par les professionnels de manière multidisciplinaire.

QPR.3.c. Les secteurs d'activité élaborent des protocoles dans les domaines où ils sont utiles.

QPR.3.d. Les secteurs d'activité évaluent l'utilisation de ces protocoles.

QPR.3.e. Des indicateurs de résultats s'intégrant dans la démarche d'amélioration continue de la qualité sont élaborés.

QPR.3.f. La gestion des documents internes (procédures, protocoles) et externes (textes réglementaires, recommandations professionnelles, etc.) est organisée.

QPR - Référence 4

Un programme de prévention des risques est en place.

QPR.4.a. Les informations disponibles relatives aux risques et aux événements indésirables sont rassemblées.

QPR.4.b. Un système de signalement des événements indésirables est en place.

QPR.4.c. Les événements indésirables sont analysés et les mesures d'amélioration utiles sont prises.

QPR.4.d. Les secteurs, pratiques, actes ou processus à risque sont identifiés et font l'objet d'actions prioritaires dans le programme de prévention des risques.

QPR. Référence 4

La prévention des risques

Cette référence traite de la mise en place de système de gestion des risques, c'est-à-dire d'un système visant à réduire les risques de survenue d'évènements indésirables ou d'accidents concernant les patients ou le personnel.

Chaque établissement dispose d'un niveau de sécurité assuré par son organisation et ses pratiques.

Si un établissement souhaite améliorer la sécurité au-delà du niveau déjà atteint et réduire les risques au minimum, il doit disposer d'un système d'identification des risques afin de faire porter les actions de prévention sur les priorités, ces priorités étant propres à chaque établissement.

Des systèmes d'identification des risques sont déjà prévus dans certains domaines, notamment les vigilances sanitaires et la lutte contre les infections nosocomiales. Les informations recueillies dans ce cadre doivent alimenter le système général de gestion des risques.

Cependant, ces informations ne correspondent qu'à une partie de l'ensemble des risques hospitaliers. Il convient donc dans un système plus global de s'intégrer au repérage et à la prévention des risques quel que soit le domaine (exemple : actes diagnostiques et thérapeutiques, chutes, sécurité incendie, malveillance).

QPR - Référence 5

L'efficacité du programme de gestion de la qualité et de prévention des risques est évaluée.

QPR.5.a. L'efficacité du programme de gestion de la qualité est évaluée.

QPR.5.b. L'efficacité du programme de prévention des risques est évaluée.

QPR.5.c. Le fonctionnement du système de signalement des événements indésirables est évalué.

2. Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle (VST)

Introduction

Les vigilances sanitaires (**hémovigilance**, **pharmacovigilance**, **matérovigilance**, **biovigilance**, c'est à dire la vigilance liée aux activités de greffes et d'implants) représentent une veille sanitaire permanente dont les objectifs sont le **signalement**, l'**enregistrement**, le **traitement** et l'**investigation des événements indésirables** et **incidents** liés à l'utilisation de produits et biens thérapeutiques, ainsi que la **traçabilité** des produits et biens thérapeutiques et la réponse aux **alertes sanitaires**.

La sécurité transfusionnelle va au-delà de la stricte hémovigilance et a pour objectif de réduire les risques liés à l'utilisation des produits dérivés du sang. La sélection pertinente des indications, une bonne organisation des circuits et activités et le respect des bonnes pratiques sont les éléments nécessaires à cet objectif de réduction des risques.

Références

VST - Référence 1

La politique de vigilance sanitaire et de sécurité transfusionnelle associe dans sa définition et sa mise en œuvre les instances et professionnels concernés.

VST - Référence 2

Les vigilances sanitaires sont opérationnelles dans l'établissement.

VST - Référence 3

Les professionnels sont informés et formés à périodicité définie en ce qui concerne les vigilances sanitaires et la sécurité transfusionnelle.

VST - Référence 4

L'établissement met en œuvre les règles de sécurité transfusionnelle.

VST - Référence 5

Les activités de vigilance sanitaire et de sécurité transfusionnelle font l'objet d'évaluations et d'actions d'amélioration.

Références et critères

VST - Référence 1

La politique de vigilance sanitaire et de sécurité transfusionnelle associe dans sa définition et sa mise en œuvre les instances et professionnels concernés.

VST.1.a. La direction structure, après avis de la CME, les activités de vigilance sanitaire et de sécurité transfusionnelle.

VST.1.b. La CME, les praticiens et la DSSI ou le responsable du service des soins infirmiers s'engagent dans le dispositif de vigilance sanitaire et de sécurité transfusionnelle.

VST - Référence 2

Les vigilances sanitaires sont opérationnelles dans l'établissement.

VST.2.a. Les structures de vigilances sanitaires assurent leurs missions.

VST.2.b. Les procédures à mettre en œuvre en cas d'incident sont en place et connues des professionnels.

VST.2.c. La traçabilité des produits et dispositifs médicaux est assurée.

VST.2.d. Une organisation permettant de répondre à une alerte sanitaire concernant les produits et dispositifs médicaux à usage thérapeutique est en place.

VST.2.e. Le système de vigilance alimente une réflexion permettant l'amélioration des pratiques professionnelles quant à l'usage des produits et dispositifs médicaux.

VST.2.d. Les produits à usage thérapeutique sont les produits sanguins labiles, les médicaments, les médicaments dérivés du sang, et les éléments et produits du corps humain.

VST - Référence 3

Les professionnels sont informés et formés à périodicité définie en ce qui concerne les vigilances sanitaires et la sécurité transfusionnelle.

VST.3.a. Les professionnels sont informés de leurs obligations de signalement des événements indésirables relatifs à l'utilisation des produits sanguins labiles, des médicaments, des médicaments dérivés du sang, des dispositifs médicaux et des éléments et produits du corps humain.

VST.3.b. Les professionnels sont formés sur les conduites à tenir en cas d'incident.

VST.3.c. Les professionnels sont informés régulièrement sur l'activité de vigilance sanitaire ; les informations émanant des structures nationales et régionales concernant les vigilances sont relayées jusqu'aux médecins prescripteurs.

VST - Référence 4

L'établissement met en œuvre les règles de sécurité transfusionnelle.

VST.4.a. L'établissement met en œuvre une politique de maîtrise de l'utilisation des produits sanguins labiles.

VST.4.b. L'établissement dispose de procédures d'approvisionnement fiables.

VST.4.c. Les patients transfusés font l'objet d'un dossier transfusionnel.

VST.4.d. Les différentes étapes du processus transfusionnel sont réalisées conformément aux bonnes pratiques.

VST.4.e. L'information et le suivi des patients transfusés sont assurés ; le médecin traitant est informé.

VST - Référence 5

Les activités de vigilance sanitaire et de sécurité transfusionnelle font l'objet d'évaluations et d'actions d'amélioration.

VST.5.a. L'efficacité de chaque vigilance est évaluée ; des mesures d'amélioration sont mises en œuvre.

VST.5.b. L'application des protocoles et procédures concernant les différentes étapes du processus transfusionnel est évaluée.

VST.5.c. Un programme d'amélioration continue de la sécurité transfusionnelle est en cours.

3. Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux (SPI)

Introduction

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

SPI - Référence 1

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

SPI - Référence 2

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

SPI - Référence 3

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

SPI - Référence 4

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

SPI - Référence 5

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

SPI - Référence 6

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

SPI - Référence 7

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

SPI - Référence 8

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

SPI - Référence 9

Le risque infectieux lié à l'environnement est maîtrisé.

SPI - Référence 10

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

SPI - Référence 11

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

Références et critères

SPI - Référence 1

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

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

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

SPI - Référence 2

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

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

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

SPI.2.c. La politique et le programme de lutte contre le risque infectieux font l'objet d'actions de communication au sein de l'établissement et avec l'extérieur.

SPI.2.d. Une formation en hygiène est dispensée à tout professionnel temporaire ou permanent lors de son arrivée.

SPI.2.e. Les actions de formation continue en hygiène concernent l'ensemble des professionnels, notamment lors de la diffusion de nouvelles procédures.

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

SPI - Référence 3

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

SPI.3.a. Un responsable est identifié au sein de l'établissement et est chargé de la mise en œuvre du programme de lutte contre le risque infectieux.

SPI.3.b. Le responsable a accès à toutes les données nécessaires à la mise en œuvre du programme.

SPI.3.c. Le CLIN, ou équivalent, veille au suivi de la politique de l'établissement et à la communication des informations détenues à l'ensemble des secteurs d'activité cliniques, médico-techniques et administratifs.

SPI.3.d. Le CLIN, ou équivalent, est consulté pour tout projet d'aménagement des locaux, d'organisation des circuits, d'acquisition d'équipement ou de matériel et pour la programmation des travaux, dans le cas où ces projets ou ces choix pourraient avoir des conséquences en terme d'hygiène.

SPI.3.e. Le CLIN, ou équivalent, rédige un rapport d'activité annuel adressé à la direction, au CA et aux secteurs d'activité avec lesquels il collabore pour information, à la CME pour avis et au CHSCT le cas échéant.

SPI - Référence 4

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

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

SPI.4.b. Un dispositif permet l'alerte, l'identification, la gestion et la maîtrise d'un phénomène épidémique.

SPI.4.c. Les conclusions de l'analyse des données de surveillance, ainsi que les recommandations qui en découlent, sont communiquées aux secteurs d'activité concernés et à la direction. Elles sont utilisées pour adapter les activités de prévention du risque infectieux.

SPI.4.d. Un suivi de l'évolution du taux des bactéries résistant aux antibiotiques est assuré.

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

SPI - Référence 5

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

SPI.5.a. Des protocoles visant à maîtriser le risque infectieux sont utilisés.

SPI.5.b. Les professionnels bénéficient d'une formation permettant la mise en œuvre du programme de lutte contre le risque infectieux.

SPI.5.c. Le patient est associé aux actions de prévention du risque infectieux le concernant.

SPI - Référence 6

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

SPI.6.a. Une structure interne à l'établissement est chargée d'étudier les modalités d'utilisation des antibiotiques en relation avec le CLIN ou équivalent.

SPI.6.b. Des recommandations concernant la prescription des antibiotiques pour l'antibiothérapie et l'antibioprophylaxie sont émises.

SPI.6.c. Un suivi annuel des consommations d'antibiotiques pour l'établissement et par secteur d'activité est assuré.

SPI.6.d. La consommation des antibiotiques est confrontée à l'évolution de la résistance bactérienne.

SPI - Référence 7

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

SPI.7.a. Des actions sont menées pour prévenir les accidents avec exposition au sang et aux liquides biologiques.

SPI.7.b. Un dispositif de notification, de recueil, d'analyse de ces accidents et de prise en charge des personnes concernées est en place.

SPI.7.c. L'ensemble des professionnels est immunisé contre certains risques spécifiques liés à l'exercice en établissement de santé.

SPI.7.d. Des actions sont menées pour prévenir les risques de contamination liés à l'exercice professionnel.

SPI - Référence 8

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

SPI.8.a. Un système d'assurance de la qualité en stérilisation est en place.

SPI.8.b. Des procédures d'entretien (nettoyage, désinfection) des équipements et dispositifs médicaux non stérilisables sont écrites, validées et mises en œuvre par du personnel formé. Leurs respect et pertinence sont évalués à périodicité définie.

SPI - Référence 9

Le risque infectieux lié à l'environnement est maîtrisé.

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

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

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

SPI.9.a. Les procédures concernent :

- l'entretien de l'ensemble des locaux en fonction des niveaux de risque ;*
- le circuit (collecte, transport, manutention) et le traitement du linge propre et souillé ;*
- la maintenance et le contrôle de la qualité de l'eau, adaptés à ses différentes utilisations (eau potable, eau pour hemodialyse, eau pour entretien du matériel...) ;*
- la maintenance et le contrôle de la qualité de l'air dans les secteurs bénéficiant d'un système de ventilation contrôlée ;*
- la gestion des déchets d'activités de soins issus des secteurs d'activité cliniques et médico-techniques.*

SPI - Référence 10

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

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

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

SPI - Référence 11

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

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

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

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

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