Inspection générale

des affaires sociales

- Janvier 2018-

2017-038R

Établi dans le cadre de la Mission Permanente Inspection Contrôle par

|  |  |
| --- | --- |
| Anne TISON | Angel PIQUEMAL |
| Membres de l’Inspection générale des affaires sociales | |

Cahier d’aide à la construction du contrôle

de l’organisation et des processus de travail dans

une unité d'hospitalisation

Présentation générale

# Contenu du cahier et périmètre

**Cahier d’aide à la construction du contrôle de l’organisation et des processus de travail dans une unité d’hospitalisation**

L’objectif est de fournir des repères pour préparer une inspection-contrôle au sein d’une unité d’hospitalisation dénommée unité de soins ou service, que ce soit en hospitalisation complète ou de jour.

La liste des activités de soins, au sens de l’article R6122-25 CSP, concernées par le présent cahier est :

*Médecine ; Chirurgie ; Gynécologie, néonatalogie ; Soins de suite ; Rééducation et réadaptation fonctionnelles ; Transplantations d'organes et greffes de moelle osseuse ; Traitement des grands brûlés ; Chirurgie cardiaque ; Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie ; Neurochirurgie ; Traitement du cancer.*

**Le cahier porte sur l’organisation et les processus de travail et contient des questionnements permettant de repérer les facteurs constitutifs de risques ; en ce sens, il ne peut avoir la prétention de couvrir l’intégralité des modes de fonctionnement d’une unité.**

Il traite des liens avec d’autres structures internes ou externes à l’établissement et/ou professionnels de santé qui concourent à la prise en charge des patients de l’unité ou du service. Toutefois, le cahier n’aborde pas l’organisation des unités composant le plateau médicotechnique comme le bloc opératoire, l’imagerie, les laboratoires…

Ce cahier ne traite pas de l’évaluation de l’établissement gérant cette unité. Cependant, il conviendra d’envisager les éventuels impacts de la politique générale de l’établissement sur les conditions de fonctionnement de l’unité. Aussi certaines questions proposées portent-elles sur l’établissement lui-même.

Les activités exclues du présent cahier sont :

Dialyse, réanimation, soins intensifs, surveillance continue, activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie, soins de longue durée, accueil et traitement des urgences, psychiatrie, obstétrique[[1]](#footnote-1), EHPAD[[2]](#footnote-2).

# Avertissement

Il est conseillé d’utiliser ce cahier en complémentarité avec des guides de l’IGAS portant sur les bonnes pratiques d’inspection-contrôle pour les réseaux territoriaux[[3]](#footnote-3), le guide d’aide au contrôle des établissements de santé[[4]](#footnote-4), le cahier d’aide à la construction du contrôle de l’activité d’Obstétrique d’un établissement de santé[[5]](#footnote-5).

Ce cahier se veut un outil d’aide pour la préparation des contrôles. Il n’a pas de valeur prescriptive, normative ou réglementaire. Il peut servir de repère à la personne chargée du contrôle, qui doit déterminer la façon de conduire celui-ci en fonction des objectifs qui lui ont été assignés, de son expérience de contrôle, des circonstances et des caractéristiques de la structure à contrôler ainsi que du temps susceptible d’être affecté au contrôle. Chaque unité d’hospitalisation présente en effet des particularités notamment du fait de ses activités, de sa taille, du statut de l’établissement. L’élaboration du questionnaire de contrôle doit en tenir compte.

**Les questions qui sont proposées dans les fiches thématiques ne sont données qu’à titre indicatif, sans obligation d’être toutes reprises pour préparer le protocole de contrôle. Elles doivent être sélectionnées au regard des recherches à mener. Certaines d’entre elles permettent d’obtenir un faisceau d’indices quant à la nature du dysfonctionnement éventuel mais ne sont pas nécessairement de nature à obtenir une réponse binaire, réglementaire ou unique.**

**Compte-tenu de la spécificité des actes de soins, les questions contenues dans la sous-fonction 3.8 ne viseront pas le fonctionnement général du service. Elles sont formulées pour cibler une situation de soins potentiellement identifiable ayant pu générer un dysfonctionnement grave supposé ou avéré.**

En [annexe E](#_Annexe_1_:_1) sont cités les principaux textes juridiques et administratifs pouvant servir de référence pour la construction d’un contrôle.

Ce cahier peut aussi servir d’outil d’auto-évaluation aux professionnels de santé et de repères aux agents des agences régionales de santé en dehors de l’activité de contrôle.

Ce cahier sera révisé pour tenir compte des observations faites par les inspecteurs des ARS et les unités d’hospitalisation lors de son utilisation. De même, l’évolution des règles juridiques et des recommandations de sociétés savantes seront prises en compte.

# notice technique d’utilisation du cahier

## Comment se déplacer dans le cahier

L’accès aux informations contenues dans ce dossier peut se faire en suivant l’ordre des pages ou, plus directement, en cliquant sur les références ci-dessous qui, elles-mêmes, permettent une circulation par les liens hypertextes installés.

### Accès direct aux parties du cahier

1 - Pour aller au [sommaire](#sommaire)

2 - Pour connaître les [établissements et services](#tabcat) concernés et, pour chacun en cliquant sur la ligne correspondante, les [autorités et agents de contrôle](#_c_–_déterminer)

3 - Pour connaitre les [procédures administratives](#_B_–_connaître) qui s’appliquent à ces structures

4 - Pour regrouper les [informations déjà disponibles](#taba) pour un contrôle

5 - Pour aller à la [carte des fonctions](#Tcartefonc) puis, en cliquant sur les cases, aux **fiches de fonction** et, pour chacune, en cliquant dans l’encadré, aux **références utiles figurant en annexes 1 et A, B.**

### Aide à la préparation du contrôle du service

Après avoir identifié les autorités et agents chargés du contrôle et les suites possibles à un contrôle pour le service à contrôler ainsi que les procédures administratives qui s’appliquent à la structure, ce cahier permet :

* de remplir le tableau figurant en [annexe D](#_Annexe_D_:) afin de regrouper les informations déjà disponibles sur la structure soumise au contrôle
* d’aider à construire le questionnaire de contrôle du service ([Annexe F](#AnnexeF))

## Installation de la fonction « précédent » dans la barre d’outils de Word[[6]](#footnote-6).

Cette fonction permet de naviguer dans un document Word comportant de nombreux liens hypertextes.

Pour faciliter la navigation au sein des différents guides et cahiers diffusés par l’IGAS, des liens hypertextes ont été insérés. Pour effectuer un retour à la page d’origine après avoir cliqué sur un lien, vous devez activer la fonction «Précédent ».

La procédure à suivre pour installer cette fonction dans la barre d’outils est la suivante.

Positionnez le pointeur de la souris sur la barre supérieure de Word et cliquez sur la flèche descendante à droite de la barre. Un menu apparait alors. Cliquez sur «Autres commandes ».

Puis choisissez, dans la liste déroulante à droite, «Toutes les commandes ». Une liste de commandes classées par ordre alphabétique apparait alors en dessous. Allez jusqu’à « Précédent » et cliquez dessus. Cliquez ensuite sur le bouton « Ajouter ». La fonction « Précédent » apparait dans la liste de droite. Cliquez sur le bouton « Ok » en bas de la boîte. La fonction « Précédent » apparait dès lors dans votre barre d’outils d’accès rapide.

# Notice d’utilisation de l’outil de préparation d’un questionnaire de contrôle

L’outil d’aide à la construction d’un questionnaire de contrôle figurant dans l’annexe F, comporte :

* une carte des principales fonctions identiques à celle figurant au chapitre E de ce cahier ;
* un tableau récapitulant les questions des fiches de fonction de ce cahier.

Pour construire le questionnaire d’un contrôle, il est possible :

* d’identifier dans la carte de cette annexe les fonctions prises en compte (par exemple en surlignant chaque fonction retenue) puis, pour chaque fonction retenue, d’aller dans la partie correspondante du tableau des questions afin de choisir les questions retenues pour le questionnaire du contrôle ;
* d’aller directement dans le tableau des questions afin de choisir les questions retenues pour le questionnaire du contrôle.

Dans le tableau des questions, les liens indiqués dans la première colonne « Liens » permettent d’aller vers la fiche de fonction correspondante dans la partie F de ce cahier.

La construction d’un questionnaire de contrôle se fait à partir d’un logiciel de traitement de texte en utilisant une version informatique permettant de faire des tris sur un tableau.

Pour préparer un contrôle en conservant les liens hypertextes, il est conseillé de travailler sur un « dossier » obtenu par copie de ce cahier. Vous pouvez alors personnaliser ce « dossier » (entête au nom du ou des organismes etc.).

Les questions proposées peuvent être modifiées ou des questions supplémentaires peuvent être ajoutées. Pour insérer une question à celles proposées, vous créez une ligne à la suite des questions de la fonction concernée ou entre deux questions et vous lui donnez un numéro suivant le précédent dans la colonne « N° ligne ».

En face de chaque question retenue, vous mettez le chiffre « 1 » dans la colonne « Choix quest. ».

Pour sélectionner l’ensemble des questions retenues (celles cochées « 1 »), vous faites le tri sur le tableau en prenant comme critères de tri :

* 1er : « Choix quest. » en ordre décroissant
* 2ème : « N° Ligne » ou « Codes » en ordre croissant

[Dans le tableau proposé, les lignes des titres des fonctions ont été codées « 1 », ce qui les fera apparaitre lors du tri. Vous visualiserez ainsi les fonctions pour lesquelles vous aurez ou non prévu des questions.]

A la fin des questions concernant chaque fonction, une ligne a été prévue pour rédiger, sous forme d’une conclusion, la synthèse des constats effectués. En utilisant la fonction tri sur tableau, vous pourrez sélectionner les seules lignes de conclusion lorsqu’elles seront rédigées en mettant en face de chacune par exemple le chiffre « 2 » dans la colonne « Choix quest » et en triant sur cette colonne (selon un ordre décroissant).

Pour remplir le questionnaire lors du contrôle, vous pouvez ensuite continuer à travailler sur le dossier que vous avez constitué. Vous pouvez supprimer les questions non retenues pour alléger le questionnaire. Vous pouvez modifier la forme du tableau selon vos pratiques par exemple en ajoutant des lignes sous celles des questions retenues ou une colonne pour saisir les réponses aux questions.

Vous pouvez aussi choisir de transférer les questions dans le tableau que vous utilisez habituellement pour établir un questionnaire de contrôle. Si lors du transfert vous souhaitez emporter les lignes « conclusion » avec celles des questions retenues, vous indiquer « 1 » en face de chaque ligne de conclusion retenue dans la colonne « Choix quest ».

Lorsque vous faites des tris, vous pouvez revenir à l’ordre initial des lignes en triant sur la colonne « N° ligne » (selon un ordre croissant).

[Si votre logiciel de traitement de texte ne permet pas de faire des tris sur tableau, le tableau de l’annexe F peut être transféré dans un « tableur » de type Excel mais les liens hypertextes ne seront peut-être plus directement actifs. Dans ce cas, pour faciliter le travail, vous pouvez créer un lien entre ce tableau du tableur et cette annexe F dans le dossier que vous aurez créé.]

**Sommaire**

[Présentation générale 3](#_Toc503356352)

[1. Contenu du cahier et périmètre 3](#_Toc503356353)

[2. Avertissement 3](#_Toc503356354)

[3. notice technique d’utilisation du cahier 4](#_Toc503356355)

[3.1 Comment se déplacer dans le cahier 4](#_Toc503356356)

[3.1.1 Accès direct aux parties du cahier 4](#_Toc503356357)

[3.1.2 Aide à la préparation du contrôle du service 5](#_Toc503356358)

[3.2 Installation de la fonction « précédent » dans la barre d’outils de Word. 5](#_Toc503356359)

[4. Notice d’utilisation de l’outil de préparation d’un questionnaire de contrôle 5](#_Toc503356360)

[5. la construction du contrôle 11](#_Toc503356361)

[A – identifier le type d’établissements ou d’unité d’hospitalisation concernés par le contrôle 11](#_Toc503356362)

[B – connaître les procédures administratives 11](#_Toc503356363)

[C – déterminer les autorités et les agents chargés du contrôle de l’activité 11](#_Toc503356364)

[D – regrouper les informations déjà disponibles sur le service 12](#_Toc503356365)

[E – Identifier les fonctions à examiner 12](#_Toc503356366)

[Carte des principales fonctions 13](#_Toc503356367)

[F - préparer le questionnaire de contrôle 17](#_Toc503356368)

[1. Gouvernance de l’activité 18](#_Toc503356369)

[1.1 Conformité aux conditions de l’autorisation 18](#_Toc503356370)

[1.1.1 Régime juridique - Autorisation d’activité 19](#_Toc503356371)

[1.1.2 Missions - activités 21](#_Toc503356372)

[1.1.3 Conditions techniques de fonctionnement 23](#_Toc503356373)

[1.2 Management et stratégie 25](#_Toc503356374)

[1.2.1 Projet du service en lien avec le projet d’établissement 26](#_Toc503356375)

[1.2.2 Pilotage - Délégation de responsabilités 28](#_Toc503356376)

[1.2.3 Communication interne et externe 30](#_Toc503356377)

[1.3 Management et fonctionnement de l’activité 32](#_Toc503356378)

[1.3.1 Structures de concertation au sein du pôle ou du service –Staffs médicaux 33](#_Toc503356379)

[1.4 Gestion de la qualité 36](#_Toc503356380)

[1.4.1 Démarche d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins 37](#_Toc503356381)

[1.4.2 Certification - Accréditation des professionnels 40](#_Toc503356382)

[1.4.3 Indicateurs IPAQSS 42](#_Toc503356383)

[1.4.4 Politique de promotion de la bientraitance 43](#_Toc503356384)

[1.5 Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables 44](#_Toc503356385)

[1.5.1 Politique de prévention et de gestion des risques, situations d’urgence 45](#_Toc503356386)

[1.5.2 Gestion des évènements indésirables, réclamations, signalements 48](#_Toc503356387)

[2 Fonctions support 50](#_Toc503356388)

[2.1 Gestion des ressources humaines 50](#_Toc503356389)

[2.1.1 Personnels, qualifications 51](#_Toc503356390)

[2.1.2 Continuité du fonctionnement 55](#_Toc503356391)

[2.1.3 Pratiques professionnelles, éthique 58](#_Toc503356392)

[2.1.4 Formation – Développement professionnel continu- Promotion - Soutien des professionnels 60](#_Toc503356393)

[2.2 Gestions budgétaire et financière 62](#_Toc503356394)

[2.2.1 Organisation des responsabilités 63](#_Toc503356395)

[2.3 Gestion d’informations 65](#_Toc503356396)

[2.3.1 Statistiques et rapports - Rapport annuel d’activité 66](#_Toc503356397)

[2.3.2 Systèmes d’information 67](#_Toc503356398)

[2.4 Bâtiments, équipements, sécurités 69](#_Toc503356399)

[2.4.1 Locaux 70](#_Toc503356400)

[2.4.2 Sécurités 72](#_Toc503356401)

[2.4.3 Équipements et matériels 75](#_Toc503356402)

[2.4.4 Prestations internes et externes 77](#_Toc503356403)

[2.5 Gestion des médicaments et des dispositifs médicaux 78](#_Toc503356404)

[2.5.1 Approvisionnement et stockage 79](#_Toc503356405)

[2.5.2 Produits sanguins labiles (PSL) 82](#_Toc503356406)

[3. Prise en charge 85](#_Toc503356407)

[3.1 Organisation de la prise en charge de l’admission à la sortie 85](#_Toc503356408)

[3.1.1 Admissions 86](#_Toc503356409)

[3.1.2 Coordination des professionnels 88](#_Toc503356410)

[3.1.3 Sorties 90](#_Toc503356411)

[3.2 Respect des droits des personnes 93](#_Toc503356412)

[3.2.1 La charte de la personne hospitalisée 94](#_Toc503356413)

[3.3 Vie sociale et relationnelle 96](#_Toc503356414)

[3.4 Vie quotidienne 97](#_Toc503356415)

[3.4.1 Organisation de l’espace 98](#_Toc503356416)

[3.5 Champ de l’éducation 99](#_Toc503356417)

[3.5.1 Organisation des actions d’éducation et de prévention 100](#_Toc503356418)

[3.6 Champ de l’accompagnement sociale 101](#_Toc503356419)

[3.6.1 Personnels affectés à l’accompagnement social 102](#_Toc503356420)

[3.7 Champ professionnel 103](#_Toc503356421)

[3.8 Soins 104](#_Toc503356422)

[3.8.1 Environnement du soin 105](#_Toc503356423)

[3.8.2 Administration des médicaments et des produits injectables 108](#_Toc503356424)

[3.8.3 Réalisation des pansements 118](#_Toc503356425)

[3.8.4 Partage des informations patients 122](#_Toc503356426)

[4. RELATIONS DU SERVICE AVEC L’EXTERIEUR 124](#_Toc503356427)

[4.1 Environnements 124](#_Toc503356428)

[4.1.1 Environnement culturel et religieux 125](#_Toc503356429)

[4.2 Coordination avec les autres acteurs 126](#_Toc503356430)

[4.2.1 Partenaires du territoire et de la région 127](#_Toc503356431)

[Annexes 129](#_Toc503356432)

[Annexe A Sources juridiques et administratives définissant les établissements de santé et la procédure d’autorisation d’activité 130](#_Toc503356433)

[Annexe B Connaître les procédures administratives 132](#_Toc503356434)

[Annexe C Les autorités et les agents chargés du contrôle de l’activité 132](#_Toc503356435)

[Annexe D : Regroupement des informations déjà disponibles sur un service soumis à un contrôle 138](#_Toc503356436)

[Annexe E : Principales références juridiques et administratives associées aux fonctions 139](#_Toc503356437)

[Annexe F : Outil d’aide à la construction du questionnaire d’un contrôle 159](#_Toc503356438)

[Elaboration du cahier 210](#_Toc503356439)

[Sigles et abréviations utilisés 211](#_Toc503356440)

# la construction du contrôle

Dans la logique de la construction d’un contrôle le présent cahier aborde les actions suivantes :

* A – identifier le type d’établissement
* B – connaître les procédures administratives qui s’appliquent à la structure
* C – déterminer les autorités et les agents compétents en matière de contrôle
* D – regrouper les informations déjà disponibles
* E – identifier les fonctions à examiner
* F – préparer le questionnaire de contrôle

# A – identifier le type d’établissements ou d’unité d’hospitalisation concernés par le contrôle

Le tableau 1 ci-dessous cite les types de structures identifiées relevant du présent cahier ; [l’annexe A](#_Annexe_1_Sources) reprend les sources juridiques et administratives les caractérisant.

1. Les types de structures concernées par le présent cahier

|  |
| --- |
| **Les** types **d’établissements et les unités d’hospitalisation concernées** |
| **Établissements** |
| [Les établissements publics de santé](#_Annexe_1_Sources) |
| [Les établissements de santé privés d'intérêt collectif](#_Annexe_1_Sources) |
| [Les établissements privés de santé](#_Annexe_1_Sources) |
| **Unité d’hospitalisation** |
| Médecine ; Chirurgie ; Gynécologie, néonatalogie ; Soins de suite ; Rééducation et réadaptation fonctionnelles ; Transplantations d'organes et greffes de moelle osseuse ; Traitement des grands brûlés ; Chirurgie cardiaque ; Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie ; Neurochirurgie ; Traitement du cancer. |

# B – connaître les procédures administratives

[L’annexe B](#_Annexe_B) reprend les sources juridiques portant sur les procédures administratives liées à l’établissement.

* + Autorisation d’activité
  + Accréditation HAS

# C – déterminer les autorités et les agents chargés du contrôle de l’activité

Les catégories de personnels susceptibles d’assurer des contrôles ([annexe C](#_annexe_c_les))

Les catégories de personnels susceptibles d’assurer des contrôles sont prévues dans le code de l’action sociale et des familles et dans le code de la santé publique. Ce sont :

* + soit des personnels des agences régionales de santé,
  + soit des personnels des agences nationales,
  + soit des inspecteurs de l’IGAS.

# D – regrouper les informations déjà disponibles sur le service

Pour construire le contrôle d’une structure, la ou les autorités dispos(ent) déjà de nombreuses informations résultant des différentes procédures administratives applicables et des éléments issus de réclamations, de signalements et de contrôles précédents. Ces informations portent sur la structure mais aussi sur l’organisme de rattachement quand il gère plusieurs structures.

[L’annexe D](#_Annexe_D_:) propose un tableau pour regrouper ces informations et faire le point des dossiers disponibles pour préparer le contrôle d’un secteur.

A titre indicatif, la liste suivante récapitule les principaux documents correspondants :

* + Arrêtés d’autorisations
  + Documents de certification (le cas échéant)
  + Réclamations sur la structure, suites données
  + Signalements d’évènements indésirables faits par la structure, suites données
  + Rapports de contrôle effectués sur la structure et rendu compte par la structure des suites apportées
  + Compte-rendu de la visite de conformité
  + Compte-rendu des visites faites à la structure à d’autres titres que le contrôle

…

# E – Identifier les fonctions à examiner

Les informations utiles ont été regroupées pour construire un contrôle (objectifs, questions possibles, références juridiques…) selon les fonctions mises en œuvre par un service (un établissement, une unité d’hospitalisation) en les déclinant à partir de quatre fonctions principales :

* + Gouvernance
  + Fonctions support
  + Prise en charge
  + Relations avec l’extérieur

Les tableaux ci-après présentent la carte des fonctionsrelative aux activités concernées par ce cahier.

Chaque fonction renvoie par lien hypertexte à une fiche qui regroupe les informations utiles.

Selon les objectifs retenus pour le contrôle à effectuer et le temps pouvant y être consacré, il convient d’identifier les fonctions qui seront plus particulièrement examinées.

### Carte des principales fonctions

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Carte des principales fonctions | | | | | | | | | | | |
| 1. Gouvernance | | | | | | | | | | | |
| 1.1.  Conformité aux conditions de l’autorisation | | 1.2.  Management et stratégie | | | 1.3.  Fonctionnement de l’activité | | 1.4.  Gestion de la  qualité | | | 1.5.  Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 2. Fonctions support | | | | | | | | | | | |
| 2.1.  Gestion des ressources humaines | | 2.2.  Gestions budgétaire et financière | | | 2.3.  Gestion d’informations | | 2.4.  Bâtiments, équipements, sécurités | | | 2.5.  Gestion des médicaments et des dispositifs médicaux | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 3. Prise en charge | | | | | | | | | | | |
| 3.1.  Organisation de la prise en charge de l’admission à la sortie | 3.2.  Respect des droits des personnes | | 3.3.  Vie sociale et relationnelle | 3.4.  Conditions de l’hospitalisation | | 3.5.  Champ de  l’éducation | | 3.6.  Champ de l’accompagnement  social | 3.7.  Champ  professionnel | | 3.8.  Soins |
|  | | | | | | | | | | | |
| 4. Relations avec l’extérieur | | | | | | | | | | | |
| 4.1.  Environnements | | | | | | 4.2.  Coordination avec les autres acteurs | | | | | |

1. Mission IGAS

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Carte des principales fonctions | | | | |
| 1. Gouvernance | | | | |
| 1.1.  Conformité aux conditions de l’autorisation | 1.2.  Management et stratégie | 1.3.  Fonctionnement de l’activité | 1.4.  Gestion de la qualité | 1.5.  Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables |
| 1.1.1.  [Régime juridique](#_Régime_juridique_-)  [Autorisation d’activité](#_Régime_juridique_-) | 1.2.1  [Projet du service en lien avec le projet d’établissement](#_Projet_de_l’activité_1) | 1.3.1.  [Structures de concertation au sein du pôle ou du service](#_Structures_de_concertation)  [Staffs médicaux](#_Structures_de_concertation) | 1.4.1.  [Démarche d’amélioration de la qualité](#_Démarche_d’amélioration_de)  [et de la sécurité des soins](#_Démarche_d’amélioration_de) | 1.5.1.  [Politique de prévention et de gestion des risques, situations d’urgence](#_Politique_de_prévention) |
| 1.1.2.  [Missions](#_Missions_/personnes_accueillies)  [Activités](#_Missions_/personnes_accueillies) | 1.2.2.  [Pilotage - délégation de responsabilités](#_Pilotage) |  | 1.4.2.  [Certification - Accréditation des professionnels](#_Évaluations_internes,_certification) | 1.5.2  [Gestion des évènements indésirables, réclamations, signalements](#_Gestion_des_évènements) |
| 1.1.3.  [Conditions techniques de fonctionnement](#_Personnes_accueillies) | 1.2.3.  [Communication](#_Communication_interne_et)  [interne et externe](#_Communication_interne_et) |  | 1.4.3  [Indicateurs IPAQSS](#_Indicateurs_IPAQSS_1) |  |
|  |  |  | 1.4.4  [Politique de promotion de la bientraitance](#_Politique_de_promotion) |  |
|  |  |  |  |  |

1. Mission IGAS

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Carte des principales fonctions | | | | |
| 2. Fonctions support | | | | |
| 2.1.  Gestion des ressources humaines | 2.2.  Gestions budgétaire et financière | 2.3.  Gestion d’informations | 2.4.  Bâtiments, équipements, sécurités | 2.5.  Gestion des médicaments et des dispositifs médicaux |
| 2.1.1.  [Personnels, qualifications](#_Personnels) | 2.2.1.  [Organisation des responsabilités](#_Organisation_des_responsabilités) | 2.3.1.  [Statistiques et rapports](#_Statistiques_et_rapports)  [Rapport annuel d’activité](#_Statistiques_et_rapports) | 2.4.1.  [Locaux](#_Bâtiments_et_espaces) | 2.5.1.  [Approvisionnement et stockage](#_Approvisionnement_et_stockage) |
| 2.1.2.  [Continuité du fonctionnement](#_Continuité_du_fonctionnement) |  | 2.3.2.  [Systèmes d’information](#_Systèmes_d’information_) | 2.4.2  [Sécurités](#_Sécurités) | 2.5.2  [Produits sanguins labiles PSL](#_Produits_sanguins) |
| 2.1.3.  [Pratiques professionnelles, éthique](#_Pratiques_professionnelles,_éthique) |  |  | 2.4.3.  [Équipements et matériels](#_Équipements_et_matériels) |  |
| 2.1.4.  [Formation - Développement professionnel continu - Promotion - Soutien des professionnels](#_Formation,_accompagnement_à) |  |  | 2.4.4.  [Prestations internes et externes](#_Prestations_internes_et) |  |

1. Mission IGAS

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Carte des principales fonctions | | | | | | | | |
| 3. Prise en charge | | | | | | | | |
| 3.1.  Organisation de la prise en charge de l’admission à la sortie | | 3.2.  Respect des droits des personnes | 3.3.  Vie sociale et relationnelle | 3.4.  Conditions de l’hospitalisation | 3.5.  Champ de  l’éducation | 3.6.  Champ de l’accompagnement  social | 3.7.  Champ professionnel | 3.8.  Soins |
| 3.1.1.  [Admissions](#_Pré_admission) | | 3.2.1.  [La charte de la personne hospitalisée](#_Les_droits_:) |  | 3.4.1.  [Organisation de l’espace](#_Espace_individuel) | 3.5.1.  [Organisation des actions d’éducation et de prévention](#_Organisation_des_activités) | 3.6.1.  [Personnels affectés à l’accompagnement social](#_Personnels_affectés_à_2) |  | 3.8.1.  [Environnement du soin](#_Personnels_affectés_aux) |
| [3.1.2.](#_3.__Prise)  [Coordination des professionnels](#_3.__Prise) | |  |  |  |  |  |  | 3.8.2.  [Administration des médicaments et des produits injectables](#_Administration_du_médicament) |
| [3.1.3](#www313)  [Sorties](#www313) | |  |  |  |  |  |  | 3.8.3  [Réalisation des pansements](#_Réalisation_des_pansements) |
|  | |  |  |  |  |  |  | 3.8.4.  [Partage des informations patients](#_Projet_de_soins) |
|  | *[EE]* : Emploi éventuel *[N C] : Non concernée* | | | | | | | |
| Carte des principales fonctions | | | | | | | | |
| 4. Relations de l’activité avec l’extérieur | | | | | | | | |
| 4.1.  Environnements | | | | | 4.2.  Coordination avec les autres acteurs | | | |
| 4.1.1.  [Environnement culturel et religieux](#_Environnement_sociodémographique_[E) | | | | | 4.2.1.  [Partenaires du territoire et de la région](#_Partenaires_du_secteur) | | | |

1. Mission IGAS

# F - préparer le questionnaire de contrôle

Pour aider à la préparation du questionnaire de contrôle, une fiche a été établie pour chacune des fonctions de base d’une activité.

Dans l’encadré d’introduction, chaque fiche indique :

* + les principaux objectifs du contrôle,
  + les principales références juridiques et administratives avec un renvoi par lien hypertexte à l’annexe E qui cite ces textes,
  + les principales catégories de risques possibles pouvant être associés à la fonction,
  + les liens avec d’autres fiches de ce cahier.

Ensuite, chaque fiche comporte les éléments :

**I Questions**

**Questions proposées**

La fiche liste des questions qui peuvent servir à construire un contrôle particulier. Des questions ne s’appliquent qu’à certaines des activités visées par le cahier. La liste des questions n’est pas exhaustive. C’est à la personne chargée du contrôle qu’il revient, selon les cas, de supprimer ou d’ajouter des questions lors de la préparation du questionnaire de contrôle ou lors du contrôle lui-même en fonction des constats faits.

Le tableau de [l’annexe F](#_Annexe_F_:) récapitule ces questions en les classant selon les fonctions. En utilisant une version informatique permettant de faire des tris sur un tableau, il est possible, en indiquant un code (par exemple 1) dans la colonne intitulée « Choix » en face des lignes qu’on souhaite retenir dans le questionnaire final puis en triant les lignes selon ce code, d’établir le questionnaire retenu pour le contrôle d’une activité déterminée.

**Questions issues de documents administratifs**

La fiche rappelle, s’il en existe pour cette fonction :

* **Les conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique.**

**II Sources d’information**

* Le tableau indique les documents et les personnes qui peuvent apporter des éléments de réponse aux questions posées

**III Références utiles**

Ce sont des références à des recommandations de bonnes pratiques, par exemple :

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la Haute Autorité de Santé (HAS)

DGOS, SGMAS, HFDS, des sociétés savantes, de l’assurance maladie (PRADO) par exemple.

# Gouvernance de l’activité

## Conformité aux conditions de l’autorisation

[1.1.1 Régime juridique - Autorisation d’activité](#_Régime_juridique)

[1.1.2 Missions - Activités](#_Missions_-_Personnes)

[1.1.3 Conditions techniques de fonctionnement](#_Personnes_accueillies)

|  |
| --- |
| **1. Gouvernance de l’activité**    ***1.1. Conformité aux conditions de l’autorisation*** Régime juridique - Autorisation d’activité |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**   * Vérifier que la situation de l’activité du service au regard de l’autorisation est à jour * Vérifier l’état de la visite de conformité et des suites éventuelles * Vérifier que l’établissement tient l’autorité administrative informée de l’évolution des missions et du fonctionnement de l’activité   **Principales références juridiques et administratives** [(1.1.1)](#T111)  **Principales catégories de risques possibles :** Juridique  Lien avec les fonctions : 1.1.2. Missions-personnes accueillies, 1.1.3. Conditions techniques de fonctionnement, 1.4.2 certification, accréditation des professionnels |

**Questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

111 Régime juridique - Autorisation d’activité

***Statut***

Q01 : Vérifier le statut juridique de l’établissement concerné.

***Autorisation***

Q02 : Quelle est la date d’octroi de l’autorisation de l’activité délivrée par l’Agence régionale de santé (ARS) ?

Q03: Quelle est ou quelles sont les disciplines prises en charge dans l’unité concernée ?

Q04 : Quelles sont les éventuelles dispositions prévues par le SROS impactant le service ? Sont-elles mises en œuvre ?

Q05 : La visite de conformité a-t-elle eu lieu ? A quelle date ? Quelles en sont les conclusions ?

Q06 : Si des réserves ont été émises, ont-elles été levées ? Sinon quelles en sont les raisons ?

***CPOM***

Q07 : Ce service est-il concerné par certaines dispositions du CPOM ?

Q08 : Si oui, les modalités de suivi de la mise en œuvre du CPOM sont-elles respectées ?

Q09 : Quels sont les documents d’évaluation disponibles ?

Q10 : Quel en est leur contenu ?

Q11 : Les obligations respectives des parties signataires prévues dans le CPOM ont-elles été respectées ?

**Sources d’information 1.1.1.**

|  |
| --- |
| Arrêté(s) d’autorisation |
| CPOM |
| Dossier d'autorisation |
| Fichier FINESS |
| Rapport de la visite de conformité |
| Rapport(s) d'activité |
| Statuts de l’établissement (public, ESPIC et privé à but commercial (extraits du journal officiel de la République française)) |

**Références utiles**

|  |
| --- |
| **1. Gouvernance de l’activité**   * 1. ***Conformité aux conditions de l’autorisation***  Missions - activités |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**   * Vérifier que les missions réalisées par le service sont conformes à l’autorisation * Vérifier le niveau d’activité, l’adéquation aux références nationales et son adéquation au nombre de lits installés   **Principales références juridiques et administratives** [(1.1.2)](#A112)  **Principales catégories de risques possibles :** Juridique – Sécurité des personnes  Lien avec d’autres fonctions : 1.1.1. Régime juridique-autorisation de l’activité |

**Questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

112 Missions – activités

Q01 : Quel est le nombre de séjours annuels réalisé dans le service ? En hospitalisation complète ? En hospitalisation de jour ?

Q02 : Y-a-t-il des séjours correspondant à des séances ? A des séances de chimiothérapie pour cancer ? Si oui, combien annuellement ?

Q03 : Quelles sont les durées moyennes de séjours (DMS) (par groupe homogène de séjour GHS) comparées aux DMS nationales ?

Q04 : Quelle est la capacité installée en lits d’hospitalisation complète ? En places d’hospitalisation de jour ?

Q05 : Y a-t-il une unité dédiée ou des lits affectés à l’hospitalisation de semaine ?

Q06 : Si l’unité dispose de places en hospitalisation de jour, ces dernières constituent-elles une unité spécifique séparée de l’unité d’hospitalisation complète ?

Q07 : S’agit-il d’une unité d’hospitalisation complète partagée entre plusieurs disciplines ?

Q08 : S’agit-il d’une unité d’hospitalisation de jour partagée entre plusieurs disciplines ?

Q09 : Quel est le coefficient d’occupation moyen dans chacune des unités et le taux de rotation pour l’hospitalisation de jour ?

Q10 : Quel est le nombre moyen de patients par jour ?

**Sources d’information 1.1.2.**

|  |
| --- |
| Arrêté(s) d’autorisation |
| Rapport(s) d’activité |
| Entretien avec le directeur, le chef de service, le cadre. |

**Références utiles**

Indications de recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS, des sociétés savantes, de l’assurance maladie (PRADO)

|  |
| --- |
| **1 Gouvernance de l’activité**  ***1.1 Conformité aux conditions de l’autorisation*** Conditions techniques de fonctionnement |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**   * Vérifier que les conditions techniques de fonctionnement prévues par les textes réglementaires sont respectées   **Principales références juridiques et** administratives : [(1.1.3)](#A113)  **Principales catégories de risques possibles :** Juridique – Sécurité des personnes - Financier  Lien avec d’autres fonctions : 1.1.1. Régime juridique-autorisation d’activité, 1.1.2. Missions-personnes accueillies 2.3.1. Statistiques et rapports-rapports annuels d’activité, 2.4.1 bâtiments et espaces extérieurs, 2.4.3. Equipements et matériels, 3.8.3. Locaux de soins, matériels et installations techniques |

**Questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

113 Conditions techniques de fonctionnement

***Si le service est visé par des dispositions réglementaires, en fonction des textes régissant l’activité du service :***

Q01 : Les personnels présents sont-ils en adéquation avec les normes réglementaires ?

Q02 : Sinon, quel est l’écart ? Quelles en sont les causes?

Q03 : Les modalités du fonctionnement médical et de la permanence des soins sont-elles en adéquation avec les dispositions réglementaires ?

Q04 : Sinon, quel est l’écart ?

Q05 : Les modalités du fonctionnement paramédical (Infirmiers et autres professionnels en fonction de l’activité) sont-elles en adéquation avec les dispositions réglementaires ?

Q06 : Sinon, quel est l’écart ?

Q07 : Les locaux du service sont-ils en adéquation avec les dispositions réglementaires ?

Q08 : Sinon, sur quoi porte l’écart ?

Q09 : Les équipements du service sont-ils en adéquation avec les dispositions réglementaires ?

Q10 : Sinon, sur quoi porte l’écart ?

Q11 : Les inadéquations éventuelles avaient-elles déjà été relevées lors de la dernière visite de conformité ?

**Sources d’information 1.1.3.**

Rapport visite de conformité et suites données

Rapport(s) d’activité

Projet d’établissement

Projet de service

Entretien avec le directeur, le chef de service, le cadre

**Références utiles**

* Arrêté du 30 avril 2003 modifié relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins dans les établissements publics de santé.

**1. Gouvernance de l’activité**

## Management et stratégie

[1.2.1 Projet du service e l’unité en lien avec le projet d’établissement](#_Règlement_intérieur_de)

[1.2.2 Pilotage – Délégations de responsabilités](#_Pilotage)

[1.2.3 Communication interne et externe](#_Communication_interne_et)

|  |
| --- |
| **1 Gouvernance de l’activité**    ***1.2. Management et stratégie*** Projet du service en lien avec le projet d’établissement |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**   * Vérifier l’existence et le contenu d’instruments de pilotage prévus par les textes ou par un règlement intérieur   **Principales références juridiques et administratives (**[**1.2.1**](#T121)**.)**  **Principales catégories de risques possibles :** Managérial  Lien avec d’autres fonctions : 1.1.2. Missions-personnes accueillies, 1.2.2 pilotage, délégation de responsabilités, 1.5.2. Gestion des évènements indésirables, réclamations, signalements |

**Questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

121 Projet du service en lien avec le projet d’établissement

***Règlement intérieur***

Q01 : Existe-t-il un règlement intérieur de l’établissement ?

Q02 : Existe-t-il un règlement intérieur (sous cette appellation ou une autre) spécifique au service ? Q03 : Est-il intégré officiellement au règlement de l’établissement ?

Q04 : Par quelles modalités informe-t-on les professionnels et /ou les patients de l’existence et du contenu de ce règlement intérieur spécifique au service ?

Q05 : Est-il remis à chaque personne hospitalisée en annexe du livret d’accueil ainsi qu’à tous les nouveaux professionnels intervenant dans le service ?

Q06 : Est-il affiché dans les locaux du service?

***Projet de service***

Q07 : Un projet de service a-t-il été élaboré ? Avec la participation de tous les professionnels ?

Q08 : Intègre-t-il les liens avec d’autres services de l'établissement?

Q09 : A-t-il fait l’objet d’une présentation en CME ?

Q10 : D’après vos entretiens, les équipes semblent-elles s’être approprié le projet ?

Q11 : Le projet de service est-il en cohérence avec le projet médical de l’établissement ainsi qu’avec le projet et le contrat du pôle ?

Q12 : Celui-ci reprend-il des recommandations de bonnes pratiques des sociétés savantes et de la HAS ?

Q13 : Ce projet définit-il les objectifs de l’unité notamment en matière de coordination, de coopération et d’évaluation des activités et de la qualité des prestations ainsi que ses modalités d’organisation et de fonctionnement ?

Q14 : Quels sont les objectifs affichés ? Affiche-t-il des valeurs spécifiques au service ?

Q15 : Comment sont définis les rôles des différents professionnels et comment sont organisées leurs relations ?

Q16 : Prévoit-il l’élaboration de protocoles notamment pour les soins ?

Q17 : Prévoit-il un appui institutionnel pour les équipes ?

Q18 : Aborde-t-il toutes les dimensions de la prise en charge des patients ?

Q19 : Organise-t-il des partenariats avec des institutions extérieures ?

Q20 : Sa mise en œuvre est-elle effective ?

Q21 : Quelles sont les modalités prévues pour suivre sa mise en œuvre et réaliser son évaluation ?

Q22 : L’évaluation du projet est-elle explicitement prévue (existence d’indicateurs, mesure des écarts, périodicité) ? Par qui ? Quelle restitution collective ?

Q23 : Comment est assurée sa révision ?

***Si le service est intégré dans un GHT :***

Q24 : Le projet médical du GHT est-il partagé et approprié par le service ?

Q25 : Le projet médical commun du GHT a-t-il été discuté avec les équipes ?

Q26 : Comment sont qualifiées les relations entre le service et le GHT par les responsables du service et par les équipes ?

Q27 : Quelles sont les modalités d’organisation de la continuité et de la permanence des soins ?

Q28 : S’agit-il d’un document formalisé ?

**Sources d’information 1.2.1.**

|  |
| --- |
| Exemples d’informations faites aux familles (courriers, réunions...) |
| Livret d'accueil |
| Projet du service |
| PV des réunions de service |
| Projet d’établissement |
| Contrat et projet de pôle |
| Rapport(s) d'activité |
| Règlement intérieur de fonctionnement de l’établissement, et/ ou de l’activité |
| Entretien avec le directeur, le président de la CME, le responsable de l’activité |
| Entretien avec le responsable du pôle de rattachement |
| Entretiens avec des professionnels |
| Entretiens avec des personnes prises en charge |
|  |

**Références utiles**

Indications de recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS

|  |
| --- |
| **1 Gouvernance de l’activité**  ***1.2. Management et stratégie*** Pilotage - Délégation de responsabilités |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**   * Vérifier que le fonctionnement de l’activité repose sur une organisation structurée * En cas de délégation, la vérifier   **Principales références juridiques et administratives (**[**1.2.2**](#T122)**.)**  **Principales catégories de risques possibles :** Managérial - Social  Lien avec d’autres fonctions : 1.2.1. Projet de l’activité en lien avec le projet d’établissement ; 1.2.3. Communication interne et externe |

**Questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

122 Pilotage - Délégation de responsabilité

***Organisation***

Q01 : Un organigramme à jour du service est-il disponible ? Correspond-il à la réalité ?

Q02 : Quelle organisation traduit-il notamment en termes hiérarchiques et fonctionnels ?

Q03 : Est-il intégré au règlement intérieur de fonctionnement du service ?

Q04 : Existe-t-il des dispositifs de contrôle interne ?

Q05 : Existe-t-il des fiches de poste ou de fonction pour le chef de pôle ?

Q06 : Existe-t-il des fiches de poste ou de fonction pour le chef de service ?

Q07 : Existe-t-il des fiches de poste ou de fonction pour le cadre de santé ainsi que pour tous les intervenants dans le service?

Q08: Le cadre de service est-il titulaire du diplôme de cadre ?

Q09 : Est-il dédié au service concerné ou partage-t-il ses fonctions avec d’autres ?

Q10 : Un contrat et un projet de pôle ont-ils été élaborés ?

Q11 : Quelle est la procédure de nomination du chef de service ou du responsable de ce service ?

Q12 : Est-elle conforme à la réglementation ?

Q13 : Le contrat de pôle définit-il une délégation particulière au chef de service et/ou aux cadres de santé ? Laquelle ?

Q14 : Cette délégation est-elle mise en œuvre dans les faits ?

Q15 : Est-elle évaluée ?

Q16 : Certains professionnels disposent-ils de délégations particulières ? Si oui, lesquels et pour quelles tâches ?

**Sources d’information 1.2.2.**

|  |
| --- |
| Comptes rendus de réunions du pôle ou service support de l’activité |
| Documents de délégations |
| Fiche de poste du chef de pôle ou/et de service support de l’activité |
| Fiche de poste des cadres du service |
| Organigramme |
| Projet du service |
| Règlement intérieur de fonctionnement du service |
| Entretien avec le chef de service et/ou de pôle ; les cadres du service |
| Entretiens avec les représentants du personnel |
| Entretiens avec des personnels du service |

**Références utiles**

|  |
| --- |
| **1 Gouvernance du service**  ***1.2. Management et stratégie*** Communication interne et externe |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**   * Vérifier les modalités d’organisation et de formalisation de la communication interne auprès du personnel * Vérifier les modalités de communication externe promouvant les activités du service y compris au sein de l’établissement   **Principales références juridiques et administratives (**[**1.2.3**](#T123)**.)**  **Principales catégories de risques possibles : Managérial -** Social – Médiatique  Lien avec d’autres fonctions : 1.1.2. Missions-personnes accueillies, 1.2.1. Projet de l’activité en lien avec le projet d’établissement |

**Questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

123 Communication interne et externe

***Communication interne***

Q01 : Comment la communication interne est-elle organisée au sein du service et de l’établissement ?

Q02 : A-t-elle un caractère systématique, ou occasionnel ?

Q03 : Quels en sont les supports écrits et oraux (réunions, publications, site intranet) ?

Q04 : Quelles en sont les périodicités ?

Q05 : Quels sont les thèmes abordés ?

Q06 : Concernent-ils les personnels ?

Q07 : Concernent-ils les personnes accueillies ?

Q08 : Reposent-ils sur une personne identifiée ?

Q09 : Pour l’organisation de la prise en charge et le fonctionnement du service, l’avis des patients a-t-il été sollicité ? Si oui, de quelle manière ?

***Communication externe***

Q10 : Existe-t-il une stratégie de communication externe ?

Q11 : Le site Internet de l’établissement comporte-t-il des données sur le service ?

Q12 : Le site Internet de l’établissement comporte-t-il des données sur les prises en charge des patients dans le service ?

Q13 : Le site Internet de l’établissement comporte-t-il des données sur les professionnels du service (présentation des équipes, qualifications…) ?

Q14 : Les praticiens et autres professionnels de santé organisent-ils des séances d’information et de formation à l’extérieur de l’établissement ?

Q15 : Auprès de quels publics ?

Q16 : Sur quels thèmes ?

Q17 : L’établissement soutient-il les projets et les initiatives du service dans le domaine de la communication externe ?

Q18 : De quelle manière ?

Q19 : Quelle est la nature de cette implication ?

Q20 : Le service organise-t-il des journées thématiques à destination du public ?

Q21 : Sur quels thèmes et avec quelle périodicité ?

**Sources d’information 1.2.3.**

|  |
| --- |
| Site intranet ou Internet |
| Tous documents se rapportant à la communication interne et externe : affichages, notes de service, compte-rendu de réunions… |
| Entretien avec le responsable communication, le chef de service, le cadre |

**Références utiles**

**1. Gouvernance**

## Management et fonctionnement de l’activité

[1.3.1 Structures de concertation au sein d’un pôle ou de l’unité– staffs médicaux](#_Conseil_d’administration_et)

|  |
| --- |
| **1. Gouvernance liée à l’activité**    ***1.3. Fonctionnement de l’activité*** Structures de concertation au sein du pôle ou du service –Staffs médicaux |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**   * Vérifier la régularité et le bon fonctionnement des structures de concertation au sein du pôle * Vérifier la régularité et le bon fonctionnement des réunions de pôle et de l’unité * Vérifier la régularité et le bon fonctionnement des réunions de staff médical   **Principales références juridiques et administratives** ([1.3.1](#T131).)  **Principales catégories de risques possibles :** Managérial – Juridique – social  Lien avec d’autres fonctions : 1.2.2. Pilotage, délégation de responsabilités |

**Questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

131 Structures de concertation au sein du pôle ou du service - Staffs médicaux

Q01 : Les actions de la direction de l’établissement et du responsable médical du service sont-elles en cohérence et convergentes ?

Q02 : Leurs relations permettent-elles la résolution de problèmes ou entrainent-elles des blocages ?

Q03 : Les actions du responsable du service et du chef de pôle sont-elles en cohérence et convergentes ?

Q04 : Leurs relations permettent-elles la résolution de problèmes ou entrainent-elles des blocages ?

Q05 : Les responsables de l’activité sont-ils accompagnés par la direction et le président de la CME dans la mise en œuvre des projets ?

***Structure(s) de concertation au sein du pôle***

Q06 : Quelles sont les structures de concertation mises en place par le chef de pôle au sein du pôle ?

Q07 : Quelle est la fréquence de leurs réunions ?

Q08 : Quel est le contenu de ses réunions à la lecture des ordres du jour ?

Q09. : Les praticiens du service y sont-ils associés ?

Q10 : Les autres professionnels du service y participent-ils ? De quelle manière ?

Q11 : Le chef du pôle et le cadre de pôle prennent-ils en compte les problèmes du service ?

Q12 : Soutiennent-ils les projets du service ? Comment ?

Q13 : Les informations communiquées par le chef de pôle permettent-elles le bon fonctionnement de la structure de concertation ?

Q14 : Les réponses aux questions posées par le responsable du service sont-elles claires et sont-elles apportées dans des délais adaptés ?

Q15 : Les réunions font-elles l’objet d’un ordre du jour et d’un procès-verbal ou d’un relevé de conclusions ?

Q16 : Le management du pôle permet-il la participation des professionnels à la conception du projet du pôle et à sa mise en œuvre ainsi qu’au traitement des problèmes du service ?

Q17 : Comment les responsables du pôle veillent-ils à adapter les ressources du service à l’activité ?

Q18 : Comment le responsable médical et le cadre du service qualifient-ils la relation du service avec le pôle ?

***Réunions d’équipe concernant le service***

Q19 : Des réunions d’équipe sont-elles organisées ?

Q20 : Quelle en est la fréquence ?

Q21 : Quel est le contenu des ordres du jour et des relevés de conclusions ?

Q22 : Les mêmes sujets y sont-ils régulièrement abordés ?

Q23 : Les praticiens du service y sont-ils associés ?

Q24 : Les autres professionnels du service y participent-ils ? Le personnel de nuit peut-il y participer ?

Q25 : De quelle manière ?

Q26 : En quelle proportion par rapport à l’effectif ?

Q27 : Le chef de pôle et le cadre de pôle assistent-ils à des réunions de service ?

Q28 : Comment le responsable médical du service associe-t-il l’équipe médicale ?

Q29 : Comment cette association est-elle qualifiée par les praticiens et le médecin responsable ?

Q30 : Comment sont organisées les relations entre le responsable médical et l’encadrement ?

Q31 : Quel est le système de coordination mis en place ?

Q32 : Selon eux donne-t-il satisfaction aux professionnels ?

Q33 : Sur quels sujets porte cette coordination ?

Q34 : Comment qualifient-ils le contenu de leur relation et de leur coordination ?

Q35 : Les questions relatives à l’organisation du travail de l’équipe sont-elles abordées lors de ces réunions ?

Q36 : Si oui, quels en ont été les motifs ? Quelles en ont été les conclusions ?

Q37 : Quels sont les documents-preuves disponibles ?

Q38 : Les questions relatives à la coordination entre l’organisation de l’équipe médicale et celle de l’équipe paramédicale sont-elles abordées ? Par exemple, l’organisation et la durée de la visite, de la contre-visite, ont-elles fait l’objet d’une analyse commune et d’une décision partagée ?

Q39 : D’autres professionnels de l’établissement participent-ils à ces réunions (qualiticien, médecin hygiéniste, ingénieur en organisation, médecin du travail…) ?

***Réunions de staff relatives à la prise en charge des patients***

Q40 : Des réunions de staff sont-elles organisées formellement ?

Q41 : Par qui sont-elles animées ?

Q42 : Tous les praticiens y participent-ils ?

Q43 : Les paramédicaux y participent-ils aussi ? Lesquels ?

Q44 : Un document écrit en formalise-t-il les conclusions ?

Q45 : Quelle est la fréquence des staffs médicaux ?

Q46 : La visite et la contre-visite sont-elles précédées de réunions de préparation ?

Q47 : Quels sont les professionnels qui participent aux unes et aux autres ?

Q48 : Quelle est la traçabilité des décisions prises?

**Sources d’information 1.3.1.**

|  |
| --- |
| Composition et règlement intérieur de la structure de concertation au sein du pôle |
| Comptes rendus des réunions |
| Composition et règlement intérieur des réunions d’équipe concernant l’activité |
| Document organisant le principe des staffs médicaux |
| Entretiens avec le responsable du pôle de rattachement, avec le responsable médical du service, avec les cadres de santé et avec les autres praticiens. |

**Références utiles**

**1. Gouvernance**

## Gestion de la qualité

[1.4.1 Démarche d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins](#_Démarche_d’amélioration_de)

[1.4.2 Certification- accréditation des professionnels](#_Certification,_accréditation_des)

[1.4.3 Indicateurs IPAQSS](#_Indicateurs_IPAQSS_1)

[1.4.4 Politique de la promotion de la bientraitance](#_Politique_de_promotion)

|  |
| --- |
| **1. Gouvernance de l’activité**  ***1.4. Gestion de la qualité*** Démarche d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**   * Vérifier les modalités de mise en œuvre d’une démarche continue d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins : identification des problématiques, démarche mise en œuvre, conditions d’appropriation des procédures ou des protocoles, évaluation interne. * Apprécier l’implication des responsables de l’activité, du personnel et la place donnée aux personnes accueillies   **Principales références juridiques et administratives (**[**1.4.1**](#T141)**.)**  **Principales catégories de risques possibles :** Juridique – Sécurité des personnes- Attractivité de l’activité  Lien avec d’autres fonctions : 1.4.2. Certification, accréditation des professionnels, 1.4.3 Indicateurs IPAQSS 1.5.1. Politique de prévention et de gestion des risques, situations d’urgence 1.5.2 Gestion des évènements indésirables, réclamations, signalements |

**Questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

141 Démarche d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (à voir au niveau de l’établissement et du service)

Q01 : L’établissement a-t-il élaboré un programme d’amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins?

Q02 : Quels en sont les orientations et les objectifs essentiels ?

Q03 : Quel est le contenu des évaluations de sa mise en œuvre ?

Q04 : Le contrat de pôle définit-il des objectifs en matière de qualité des soins et de sécurité des soins ?

Q05 : Le projet du service définit-il des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins ?

Q06 : Y-a-t-il des liens entre eux ?

Q07 : La démarche d’amélioration de la qualité des soins du service s’articule-t-elle avec la politique de prévention et de gestion des risques de l’établissement ? De quelle manière et sur quels thèmes ?

Q08 : Le service est-il engagé dans des procédures de certification particulières : ISO, Jacie… ?

***Adhésion des professionnels***

Q09 : Un responsable « qualité » a-t-il été désigné pour le service ?

Q10 : Est-il spécifique au service ou partagé entre plusieurs ?

Q11 : L’établissement, le responsable de pôle, le responsable médical de l’unité et l’encadrement du service affichent-ils une volonté claire de mise en place d’une démarche d’amélioration continue de la qualité ?

Q12 : Comment cela se traduit-il ?

Q13 : L’ensemble du personnel est-il associé à la démarche ?

Q14 : Comment y participe-t-il ?

Q15 : Comment la Direction Qualité de l’établissement s’investit-elle dans le suivi du service ?

Q16 : De quelle manière et avec quelle fréquence ?

***Formation***

Q17 : Les professionnels bénéficient-ils de formations sur les thèmes de la qualité et de la sécurité des soins ? Sur l'audit, la méthodologie des EPP, le patient traceur?

Q18 : Si oui combien d’agents y ont participé au cours des 3 dernières années?

Q19 : Sur quels thèmes ?

***Elaboration et utilisation de documents de référence***

Q20 : Est-ce que des procédures ou des protocoles ont été établis et validés ?

Q21 : Sont-ils portés par un système de gestion documentaire ?

Q22 : Dans quels domaines et sur quelles actions ?

Q23 : Sont-ils évalués ? Qu’indiquent les documents d’évaluation ?

Q24 : Les procédures et/ou les protocoles sont-ils mis à jour ?

Q25 : Quelles sont les modalités de révision de ces documents ?

Q26 : D’autres services spécialisés de l’établissement sont-ils associés à l’élaboration de protocoles et à leur révision (ex : EOHH) ?

Q27 : Les références aux procédures, aux recommandations ou guides de bonnes pratiques validées ou élaborées par la HAS et les sociétés savantes ont-elles été utilisées pour élaborer les procédures et protocoles internes à l’établissement ?

Q28 : Sont-elles connues des équipes y compris médicales ?

Q29 : Qu’est-ce qui a été mis en place pour que les équipes s’approprient les procédures et les protocoles ?

Q30 :Qu’est-ce qui a été mis en place pour que les équipes s’approprient les recommandations et guides de bonnes pratiques et les mettent en œuvre ?

Q31 : Certains processus de travail font-ils l’objet de procédure ? Si oui, lesquels ?

Q32 : Quelles sont les formations éventuellement mises en place ?

***Evaluation des pratiques professionnelles***

Q33 : Des Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) ont-elles été organisées à l’échelle de l’établissement ?

Q34 : Quel est le nombre d’EPP menées dans le service depuis trois ans ? Combien d’EPP spécifiques au service ? Combien d’EPP communes à un groupe de services ?

Q35 : Quels en sont les thèmes ?

Q36 : Quels en sont les suivis ? Des actions sont-elles mises en œuvre au vu des résultats ?

Q37 : Des Revues Morbidité Mortalité (RMM) sont-elles organisées dans le service ?

Q38 : A quelle fréquence ?

Q39 : Sur quels thèmes ?

Q40 : Des RMM ou des CREX (comités de retour d’expériences) ont-ils été organisés suite à la survenue et à la déclaration d’évènements indésirables ou évènements indésirables graves ou signalements ou réclamations ?

Q41 : Sur quels thèmes ?

Q42 : Quels sont les documents disponibles ?

Q43 : Des EPP portant sur des processus de travail ont-elles été réalisées dans le service ? Lesquelles ? Préparation et pose de cathéters, par exemple.

Q44 : Est-ce que l’analyse de certains processus de travail a été intégrée dans certaines EPP ? Lesquels ?

***Certification et accréditation des professionnels, IPAQSS***

Q45 : Quelles sont les conclusions de la HAS contenues dans le dernier rapport de certification sur l’établissement ?

Q46 : Est-ce qu’il y figure des recommandations concernant le service ?

Q47 : La méthode du Patient traceur est-elle utilisée dans le service ?

Q48 : Si oui, quels en ont été les résultats et de quelle manière ont-ils été exploités ?

Q49 : La méthode de l’audit des processus a-t-elle été utilisée dans le service ?

Q50 : Combien de professionnels sont accrédités par la HAS ?

Q51 : Comment l’établissement ou/et le service intègrent-ils la certification et l’accréditation des professionnels à sa démarche d’amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ?

Q52 : Est-ce que l’établissement utilise les IPAQSS comme outils d’évaluation interne ?

***Satisfaction des patients***

Q53 : Comment est apprécié le degré de satisfaction des patients ?

Q54 : Comment sont traités les témoignages d’insatisfaction et ceux de remerciements ?

Q55 : Existe-t-il une procédure de traitement d’une plainte, d’un signalement, d’une réclamation ? Quelles en sont ses principales caractéristiques ?

***Politique de bientraitance***

Q56 : L’établissement a-t-il mis en œuvre une politique de bientraitance conformément aux recommandations de la HAS ?

Q57 : Si oui, comment se traduit-elle dans le service?

Q58 : Comment ont été traitées des situations avérées de maltraitance ?

***Veille réglementaire et documentaire***

Q59 : Comment est organisée la veille réglementaire et documentaire permettant une mise à jour régulière des procédures et protocoles internes ?

Q60 : Comment est organisée la veille réglementaire et documentaire permettant une mise à jour régulière des recommandations et guides de bonnes pratiques ?

***Qualité de vie au travail***

Q61 : L’établissement a-t-il mis en place un programme d’amélioration de la qualité de vie au travail s’appuyant sur les recommandations de la HAS ? Le service y participe-t-il ?

Q62 : Si oui, à quelle étape en est la réalisation du programme ?

Q63 : Un diagnostic a-t-il été réalisé ? Un plan d’action est-il mis en œuvre ? Sur quels thèmes?

Q64 : En cas d’absence de programme, le service a-t-il entrepris néanmoins des réflexions sur ce sujet ?

Q65 : Si oui, qu’ont-elles permis d’entreprendre ?

**Sources d’information 1.4.1.**

|  |
| --- |
| Ensemble des procédures formalisées |
| Projet de l’activité |
| Rapport d’activité annuel retraçant la démarche continue d’évaluation de la qualité |
| Objectifs en matière de qualité du contrat de pôle |
| Tous documents internes relatifs à la démarche qualité |
| Entretiens avec le chef de service, le médecin hygiéniste, le cadre, le directeur Qualité, le directeur des soins |

**Références utiles**

|  |
| --- |
| **1. Gouvernance**  ***1.4. Gestion de la qualité*** Certification - Accréditation des professionnels |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**   * Vérifier que l’établissement est engagé dans la procédure de certification * Vérifier que les professionnels de santé sont engagés dans la procédure d’accréditation   **Principales références juridiques et administratives** [**(1.4.2.)**](#A142)  **Principales catégories de risques possibles :** Juridique, Attractivité de l’activité  Lien avec d’autres fonctions : 1.4.1. Démarche d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins |

**Questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

142 Certification - Accréditation des professionnels

***Certification***

Q01 : Quelles sont les observations et/ou recommandations de la HAS sur l’activité du service contenues dans le dernier rapport de certification ?

Q02 : Comment le service les a-t-il traitées ? Avec quelle évaluation ?

Q03 : L’établissement a-t-il établi son compte qualité (CQ) ?

Q04 : La méthode du Patient traceur a-t-elle été utilisée dans le service ? (*voir également fonction 1.4.1*)

Q05 : Si oui, quels en ont été les résultats ?

Q06 : De quelle manière ont-ils été exploités ?

Q07 : La méthode de l’audit des processus a-t-elle été utilisée dans le service ?

Q08 : Si oui, quels en ont été les résultats ?

Q09 : De quelle manière ont-ils été exploités ?

Q10 : Pouvez-vous les détailler ?

Q11 : Quelle est la période prévue pour la prochaine certification ?

Q12 : Comment le service s’y prépare-t-il ?

*Accréditation des professionnels de santé*

Q13 : Quel est le nombre de médecins engagés dans la procédure d’accréditation ? A titre individuel ou en équipe ?

Q14 : Comment le service intègre-t-il l’accréditation des praticiens à sa démarche d’amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ? (*voir également fonction 1.4.1*)

**Sources d’information 1.4.2.**

|  |
| --- |
| Documents internes à l’établissement en vue de la préparation de la certification  document de suivi Compte qualité ; patient traceur |
| Rapports de certification HAS de l’établissement, dont critère 26B |
| Liste des professionnels de santé accrédités |

**Références utiles**

Article 107 de la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 (LMNSS)

Les articles L6132-1 à 7 du CSP

Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

Article 6132-20 (le compte qualité unique)

Et certification conjointe Article 6132-4

|  |
| --- |
| **1. Gouvernance**  ***1.4. Gestion de la qualité*** Indicateurs IPAQSS |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**   * Vérifier que l’établissement respecte les obligations réglementaires * Analyser les résultats avec le chef de pôle ou de service et les cadres   **Principales références juridiques et administratives (**[1.4.3.)](#A143)  **Principales catégories de risques possibles :** Juridique, Attractivité de l’activité  Lien avec d’autres fonctions : 1.4.1. Démarche d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins |

**Questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

143 Indicateurs IPAQSS

Q01 : L’établissement utilise-t-il les IPAQSS pour développer la politique Qualité au sein des diverses activités ?

Q02 : L’établissement restitue-t-il- en complément les résultats par pôle et par service ?

Q03 : Le service utilise-t-il les IPAQSS comme outils d’évaluation interne dans le cadre de la démarche d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ? (*voir également fonction 1.4.1)*

Q04 : Quelle est la méthode utilisée ?

Q05 : Comment les résultats sont-ils analysés et utilisés par le service ?

Q06 : Sont-ils connus des professionnels ?

Q07 : Le service surveille-t-il certaines infections associées aux soins ?

Q08: La surveillance s'opère-t-elle dans le cadre d'un réseau (Réa raisin, ISO, Néocath…)?

Q09 : De quelle manière le service et/ou l’établissement met-il à disposition du public les résultats des IPAQSS ?

**Sources d’information 1.4.3.**

|  |
| --- |
| Indicateurs transversaux dossier patient, dossier anesthésique |
| Indicateurs du thème IAS |
| Entretien avec le directeur, le directeur Qualité, le directeur des soins |
| Entretiens avec des personnels |
| Entretien avec le médecin chef de service, la ou les cadres |

**Références utiles**

|  |
| --- |
| **1. Gouvernance**  ***1.4. Gestion de la qualité*** Politique de promotion de la bientraitance |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**   * Apprécier le degré d’implication des instances dirigeantes et l’engagement du directeur pour la promotion de la bientraitance * S’assurer de l’existence de protocoles et de leur application   **Principales références juridiques et administratives (**[**1.4.4**](#A144)**)**  **Principales catégories de risques possibles :** Sécurité des **p**ersonnes – Managérial – Médiatique  Lien avec d’autres fonctions : 1.4.1. Démarche d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins |

**Questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

144 Politique de promotion de la bientraitance

Q01 : L’établissement a-t-il mis en œuvre en politique de bientraitance conformément aux recommandations de la HAS ?

Q02 : Si oui, comment se traduit-elle dans le service ?

Q03 : Comment ont été traitées des situations avérées de maltraitance, s’il s’en est produit ?

Q04 : Comment les cas de maltraitance ont-ils été signalés?

**Références utiles**

Guide HAS, mai 2012 : le déploiement de la bientraitance, guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD.

Manuel de certification des établissements V2014 HAS et guide

**1. Gouvernance**

## Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables

[1.5.1 Politique de prévention et de gestion des risques, situations d’urgence](#_Politique_de_prévention)

[1.5.2 Gestion des évènements indésirables, réclamations, signalements](#_Évènements_indésirables_ou)

|  |
| --- |
| **1. Gouvernance de l’activité**  ***1.5. Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables*** Politique de prévention et de gestion des risques, situations d’urgence |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**   * Apprécier le degré d’implication des responsables de l’unité pour animer une politique de prévention des risques, notamment des risques associés aux soins dont le risque infectieux * Apprécier la capacité de l’unité à faire face à des situations de crise * Vérifier la formalisation des plans de réponse aux situations d’urgence détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique (Plan blanc, plan d’évacuation, plan de continuité d’activité… )   **Principales références juridiques et administratives (**[**1.5.1**](#T151)**)**  **Principales catégories de risques possibles :** Sécurité des personnes – Juridique – Médiatique  Lien avec d’autres fonctions : 1.4.1. Démarche d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, 1.5.2. Gestion des évènements indésirables, réclamations, signalements |

**Questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

151 Politique de prévention et de gestion des risques, situations d’urgence

Q01 : Une politique d’accueil du public et des familles est-elle mise en œuvre ?

Q02 : Le personnel est-il formé à la gestion de certaines situations exceptionnelles (exemples : agressions, situations de tension avec des patients ou des familles, entre professionnels) ?

***Politique de prévention et de gestion des risques notamment des risques associés aux soins***

Q03 : L’établissement a-t-il nommé un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins? Q04 : Quelle est sa profession ? Quelle est sa place dans l’organigramme de l’établissement ?

Q05 : Une cartographie des risques associés aux soins (à priori et/ou à postériori) a-t-elle été effectuée pour le service ?

Q06 : Si oui, sur quels risques le service a-t-il priorisé ses actions ?

Q07 : Quelles procédures ont été élaborées à la suite à de la réalisation de cette cartographie ?

Q08 : Sont-elles évaluées ?

Q09 : Sont-elles actualisées ?

Q10 : Le programme de prévention et de gestion des risques du service tient-il compte de l’analyse des EI, EIG, signalements et plaintes ? (*voir également fiche 1.5.2)*

Q11 : Le service ou l’unité est-il considéré comme un secteur à risques et suivi en tant que tel par l’Equipe Opérationnelle d’Hygiène Hospitalière (EOHH) ?

Q12 : Quelles sont les modalités d’intégration et de participation de l’EOHH ?

Q13 : Comment le médecin hygiéniste et le responsable médical du service qualifient-ils la gestion du risque infectieux dans le service ?

Q14 : L'unité dispose-t-elle d'un correspondant en hygiène? Si oui, propre au service ou partagé?

Q15 : Existe-t-il une déclinaison des indicateurs ICALIN (Indice Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales) pour le service ?

Q16 : Des objectifs de consommation de SHA (solution hydro-alcoolique) sont-ils fixés au service et si oui, quelles en sont les évaluations ?

Q17 : Le service a-t-il développé une politique d’antibiothérapie en lien avec le comité des anti-infectieux ?

Q18 : Pour prescrire, les praticiens ont-ils la possibilité de faire appel à des référents ?

Q19 : Quelle est la pratique du service dans la gestion des patients porteurs de bactéries multi-résistantes (BMR) ?

Q20 : Y a-t-il un protocole institutionnel ? Est-il connu des équipes ?

Q21 : Son application dans le service a-t-elle été évaluée ?

Q22 : Le service est-il concerné par les protocoles de préparation du patient opéré ?

Q23 : Si oui, quels sont les résultats des évaluations effectuées ?

Q24 : Le service est-il concerné par le suivi des infections du site opératoire (ISO) ?

Q25 : Si oui, quels sont les résultats des 3 années précédentes ?

Q26 : Ont-ils conduit le service à prendre des mesures particulières ? Lesquelles ?

Q27 : Existe-t-il dans le service un plan d’entretien des locaux validé par l’EOHH ?

Q28 : Des prélèvements air et/ou surface sont-ils effectués et avec quelle fréquence?

Q29 : Si oui, quels en sont les résultats sur l’année précédente ?

Q30 : Si le service dispose de protocoles particuliers concernant directement ou indirectement le risque infectieux, l’EOHH a-t-elle contribué à leur élaboration et participé à leur validation ?

***Plans de réponse aux situations de risques exceptionnels***

Q31 : Le service a-t-il connu des situations de risques exceptionnels nécessitant un traitement en urgence ? Si oui, lesquelles ?

Q32 : Comment l’établissement et le service y ont-ils répondu ?

Q33 : Le service est-il spécifiquement concerné par les dispositions du plan blanc ?

Q34 : Dans ce cadre, les modalités de rappel des professionnels sont-elles fixées ?

Q35 : Sont-elles connues ? Ont-elles déjà été appliquées ? Avec quels résultats ?

Q36 : Le service a-t-il déjà été impliqué dans un exercice de simulation ?

Q37 : Si oui, quelles en ont été les conclusions ?

**Sources d’information 1.5.1.**

|  |
| --- |
| Désignation d’un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins |
| Plans de réponse aux différentes situations d’urgence élaborés par l’établissement |
| Cartographie des risques dont les risques associés aux soins |
| Programme de gestion des risques dont programme de prévention des risques associés aux soins |
| Entretien avec le directeur de l’établissement, le directeur qualité, le directeur des soins, le médecin hygiéniste et les responsables du service |

**Références utiles**

Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé, HAS, mars 2012

DGOS, SGMAS, HFDS, Guide d'aide à l'élaboration d'un plan de sécurisation d'établissement (PSE), 2017

|  |
| --- |
| **1. Gouvernance**  ***1.5. Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables*** Gestion des évènements indésirables, réclamations, signalements |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**   * Vérifier l’existence et l’application des procédures de signalement prévues par les textes * S’assurer de la réactivité de l’établissement face aux situations * Analyser les caractéristiques, la fréquence des cas et l’effectivité des suites données   **Principales références juridiques et administratives (**[**1.5 2**](#A152)**.)**  **Principales catégories de risques possibles :** Sécurité des personnes – Juridique - Médiatique  Lien avec d’autres fonctions : 1.4.1 démarche d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, 1.5.1 Politique de prévention et de gestion des risques, situations d’urgence |

**Questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

152 Gestion des évènements indésirables, réclamations, signalements

Q01 : Existe-t-il une procédure institutionnelle de traitement interne des évènements indésirables, des réclamations et des signalements (recueil, traitement, rapport, suivi…) ?

Q02 : De quelle manière le pôle et le service l’appliquent-ils?

Q03 : Combien d’EIG ont été déclarés par le service à la direction de l’établissement au cours des deux dernières années ?

Q04 : Quels en sont les thèmes ?

Q05 : Quels sont les délais de transmission de ces signalements à la direction ?

Q06 : Quelles sont les modalités habituelles d’instruction et de traitement de ces évènements ?

Q07 : Les professionnels du service sont-ils associés au traitement de ces évènements ainsi qu’à l’élaboration des réajustements de pratique que cela peut nécessiter ?

Q08 : Comment est effectuée la restitution auprès des équipes médicales et paramédicales ?

Q09 : La direction de l’établissement a-t-elle transmis à l’ARS les signalements conformément aux règles en vigueur et/ou avec un protocole conclu ?

Q10 : Quels sont les évènements qui ont fait l’objet d’une saisine du Parquet, d’un article 40 du CPP ?

Q11 : Des RMM ou des CREX (comités de retour d’expériences) ont-ils été organisés suite à la survenue d’évènements indésirables ou évènements indésirables graves ou signalements ou réclamations et sur quels thèmes ? (*voir également fonction 1.4.1*)

Q12 : Les équipes médicales et para médicales y participent-elles? Participent-elles à la réflexion sur les réajustements de pratiques rendus nécessaires? Comment s'approprient-elles les décisions prises?

**Sources d’information 1.5.2.**

|  |
| --- |
| Analyse des réclamations, des évènements indésirables (EI), des signalements |
| Dossier regroupant les réclamations, EI, signalements |
| Procédures de traitement des évènements indésirables et EIG |
| Procédures de traitement des réclamations et des signalements |
| Entretiens avec le directeur Qualité |

**Références utiles**

Instruction n° SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé

# Fonctions support

## Gestion des ressources humaines

[2.1.1 Personnels, qualifications](#_Personnels)

[2.1.2. Continuité du fonctionnement](#_Affectation_des_personnels)

[2.1.3 Pratiques professionnelles, éthique](#_Pratiques_professionnelles,_éthique)

[2.1.4 Formation - développement professionnel continu - Promotion - Soutien des professionnels](#_Formation_-_accompagnement)

|  |
| --- |
| 1. **Fonctions support**     ***2.1. Gestion des ressources humaines*** Personnels, qualifications |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**   * Vérifier que la gestion des personnels est conforme aux textes en tenant compte du statut de l’établissement * Vérifier l’adéquation des diplômes aux postes occupés * Vérifier les fiches de poste * Connaître l’état réel des effectifs propres au service * Vérifier la rotation des personnels et le taux d’absentéisme * Vérifier l’adéquation des postes de travail au nombre moyen de patients présents   **Principales références juridiques et administratives (**[**2.1.1**](#T211)**.)**  **Principales catégories de risques possibles :** Juridique – Managérial – Social – Sécurité des personnes  Lien avec d’autres fonctions : 1.1.1. Régime juridique, autorisation d’activité ; 1.1.3. Conditions techniques de fonctionnement, 1.2.2. Pilotage, délégation de responsabilités |

**Questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

211 Personnels, qualifications

***Effectifs-plannings***

Q01 : Quels sont les effectifs par corps et par grade ?

Q02 : Comment se répartissent-ils : catégories professionnelles, qualifications, statuts (titulaires, stagiaires, contrats à durée indéterminée (CDI), contrats à durée déterminée (CDD), mis à disposition, intérimaires,…),

Q03 : Quel est le nombre de cadres de santé ? Sont-ils titulaires du diplôme ? Sont-ils faisant-fonction ?

Q04 : Quelle est l’évolution des effectifs des personnels sur les 3 dernières années ?

Q05 : Dans le planning, combien de postes de travail IDE, AS, ASH… sont-ils prévus par jour et par week-end (matin, après-midi, nuit ?)

Q06 : Le jour de survenue d’un événement indésirable grave, l’effectif présent était-il adapté à la charge de travail ?

Q07 : Quel est le taux de rotation par corps et par grade des personnels (ratio de rotation, ancienneté dans les postes du service…)

Q08 : Quels sont les enseignements à tirer de l’analyse des plannings réels (par comparaison avec les plannings prévisionnels) des 6 derniers mois ? (exemple : linéarité du nombre d’agents présents)

Q09 : Les plannings sont-ils issus de trames institutionnelles ou bien sont-ils spécifiques au service ?

Q10 : Quels sont les effectifs présents le jour du contrôle ?

Q11 : Sont-ils conformes aux plannings prévisionnels ?

Q12 : L’élaboration des plannings correspond-elle aux exigences réglementaires ?

Q13 : L’équipe participe-t-elle à son élaboration ?

Q14 : Sont-ils affichés dans le service ?

Q15 : Le planning fait-il l’objet de modifications fréquentes ? Sont-elles évaluées ?

Q16 : Proviennent-elles de demandes du cadre ou de demandes des agents ?

Q17 : Les plannings permettent-ils l’octroi régulier d’un week-end ou dimanche de repos tous les 15 jours ?

Q18 : Si non pour quelles raisons ?

Q19 : L’organisation des plannings permet-elle l’application des dispositions statutaires concernant les repos hebdomadaires, les repos de dimanche ainsi que le temps de repos entre deux séquences de travail ?

Q20 : Vérifier l’application réelle à partir des plannings des 6 derniers mois.

Q21 : Les récupérations de jours fériés et une partie des jours RTT sont-ils inclus dans le planning ?

Q22 : A quel moment et comment est arrêté le planning des congés annuels de l’équipe paramédicale ?

Q23 : Au vu des congés de l’année précédente, cette planification est-elle correctement étalée dans le temps et équitable pour tous les agents ?

Q24 : A quel moment et comment sont arrêtés les congés annuels des praticiens du service ?

Q25 : Existe-t-il une corrélation entre le planning des congés des praticiens et celui de l’équipe paramédicale ?

Q26 : Existe-t-il une corrélation entre la planification générale des congés et certains événements tels que fermeture de lits, congrès médicaux… ?

Q27 : Existe-t-il un tableau de service mensuel prévisionnel et réel pour les membres de l’équipe médicale ?

Q28 : Est-il affiché dans le service ?

***Personnels***

Q29 : Quelles sont les procédures appliquées pour les recrutements? (PM-PNM)[[7]](#footnote-7) Existe-t-il une délégation aux pôles ? Respecte-t-elle ces procédures ?

Q30 : Quel est le contenu des dossiers (embauche, diplôme, suivi de la carrière, preuves des vérifications du diplôme et du casier judiciaire…) ? (PM-PNM)

Q31: Y-a-t-il eu des déclarations auprès de l’ARS concernant des personnes présentant de faux diplômes ?

Q32 : Le parcours antérieur des candidats à une embauche ou à l’exercice d’une fonction est-il systématiquement vérifié ? (PM-PNM)

Q33 : Existe-t-il des fiches de poste pour les différentes fonctions définissant précisément le niveau de compétences requises et éventuellement des pré-requis ?

Q34 : Existe-t-il une politique d’intégration et d’accompagnement des professionnels en situation de handicap ?

Q35 : Existe-t-il une procédure d’évaluation pour les PNM ? L’entretien annuel d’évaluation est-il systématisé ?

Q36 : Intègre-t-il des objectifs personnels ? Font-ils l’objet d’une contractualisation ?

Q37 : Intègre-t-il l’évaluation de l’atteinte des objectifs de chaque agent ?

Q38 : Les entretiens annuels d'évaluation sont-ils tracés dans le dossier pour tout agent ?

Q39 : Vérifier les fiches d’évaluation d’un quart des personnels affectés.

Q40 : Les évaluations annuelles ciblent-elles des formations indispensables ?

Q41 : Si oui, sur les deux dernières années ont-elles été réalisées ?

Q42 : Des éléments d’alerte ont-ils été rapportés concernant les aptitudes de certains professionnels du service ? Sur quel support ?

Q43 : Certains professionnels ont-ils fait l’objet de situations d’alerte dans leur affectation précédente ?

Q44 : Les visites médicales effectuées par un médecin du travail sont-elles régulièrement assurées pour chaque agent, comme prévu par le Code du travail ? (PM-PNM)

Q45 : Existe-t-il des fiches d’aptitude au poste concerné ?

Q46 : Les postes de travail permettent-ils de respecter les éventuelles restrictions posées par la médecine du travail ?

Q47 : La couverture vaccinale est-elle systématiquement recherchée, vérifiée et assurée ?

Q48 : La vaccination antigrippale annuelle est-elle proposée à chaque agent ? Fait-elle l'objet d'une sensibilisation des personnels ?

Q49 : Quel est le taux de vaccination antigrippale pour le personnel (PM et PNM) du service?

Q50 : Le document unique d’évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévu à l’article R. 4121-1 du code du travail existe-t-il ?

Q51 : Le médecin du travail est-il consulté pour les conditions de travail, l'adaptation des postes, l'hygiène, la prévention et l'éducation sanitaire et avant toute modification importante sur l'organisation du travail de nuit, conformément aux dispositions de l’article R. 4623-1 du code du travail ?

Q52 : Quel est le volume d’heures supplémentaires effectué annuellement par les personnels non-médicaux (moyenne par agent) ?

Q53 : Pour les professionnels concernés (praticiens, internes), le repos de sécurité est-il respecté après une garde ou après un déplacement au cours de la permanence et de la continuité des soins (en fonction de sa durée) ?

Q54 : Les personnels disposent-ils de fiches de poste adaptées (description des fonctions, conduites à tenir, marge d’initiative et limites en cas d’évènement inattendu, possibilité de recours auprès des cadres de permanence ou d’astreinte) ?

Q55 : Les délégations de tâches sont-elles expressément décrites ?

Q56 : Des glissements de tâches sont-ils constatés ? Lesquels ? Pour quelles fonctions ?

Q57 : Selon les soignants, quels impacts négatifs génèrent-ils ?

Q58 : Combien d’étudiants infirmiers sont présents en moyenne par poste de travail (matin, après-midi, nuit) ? Comment est opéré leur encadrement?

Q59 : Leurs tâches sont-elles clairement définies ? Font-elles l’objet de débordement ?

Q60 : Quelles évaluations en sont faites ?

***Éléments de bilan social***

Q61 : Existe-t-il des statistiques sur l’absentéisme des personnels par catégorie, par services, en distinguant les principaux motifs (congés de maternité, accidents du travail, absences de courtes durées pour maladie…) ?

Q62 : Combien de jours de grève ont concerné ce service au cours des deux dernières années ?

***Signalement d’incidents***

Q63 : Des incidents ont-ils eu lieu dans le service mettant en cause le comportement ou les pratiques d’un praticien ou d’un professionnel paramédical ?

Q64: Si oui, cela concernait-il les rapports avec les patients et leur famille ? Cela a-t-il empêché une bonne évaluation des besoins des patients ?

Q65 : Cela concernait-il les rapports entre les professionnels ?

Q66 : Cela a-t-il empêché une bonne coordination entre les soignants ?

Q67 : Comment ces incidents ont-ils été traités ? Par qui ?

Q68 : Ont-ils donné lieu à une évaluation avec le professionnel concerné ? Par qui?

Q69 : Ont-ils donné lieu à un rapport adressé à la direction ?

Q70 : Dans ce cas, ces rapports ont-ils donné lieu à des sanctions disciplinaires ? Combien et de quelle nature ? Sinon, y-a-t-il eu d'autres suites? Lesquelles?

**Sources d’information 2.1.1.**

|  |
| --- |
| Rapport de la visite de conformité. |
| Rapport(s) d’activité-statistiques d’activité |
| Effectifs personnel non médical, personnel médical |
| Plannings, tableaux de service |
| Dossiers individuels des praticiens, contrats |
| Bilan social |
| CPOM, |
| Déclaration annuelle des salaires (DADS) |
| Dossiers CNG |
| Dossiers des personnels (consultation systématique ou par échantillonnage) |
| Statuts de la structure |
| Entretien avec le directeur, le DRH, le directeur des soins, le directeurs des affaires médicales |
| Entretiens avec le responsable médical et les cadres, le médecin du travail |
| Entretiens avec les représentants du personnel |

**Références utiles**

* Décret n°2002.9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements publics de santé.
* Arrêté du 30 avril 2003 modifié relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins dans les établissements publics de santé

|  |
| --- |
| **2. Fonctions support**  ***2.1. Gestion des ressources humaines*** Continuité du fonctionnement |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**   * S’assurer que l’affectation des personnels (plannings, remplacements…) permet le bon fonctionnement du service à tout moment, y compris la nuit, le week-end et les jours fériés   **Principales références juridiques et administratives (**[**2.1.2**](#T212)**.)**  **Principales catégories de risques possibles**: Sécurité des personnes  Lien avec d’autres fonctions : 2.5.1. Sécurités |

**Questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

212 Continuité du fonctionnement

***Présentéisme-Absentéisme***

Q01: Comment est contrôlée la présence des agents ?

Q02 : L’établissement et le service disposent-ils d’un système informatisé de gestion des présences et du temps de travail ? Pour les praticiens ? Pour les personnels paramédicaux ?

Q03 : Quel est le volume d’absentéisme pour maladie du service ?

Q04 : Quel est le nombre moyen de jours d’absence par agent et par an ?

Q05 : Quel est le nombre d’agents ayant bénéficié de congés pour maternité au cours des 3 dernières années ?

Q06 : Ont-ils été remplacés ?

Q07 : Le service dispose-t-il des moyens humains pour faire face à l’absentéisme de courte durée (inférieure à 5 jours) ?

Q08 : Existe-t-il une procédure particulière pour réorganiser le travail en cas d’absentéisme imprévu inférieur à 3 jours par exemple ?

Q09 : Si oui, l’équipe et les médecins ont-ils contribué à son élaboration ? Et à son évaluation ?

Q10 : Une partie de l’absentéisme est-il pris en charge par une équipe de remplacement ?

Q11 : Combien de jours ont-ils ainsi été pris en charge au cours de l’année précédente ?

Q12 : Combien de fois les agents du service ont-ils été rappelés pendant leur repos au cours des 12 derniers mois pour pallier un absentéisme impromptu ?

Q13 : Quels sont les ressentis exprimés par les agents sur le sujet ?

Q14 : L’unité a-t-elle recours à l’intérim ? Si oui, combien de jours au cours des 2 dernières années ?

***Transmissions-Staffs***

Q15 : Quelles sont les modalités (durée, supports utilisés, participants…) mises en œuvre pour organiser les transmissions dans le service ?

Q16 : Sur la base de l’analyse du dossier des patients présents, quels constats peuvent être opérés sur la qualité et la fiabilité de ces transmissions ?

Q17 : Des différences sont-elles observées dans la pratique des transmissions jour-nuit, nuit-jour et méridienne ?

Q18 : Des staffs médicaux sont-ils organisés ? Quels en sont les participants ? Quelle est leur fréquence ?

Q19 : Les décisions prises au cours de ces staffs font-elles l’objet d’une formalisation particulière ?

Q20 : Comment l’équipe paramédicale est-elle informée des décisions prises au cours de ces staffs ?

Q21 : S’il s’agit d’un service de chirurgie, existe-t-il des staffs d’indications opératoires ainsi que des staffs de programmation opératoire ?

***Organisation des liens entre les équipes médicales et paramédicales***

Q22 : Comment est préparée la visite du matin et la contre-visite du soir ?

Q23 : Qui participe à la visite du matin et à la contre-visite du soir ?

Q24 : Un médecin senior y participe-t-il systématiquement ?

Q25 : A quelles heures ont-elles lieu et quelle est leur durée ?

Q26 : Ont-elles lieu le samedi et le dimanche ?

Q27 : En dehors des visites, un médecin senior est-il disponible pour l’équipe paramédicale ? Quand ? Sur place ? Ou au téléphone ?

***Organisation de la permanence des soins***

Q28 : La permanence des soins est-elle spécifique au service ou bien partagée avec d’autres ?

Q29 : S’agit-il d’une permanence opérationnelle ou de sécurité ? Est-elle forfaitisée ?

Q30 : S’agit-il d’un système de garde sur place ?

Q31: Y a-t-il des demi-gardes ?

Q32 : Les dispositions réglementaires sont-elles respectées ?

Q33 : Comment sont contrôlés les déplacements déclarés pendant la permanence des soins ?

Q34 : Lorsqu’il est dû, le repos de sécurité est-il respecté ?

Q35 : En cas de problème, à qui fait appel l’infirmière la nuit ou le week-end ?

Q36 : Qui établit et signe les modifications de prescriptions lorsque cela est nécessaire pendant les périodes de permanence des soins ?

***Fermeture du service-Réduction ponctuelle du capacitaire***

Q37 : Au cours des 12 derniers mois le service a-t-il été fermé ?

Q38 : Pendant combien de temps ? Pour quelles raisons ?

Q39 : Pendant les éventuelles périodes de fermeture où étaient hospitalisés les patients correspondant à la discipline ?

Q40 : Pendant les éventuelles périodes de fermeture quel était le mode d’exercice de l’équipe paramédicale (réaffectation dans un autre service, congés ou RTT…)?

Q41 : Au cours des 12 derniers mois des lits ont-ils été fermés ? Si oui, combien, à quels moments et pour quelles raisons ?

***Patients hospitalisés dans un service inadéquat***

Q42 : Au cours des 12 derniers mois, combien de patients relevant de la discipline du service ont-ils été hébergés et pris en charge dans un autre service de l’établissement ?

Q43 : Dans ce cas comment s’organise l’équipe médicale du service ?

Q44: Est-ce que les modalités de prise en charge existent? Si oui, ont été validées au niveau du service ? Du pôle ? De l’établissement ?

Q45 : Au cours des 12 derniers mois, combien de patients relevant d’une autre discipline ont-ils été hébergé dans le service?

Q46 : Qui en a assuré la prise en charge médicale ?

Q47 : L’équipe paramédicale a-t-elle été confrontée à des difficultés dans la continuité de ces prises en charge ? Si oui, lesquelles?

**Sources d’information 2.1.2.**

|  |
| --- |
| Plannings |
| Organisation de la permanence et de la continuité de soins /Procédures de garde ou d’astreinte, outils d’aide |
| Procédures spécifiques, nuits, fins de semaine, jours fériés, vacances |
| Entretien avec la direction des ressources humaines, la direction des affaires médicales, la direction des soins |
| Entretien avec le chef de service, chef de pôle, cadre |
| Entretiens avec des professionnels |
| Comptes rendus de la commission de l'organisation de la permanence des soins |

**Références utiles**

|  |
| --- |
| **2. Fonctions support**  **2.1. Gestion des ressources humaines** Pratiques professionnelles, éthique |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**   * S’assurer de l’échange autour des pratiques professionnelles et des réflexions éthiques   **Principales références juridiques et administratives (**[**2.1.3**](#T213)**.)**  **Principales catégories de risques possibles :** Sécurité des personnes - Social  Lien avec d’autres fonctions : 1.3.1 Structures de concertation au sein du pôle ou du service – staffs médicaux ; 1.4.1. Démarche d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ; 1.5.2. Gestion des évènements indésirables – réclamations – signalements, 2.1.1. Personnels, qualifications, 2.1.2. Continuité du fonctionnement |

**Questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

213 Pratiques professionnelles, éthique

Q01 : Qu’est-ce qui est mis en place pour que les praticiens s’approprient les guides de bonnes pratiques (sociétés savantes, HAS…) ?

Q02 : Quel est le dispositif mis en place pour partager la connaissance de nouveaux protocoles ?

Q03 : Qu’est-ce qui est mis en place pour que les paramédicaux s’approprient les protocoles élaborés dans l’établissement et dans le service ? Existe-t-il des staffs paramédicaux ?

Q04 : Participent-ils à leur élaboration ?

Q05: Les professionnels peuvent-ils échanger sur leurs pratiques professionnelles ?

Q06 : Si oui, à quelles occasions et selon quelle méthode ?

Q07 : Des évaluations de pratiques professionnelles (EPP) sont-elles réalisées dans le service ?

Q08 : Combien au cours des 3 dernières années ?

Q09 : Associent-elles praticiens et paramédicaux ?

Q10 : La méthode du patient traceur a-t-elle été utilisée dans le service ?

Q11 : Si oui sur quels thèmes ?

Q12 : Quelle réflexion collective a été organisée pour que l’équipe s’en approprie les résultats ?

Q13 : Existe-t-il une démarche de questionnement éthique permettant des réflexions préalables à des décisions dans l’intérêt des personnes ?

Q14 : Les staffs médicaux constituent-ils l’espace de ces réflexions collectives ?

Q15 : Ce questionnement éthique associe-t-il praticiens et paramédicaux ?

Q16 : Selon quelles modalités et sur quels thèmes?

Q17 : Si l’établissement dispose d’un espace éthique ? A-t-il été sollicité par les équipes du service ?

Q18 : Sur quels thèmes précis ? Ou à quelles occasions ?

Q19 : Le service a-t-il sollicité l’espace régional éthique ?

Q20 : Sur quels thèmes ? Ou sur quelles situations ?

Q21 : Des formations à l’éthique dans les pratiques ont-elles concerné les professionnels du service ?

Q22 : Si oui, combien d’agents ont participé à ces formations ?

Q23 : Certaines fonctions font-elles partie d’un protocole de coopération ? Si oui, quelle évaluation en est faite ?

**Sources d’information 2.1.3.**

|  |
| --- |
| Entretien avec le directeur Qualité, le directeur des soins |
| Entretien avec le responsable médical et les cadres |
| Entretiens avec le président de l’espace éthique |
| Entretiens avec les praticiens |
| Protocoles de coopération |

**Références utiles**

|  |
| --- |
| **2. Fonctions support**  ***2.1. Gestion des ressources humaines*** Formation – Développement professionnel continu- Promotion - Soutien des professionnels |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**   * Vérifier l’existence d’un plan de formation et l’effectivité de sa mise en œuvre * S’assurer de l’existence d’un accompagnement et d’un soutien des professionnels   **Principales références juridiques et administratives (**[**2.1.4.)**](#T214)  **Principales catégories de risques possibles :** Managérial – Juridique – Professionnels - Social  Lien avec d’autres fonctions : 2.1.1. Personnels, qualifications, 2.1.2. Continuité du fonctionnement, 3.8.2. Organisation et dispensation des soins |

**Questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

214 Formation - Développement professionnel continu (DPC) - promotion - Soutien des professionnels

Q01 : Le plan de formation de l’établissement concerne-t-il des besoins identifiés par le service ?

Q02 : Existe-t-il un plan de formation pour le pôle ?

Q03 : Existe-t-il un système de délégation de gestion de la formation continue prévu dans le contrat de pôle ?

Q04 : Les besoins individuels de formation sont-ils abordés par le cadre et les agents au cours des entretiens d’évaluation ?

Q05 : Si oui, sont-ils consignés dans le document d’évaluation ?

Q06 : Les besoins collectifs de formation sont-ils abordés en réunion de service ?

Q07 : Les praticiens participent-ils à cette réflexion ?

Q08 : Pour les établissements de droit privé, existe-t-il un plan de formation conformément à l’article L. 2323-34 du code du travail ?

Q09 : Quels sont les principaux champs abordés par le plan ?

Q10 : Correspondent-ils aux problématiques spécifiques ou prioritaires du service?

Q11 : Correspondent-ils aux besoins individuels identifiés pour certains agents ?

Q12 : A-t-il été soumis au comité technique d’établissement (CTE), à la commission médicale d’établissement (CME) pour les établissements publics, au comité d’entreprise pour les établissements privés ?

Q13: Pour le lancement des sessions de formation, quelle est la procédure d’information du personnel et celle de l’inscription ?

Q14 : Quel est le suivi des formations réalisées ?

Q15: Existe-t-il un bilan annuel ?

Q16 : Combien d’agents du service ont participé à des sessions de formation continue collectivement et à titre individuel au cours des 3 dernières années ? La participation d'agents à certaines sessions a-t-elle dû être annulée pour nécessités de service?

Q17 : Existe-t-il des actions de soutien aux professionnels (d'analyse des pratiques, tutorat, groupes de parole…)

Q18 : Existe-t-il dans l'établissement une formation spécifique pour les nouveaux agents?

Q19 : Si oui, aborde-t-elle les thèmes de la qualité, de la gestion des risques et plus particulièrement du risque infectieux?

Q20 : Certains agents ont-ils bénéficié d’une formation particulière avant de prendre leurs fonctions dans le service ?

Q21 : Certains agents, au moment de leur affectation dans le service, ont-ils été placés en binôme avec un autre professionnel ? Pendant combien de temps ?

Q22 : Ou bien ont-ils bénéficié d’un accompagnement particulier ? Lequel ?

Q23 : Combien d’agents ont bénéficié d’une promotion professionnelle les cinq dernières années ?

Q24 : Quels sont les corps concernés ?

Q25 : Les soignants et les médecins du service ont-ils eu accès à des formations dans un centre de simulation ? Lesquelles et de quelle manière ?

Q26 : Sur quel thème ou quelle pratique professionnelle?

Q27 : Combien de personnes sont concernées ?

Q28 : Comment les praticiens du service sont-ils intégrés à la politique du DPC ?

Q29 : Combien de praticiens ont participé à des congrès au cours des trois dernières années ?

Q30 : Sur quels thèmes ?

Q31 : Les praticiens du service ont-ils suivi les procédures d’accréditation ?

Q32: Si oui combien ?

Q33 : Combien d’EPP et de RMM ont été menées dans le service au cours des 3 dernières années ? Sur quels thèmes ?

Q34 : Y a-t-il une pratique de restitution des connaissances acquises au cours des formations auprès des autres professionnels du service (médecins et paramédicaux) ?

Q35 : Selon quelle méthode ?

**Sources d’information 2.1.4.**

|  |
| --- |
| Compte-rendu des réunions du comité d'entreprise |
| Comptes rendus des réunions du comité technique d’établissement pour les établissements publics |
| Dossiers des personnels – volet formation |
| Exemples de supports de formation |
| Plan de formation- Bilan social |
| Entretien avec le directeur |
| Entretien avec le DRH, le directeur des soins, le responsable de la formation, le directeur Qualité |
| Entretien avec le chef de service, le cadre |

**Références utiles**

**2. Fonctions support**

## Gestions budgétaire et financière

[2.2.1 Organisation des responsabilités](#_Organisation_des_responsabilités)

|  |
| --- |
| **2. Fonctions support**  ***2.2. Gestions budgétaire et financière*** Organisation des responsabilités |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**   * Vérifier l’existence d’outils de gestion mis à disposition par l’établissement * Vérifier que les responsabilités du chef de pôle pour la gestion budgétaire et financière sont définies et respectées   **Principales références juridiques et administratives (**[**2.2.1**](#T221)**.)**  **Principales catégories de risques possibles :** Juridique - Financier  Lien avec d’autres fonctions : 1.2.1. Projet de l’activité en lien avec le projet d’établissement, 1.2.2. Pilotage, délégation de responsabilités |

**Questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

221 Organisation des responsabilités

Q01 : Le chef de pôle et/ou le chef de service (ou le responsable médical) informe-t-il les praticiens et les paramédicaux du suivi des dépenses et des recettes par rapport aux prévisions et à l’année précédente ?

Q02 : Avec quelle périodicité et selon quelles modalités le chef de pôle et/ou le chef de service (ou le responsable médical) informe-t-il les praticiens et les paramédicaux des évolutions de l'activité?

Q03 : Le cadre de santé du service est-il associé de façon spécifique ? Comment ?

Q04 : Quelles sont les décisions qui en découlent ?

Q05 : La direction de l’établissement associe-t-elle les praticiens, les cadres et les paramédicaux du service au suivi budgétaire et financier ? De quelle manière ?

Q06 : Comment et par qui est assuré le suivi des effectifs non médicaux du service ?

Q07 : Comment et par qui est assuré le suivi des mensualités de remplacement ?

Q08 : Comment ce suivi associe-t-il le cadre de service et le cadre du pôle, la direction des soins et la DRH ?

Q09 : Le service dispose-t-il chaque année d’un compte de résultat analytique (CREA) ? Comment est-il discuté et partagé avec les équipes ? Quels types d’enseignements en tire-t-on ?

Q10 : Quel est le résultat financier présenté par le service pour les trois dernières années ?

Q11 : Si un déficit a été constaté, les causes en ont-elles été recherchées ?

Q12 : Quel est le contenu des analyses effectuées ?

Q13 : Quelles actions ont été engagées pour le réduire ?

Q14 : Existe-t-il des documents présentant des données statistiques sur l’activité du service ? (effectifs, budgets, données PMSI, consultations externes, activités opératoires…)

Q15 : Les consommations pharmaceutiques font-elles l’objet d’un suivi régulier en nature, en volume et en coût ?

Q16 : Ce suivi associe-t-il praticiens, infirmières et pharmaciens ?

Q17 : Ce suivi a-t-il donné lieu à des changements dans la liste des médicaments ou des dispositifs médicaux utilisés ?

Q18 : Le suivi du stock de médicaments et de dispositifs médicaux est-il assuré dans le service ? Selon quelles modalités ?

Q19 : Un inventaire est-il réalisé ? Selon quelle périodicité ?

Q20 : Existe-t-il un dispositif particulier pour surveiller les péremptions et éviter les périmés ?

**Sources d’information 2.2.1.**

|  |
| --- |
| Délégations de signature, contrat de pôle |
| Entretien avec le directeur, le directeur des finances, le médecin responsable du DIM, le pharmacien et le chef de pôle |
| Entretiens avec le responsable médical du service et le cadre |

**Références utiles**

**2 Fonctions support**

## Gestion d’informations

[2.3.1 Statistiques et rapports - Rapport annuel d’activité](#_Statistiques_et_rapports)

[2.3.2 Systèmes d’information](#_Systèmes_d’information_)

|  |
| --- |
| **2. Fonctions support**  ***2.3. Gestion d’informations*** Statistiques et rapports - Rapport annuel d’activité |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**   * Vérifier l’existence des rapports réglementaires (rapports d’activité, rapport du responsable médical…)   **Principales références juridiques et administratives (**[**2.3.1**](#T231)**.)**  **Principales catégories de risques possibles :** Juridique - Managérial  Lien avec d’autres fonctions : 1.2.1. Projet de l’activité en lien avec le projet d’établissement, 1.2.3. Communication interne et externe, 1.4.3. Indicateurs IPAQSS |

**Questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

231 Statistiques et rapports - Rapport annuel d’activité

Q01 : Le service produit-il un rapport annuel d’activité ?

Q02 : Quel en est le contenu ?

Q03 : Le cadre produit-il un rapport annuel d’activités ?

Q04 : Comment est-il exploité ?

Q05 : Existe-t-il des documents présentant des données statistiques portant sur l’activité, les données médicalisées sur les personnes prises en charge, élaborés avec ou par le DIM ?

Q06 : Sont-ils présentés aux équipes ?

Q07 : De quelle manière sont-ils exploités ?

Q08 : Comment sont collectés les résultats du service sur les indicateurs IPAQSS ?

Q09 : Comment sont diffusés et traités les résultats du service concernant les indicateurs sur la gestion du risque infectieux ?

**Sources d’information 2.3.1.**

|  |
| --- |
| Documents disponibles sur l’activité et la population prise en charge |
| Rapport(s) d’activité |
| Rapport(s) d'activités médicales-DIM |
| Entretiens avec le médecin DIM, le directeur des finances, le directeur Qualité |

**Références utiles**

|  |
| --- |
| **Fonctions support**  ***2.3. Gestion d’informations*** Systèmes d’information |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**   * Apprécier l’adéquation des systèmes d’information aux besoins du service * Vérifier que les règles applicables aux accès aux informations sont respectées   **Principales références juridiques et administratives (**[**2.3.2**](#T232))  **Principales catégories de risques possibles :** Juridique  Lien avec d’autres fonctions : 3.8.4 partage des informations patients |

**Questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

232 Systèmes d’information

Q01 : Quel est le schéma des installations techniques (technologie des serveurs, des réseaux, des postes de travail) ?

Q02 : Quel est l’état du parc de matériels dans le service ?

Q03 : Quelles sont les sécurités du dispositif ?

Q04 : Un responsable de la sécurité des systèmes d’information a-t-il été désigné au niveau de l’établissement ?

Q05 : Quel est le système d’information de communication interne (Internet, Intranet, messagerie…) ?

Q06 : Quelles sont les principales applications informatiques (bases de données, outils d’exploitation de données, outils bureautiques, gestion du dossier patient, gestion des prescriptions, transmission des résultats…) ?

Q07 : Comment est assurée la confidentialité des informations personnelles ?

Q08 : Comment sont gérés les droits d’accès aux bases de données et les habilitations pour traiter les informations ?

Q09 : Existe-t-il des procédures de gestion des systèmes d’information (installation, sauvegarde, restauration…) ?

Q10 : Quel est le système informatisé de gestion du dossier patient ?

Q11 : Existe-t-il un logiciel-métier complémentaire ? Si oui, lequel ?

Q12 : S’il est en lien avec le précédent, quelles données sont partagées ?

Q13 : Le dossier patient est-il un dossier unique ou bien est-il un dossier spécifique au service ?

Q14 : Le dossier patient contient-il le dossier médical et le dossier soins ou sont-ils séparés ?

Q15 : L’imagerie (radiologie conventionnelle, imagerie de coupes, échographie) est-elle disponible en format numérique dans le dossier patient ou à partir d’un PACS (Picture archiving and communication system) ?

Q16 : Les comptes rendus sont-ils intégrés automatiquement au dossier patient ?

Q17 : D’autres images sont-elles intégrées (cœlioscopie, images per opératoires…) ?

Q18 : Les professionnels du service disposent-ils en ligne des résultats de tous les bilans biologiques des patients et de leur historique ?

Q19 : Le dossier patient intègre-t-il les résultats d’examens effectués à l’extérieur de l’établissement ?

Q20 : Lors de l’hospitalisation d’un patient déjà connu dans l’établissement, le service a-t-il accès à son dossier dans le système d’informations ou doit-il récupérer le dossier papier ?

Q21 : Dans ce cas, selon quelle procédure ?

Q22 : Le service et l’établissement permettent-ils pour le patient la prise de rendez-vous en consultation externe sur Internet ?

Q23 : Le service et l’établissement utilisent-ils des systèmes tels que la confirmation des rendez-vous par SMS ?

Q24 : Après la sortie du patient, dans quel délai est réalisé le compte-rendu d’hospitalisation ?

Q25 : Si le service est impliqué dans des activités chirurgicales, un compte-rendu opératoire est-il systématiquement établi ? Sous quel délai est-il réalisé ?

Q26 : Quel est le système utilisé pour transmettre le compte-rendu d’hospitalisation au médecin traitant ?

Q27 : La lettre de sortie est-elle adressée au médecin traitant le jour de la sortie du patient ? Sinon dans quels délais ?

Q28 : Quels sont les documents du dossier qui sont mis à la disposition du patient lors de sa sortie ?

Q29 : Les prescriptions de médicaments, de biologie, de radiologie et d’actes divers sont-elles informatisées ?

Q30 : Si oui, les applications sont-elles reliées au dossier patient ?

Q31 : Pour les services d’hospitalisation en chirurgie, existe-t-il une application informatisée de gestion du bloc opératoire ?

Q32 : Est-elle en lien avec le dossier patient ?

Q33 : Le système d’information (SI) permet-il la gestion des commandes de pharmacie (médicaments et dispositifs médicaux) et la gestion des stocks ?

Q34 : Le SI permet-il la gestion automatisée des commandes de produits sanguins ?

Q35 : Existe-t-il un lien direct automatisé avec l’établissement français du sang (EFS) ? Pour les commandes ? Pour les examens biologiques complémentaires (immunohématologie, RAI (recherche d’agglutinines irrégulières)) ?

Q36 : Le SI permet-il la gestion automatisée d’autres types de commandes ? Repas, linge, produits divers, maintenance et réparation… ?

Q37 : L’établissement dispose-t-il d’un système de gestion documentaire contenant les protocoles et les procédures Qualité concernant les soins ?

Q38 : L’accès à la gestion documentaire est-il aisé pour les professionnels du service ? Y accèdent-ils régulièrement ?

Q39 : Les professionnels sont-ils formés à l’utilisation des outils de gestion documentaire ?

Q40 : Des modalités de travail « dégradées » sont-elles prévues en cas de panne du système d’information ?

**Sources d’information 2.3.2**

|  |
| --- |
| Procédures concernant les systèmes d’information |
| Entretien avec le responsable des systèmes d’information |

**Références utiles**

**2 Fonctions support**

## Bâtiments, équipements, sécurités

[2.4.1 Locaux](#_Locaux_et_équipements)

[2.4.2 Sécurités](#_Sécurités)

[2.4.3 Equipements et matériels](#_Équipements_et_matériels)

[2.4.3 Prestations internes et externes](#_Prestations_internes_et)

|  |
| --- |
| **2. Fonctions support**  ***2.4. Bâtiments, équipements, sécurités*** Locaux |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**   * Vérifier le respect des règles spécifiques applicables aux bâtiments et aux locaux   **Principales Références juridiques et administratives (**[**2.4.1.)**](#A241)  **Principales catégories de risques possibles :** Juridique - Sécurité des personnes –  Lien avec d’autres fonctions : 1.1.3. Conditions techniques de fonctionnement 3.8.3. Locaux de soins, matériels et installations techniques |

**Questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

241 Locaux

Q01 : Le service fait-il partie de ceux pour lesquels il existe des dispositions réglementaires concernant la structuration des locaux ? Si oui, lesquelles ?

Q02 : Sont-elles respectées ?

Q03 : Ces locaux sont-ils adaptés à l’activité qui y est réalisée ?

Q04 : Les locaux sont-ils correctement entretenus ? Sont-ils propres ?

Q05 : Les locaux permettent-ils le respect de l’intimité et de la dignité des patients ?

Q06 : La localisation des locaux de service (salle de soins, office) favorise-t-elle la surveillance du service et des chambres des patients ?

Q07 : L’agencement de la salle de soins permet-il aux préparations d’être effectuées dans le respect des règles d’hygiène ?

Q08 : La gestion et le rangement des divers chariots (de soins, d’entretien, de linge propre, de linge sale, de repas…) sont-ils assurés en respectant les règles d’hygiène ?

Q09 : Existe-il une procédure d'entretien des divers supports mobiles? Comment est assurée la traçabilité des diverses opérations?

Q10 : Comment sont sécurisés les locaux qui doivent être fermés ?

Q11 : Le sont-ils ?

Q12 : S’il s’agit d’un service de médecine gériatrique, les accès au service sont-ils sécurisés ?

Q13 : Le service permet-il l’hospitalisation d’une personne handicapée en respectant les normes d’accessibilité ?

Q14 : Des locaux sont-ils utilisés pour réaliser des actes qui devraient normalement l’être dans des locaux spécifiques (actes de petite chirurgie, endoscopies…) ?

**Sources d’information 2.4.1.**

|  |
| --- |
| Contrats de maintenance |
| Visite sur place |

**Références utiles**

HAS, Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap, Guide d’amélioration des pratiques professionnelles, 2017

|  |
| --- |
| **2. Fonctions support**  ***2.4. Bâtiments, équipements, sécurités*** Sécurités |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**   * Vérifier la date de la dernière visite de la commission de sécurité incendie et le contenu du procès-verbal * Vérifier le respect de la réglementation relative à la formation du personnel * Vérifier le respect de la réglementation relative à la sécurité électrique et à la sécurité des fluides médicaux * Evaluer les conditions de sécurisations des locaux * Evaluer les conditions de sécurité sanitaire   **Principales références juridiques et administratives (**[**2.4.2**](#T251)**.)**  **Principales catégories de risques possibles :** Juridique -  Lien avec d’autres fonctions : 1.4.1. Démarche d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, 1.5.1. Politique de prévention et de gestion des risques, situations d’urgence, 1.5.2. Gestion des évènements indésirables, réclamations, signalements |

**Questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le type de structure [établissement, service], son statut juridique, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

242 Sécurités

***Sécurité incendie***

Q01 : Quelle est la date de la dernière visite de la commission de sécurité pour l’établissement ?

Q02 : L’établissement a-t-il un avis favorable de la commission consultative départementale de sécurité et d’accessibilité (CCDSA) ?

Q03 : Y a-t-il des mentions spécifiques relatives au service ?

Q04 : Le personnel du service est-il formé à la gestion du risque incendie ?

Q05 : Quelle est la fréquence des mises à niveau et des exercices ?

Q06 : Quelle est la proportion des agents formés, de ceux qui participent aux remises à niveau, de ceux qui participent aux exercices ?

***Sécurité des installations techniques***

Q07 : Les installations électriques de l’établissement et plus particulièrement celles du service sont-elles conformes à la réglementation ?

Q08 : Les installations des réseaux de fluides médicaux sont-elles conformes à la réglementation ?

Q09 : La commission des gaz médicaux ou le pharmacien responsable a-t-il émis des recommandations particulières au service ? Si oui, lesquelles ?

Q10 : Le système de production d’eau chaude et le réseau d’eau sont-ils surveillés sur le plan de la gestion du risque légionnelle ? (cf. la grille d’inspection légionnelles citée dans les références utiles ci-dessous)

Q11 : Selon quelles procédures ?

Q12 : Quels sont les résultats des prélèvements de l’année écoulée ?

Q13 : Les points de tirage d’eau chaude sanitaire (lavabo, douche) sont-ils munis de filtre anti-légionnelle ?

Q14 : La température de l’eau chaude distribuée dans les chambres des patients est-elle supérieure à 50 ?

Q15 : Quel est le témoignage de l’EOHH sur la gestion du risque sanitaire dans le service ?

***Sécurisation des locaux***

Q16 : L’établissement a-t-il élaboré son plan de sécurisation de l’établissement (PSE) ?

Q17 : Si le service est équipé d’un système anti-infraction est-il pertinent et adapté aux besoins du service ?

Q18 : Quelles en sont les caractéristiques (digicode, portillons d’accès, vidéosurveillance…) ?

Q19 : Comment le personnel peut-il alerter en cas d’urgence ?

Q20 : Quels sont les personnels équipés d’un bip, d’un téléphone portable ?

***Sécurité sanitaire-hygiène***

Q21 : Existe-t-il des protocoles d’entretien des locaux pour le service et concernant plus particulièrement les chambres, la salle de soins ?

Q22 : Existe-t-il un plan d'hygiène de l'unité? Est-il validé par l'EOHH?

Q23 : Comment est assurée la traçabilité des opérations d'entretien?

Q24 : Certains de ces locaux sont-ils considérés comme locaux à risques ?

Q25 : Font-ils l’objet d’un suivi de l’Equipe Opérationnelle d’Hygiène Hospitalière (EOHH) ?

Q26 : Selon quelle méthodologie et avec quelle périodicité ? Quels sont les résultats des différents prélèvements réalisés au cours des 12 derniers mois ?

Q27 : Quelle est la consommation des solutions hydro-alcoolique du service ? Comment se situe-t-elle par rapport aux prévisions ?

Q28 : Quelle est son évolution par rapport à l’année précédente ?

Q29 : Existe-t-il des procédures particulières destinées à éviter les contaminations croisées ?

Q30 : Sont-elles évaluées ?

Q31 : Les précautions standards et complémentaires sont-elles connues des professionnels de l'unité?

Q32 : Existe-il une procédure d'entretien des matériels utilisés pour plusieurs patients (chariot douche, chaise percée, pieds à perfusion…)?

Q33 : L'unité dispose-il d'un laveur désinfecteur de bassin?

Q34 : Quelle est la procédure d'évacuation des excrétas mise en place dans l'unité?

***Déchets d’activité de soins à risque infectieux***

Q35 : Les modalités de gestion des DASRI sont-elles conformes à la réglementation ? (cf. grille de contrôle citée dans les références utiles ci-dessous)

Q36 : Quelles sont les modalités d'entretien de ce local?

Q37 : Existe-il un local spécifique pour le stockage intermédiaire des déchets? Si oui, est-il fermé et sécurisé?

**Sources d’information 2.4.2**

|  |
| --- |
| Protocoles divers |
| Entretien avec le directeur, le pharmacien, le responsable des services techniques et logistiques |
| Entretiens avec le cadre et des professionnels du service |
| Entretien avec le responsable des services techniques |
| Entretiens avec le médecin hygiéniste de l’établissement |
| Visite sur place |

**Références utiles**

Instruction DGS/EA4/2013/34 du 30 janvier 2013 relative au référentiel d'inspection-contrôle de la gestion des risques liés aux légionnelles dans les installations d'eau des bâtiments.

Grille de contrôle Déchets d’activités de soins à risques infectieux (DASRI) et pièces anatomiques d’origine humaine (PAOH) (version 3.0, janvier 2015)

|  |
| --- |
| **2. Fonctions support**  **2.4. *Bâtiments, équipements, sécurités*** Équipements et matériels |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**   * S’assurer de l’existence des matériels utiles aux activités du service   **Principales références juridiques et administratives (**[**2.4.3**](#A243)**.)**  **Principales catégories de risques possibles :** Professionnels  Lien avec d’autres fonctions : 1.1.3. Conditions techniques de fonctionnement |

**Questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

243 Équipements et matériels

Q01 : Quel est l’état général des équipements du service ? Sont-ils inventoriés ?

Q02 : Quel est l’état général des équipements installés dans les chambres des patients ?

Q03 : Le plan pluriannuel d’investissement (PPI) de l’établissement prévoit-il des acquisitions ou des travaux pour le service ?

Q04 : Lesquels ?

Q05: Les équipements acquis par l'établissement font-ils l'objet d'un avis préalable et d'une expertise de l'EOHH?

Q06 : Existe-t-il une procédure de gestion et de nettoyage des divers chariots (de soins, d’entretien, de linge propre, de linge sale, de repas…) ?

Q07 : Si oui, a-t-elle été validée par l’EOHH ?

Q08 : Est-elle respectée dans sa mise en œuvre ?

Q09 : Le service dispose-t-il d’un nombre suffisant de pompes à perfusion, de seringues électriques, de dispositifs de prévention des escarres ?

Q10 : Dispose-t-il d’appareils destinés à lever les personnes ?

Q11 : Dispose-t-il de pèse-personnes ?

Q12 : Ces équipements sont-ils mutualisés avec d’autres services ? Au sein d’un pôle ?

Q13 : Le service dispose-t-il d’un chariot d’urgence ? Est-il correctement équipé ? Est-il sécurisé ?

Q14 : Une procédure définit-elle les conditions de son entretien ? Est-elle évaluée ?

Q15 : Existe-t-il des procédures de nettoyage des divers équipements et matériels dans le cadre de la gestion du risque infectieux ?

Q16 : Ont-elles été validées par l’EOHH ?

Q17 : Si oui, sont-elles mises en œuvre et sont-elles évaluées ?

Q18 : Des actes d’endoscopie (endoscopie digestive et bronchique, naso-fibroscopie, cystoscopie…) sont-ils pratiqués dans le service ?

Q19 : Si oui, comment est assuré le traitement des endoscopes utilisés ?

Q20 : Est-il conforme aux règles de bonnes pratiques et aux dispositions réglementaires ?

Q21 : Les pratiques du service sont-elles évaluées ?

Q22 : L’entrée de chaque chambre est-elle munie d’un dispositif permettant d’utiliser une solution hydro-alcoolique (SHA) ?

Q23 : Sont-ils tous munis de flacons de SHA ?

Q24 : Vérifier la date d’ouverture des flacons et noter les éventuelles péremptions.

**Sources d’information 2.4.3.**

|  |
| --- |
| Entretien avec le directeur, le praticien de l’EOHH, le cadre, le responsable médical |
| Entretiens avec des professionnels du service |
| Visite sur place |

**Références utiles**

Instruction DGOS/PF2/DGS/VSS 1/2016220 du 4 juillet 2016 relative au traitement des endoscopes souples thermosensibles au sein des lieux de soins

|  |
| --- |
| **2. Fonctions support**  **2.4. *Bâtiments, équipements, sécurités*** Prestations internes et externes |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**   * S’assurer de la qualité des prestations (entretien, maintenance, nettoyage, restauration, blanchisserie, transports…) qu’elles soient réalisées en interne ou externalisées   **Principales références juridiques et administratives (**[**2.4.4**](#A244)**.)**  **Principales catégories de risques possibles :**  Lien avec d’autres fonctions : |

**Questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

244 Prestations internes et externes

Q01 : Quel est l’état d’entretien général des locaux affectés au service (propreté, état des peintures ou revêtements muraux et des sols) ?

Q02 : Les locaux sont-ils correctement entretenus (locaux collectifs, autres) ?

Q03 : Existe-t-il une organisation fonctionnelle permettant d’assurer le suivi des réparations et petits travaux quotidiens ?

Q04 : Les équipements des chambres sont-ils correctement entretenus (lits, fauteuils, adaptables…) ?

Q05 : Les prestations effectuées en interne ou en sous-traitance (restauration, entretien des locaux, entretien du linge personnel, blanchisserie…) font-elles l’objet d’une évaluation régulière ?

Q06 : Le service peut-il retourner une évaluation de la qualité de ces prestations auprès du « fournisseur » ? Et auprès de la direction de l’établissement ?

Q07 : Si oui, y-a-t-il eu des améliorations constatées ? Sur quels types de prestations ?

Q08 : Un système de gestion de la relation client-fournisseur est-il établi avec les divers prestataires ?

Q09 : Les diététiciens participent-ils à l’élaboration des menus ?

Q10 : Les divers régimes prescrits pour les patients sont-ils respectés ?

Q11 : Les équipements biomédicaux sont-ils correctement entretenus ?

Q12 : Certains font-ils l’objet de pannes récurrentes ?

**Sources d’information 2.4.4.**

|  |
| --- |
| Cahier d'interventions d’entretien |
| Contrats de prestations |
| Protocoles d'entretien de l'établissement Visite sur place |
| Entretiens avec le cadre du service, le responsable des approvisionnements, de la maintenance, de la logistique. |

**Références utiles 2.4 4.**

**2. Fonctions support**

## Gestion des médicaments et des dispositifs médicaux

[2.5.1 Approvisionnement et stockage](#_Approvisionnement_et_stockage)

[2.5.2 Produits sanguins labiles (PSL)](#_Produits_sanguins)

|  |
| --- |
| **2. Fonctions support**  **2.5. *Gestion des médicaments et des dispositifs médicaux*** Approvisionnement et stockage |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**  Evaluer le niveau de risque (sécurité de l’administration du médicament ; gestion du risque infectieux…) induit par les processus de travail au sein du service et susceptible de générer un dysfonctionnement  **Principales références juridiques et administratives (**[**2.5.1**](#A251)**.)**  **Principales catégories de risques possibles :**  Lien avec d’autres fonctions : |

**Questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

251 Approvisionnement et stockage

***Prescriptions***

Q01 : Les prescriptions pharmaceutiques sont-elles systématiquement écrites ou saisies ?

Q02 : Les prescriptions pharmaceutiques sont-elles systématiquement écrites ou saisies pendant la journée les jours ouvrables ? Pendant les périodes de permanence des soins ?

Q03 : Existe-t-il une pratique de prescriptions recopiées ?

Q04 : Si oui, dans quelles situations et avec quelle fréquence ?

Q05 : Quel est le support des prescriptions : papier ou support dématérialisé ?

Q06 : Les prescriptions sont-elles adressées à la pharmacie ?

Q07 : La pharmacie procède-t-elle à une analyse des prescriptions ?

Q08 : Si oui, sur la totalité des classes thérapeutiques ?

Q09 : Sur quelles classes et sur quelles molécules porte l’analyse pharmaceutique ?

Q10 : Le comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles (CMDMS) a-t-il validé les produits utilisés par les praticiens du service ?

Q11 : Les pratiques de prescription des antibiotiques correspondent-elles aux règles de bon usage et au cadre défini par le comité des anti-infectieux ?

Q12 : La prescription d’antibiothérapie est-elle soumise à l’avis préalable d’un pharmacien ou d’un référent en antibiothérapie ?

Q13 : Sur toutes les molécules ? Sinon, lesquelles ?

Q14 : Existe-t-il des protocoles d’antibiothérapie dans le service ?

Q15 : Sont-ils mis en œuvre de manière homogène par les praticiens de l’équipe ?

Q16 : Leur application est-elle évaluée ?

Q17 : Les internes prescrivent-ils ?

Q18 : Si oui, une procédure décrit-elle les modalités de ces prescriptions ?

Q19 : Sont-elles contrôlées par un praticien senior ?

Q20 : Si oui, de quelles manières ?

Q21 : Pendant la période de permanence des soins, comment sont contrôlées ou validées les prescriptions établies par un interne ? Existe-t-il des procédures de prescription anticipée ?

Q22 : Des évaluations de prescriptions médicamenteuses sont-elles effectuées ?

Q23 : Si oui, selon quelles modalités ?

Q24 : Quels en sont les résultats disponibles ?

Q25: Comment sont gérés les traitements prescrits en ville et suivis par les patients au moment de leur admission ?

Q26 : Est-ce que l’établissement a défini une politique de gestion du risque iatrogène ?

Q27 : Si oui, quelle est son organisation ?

Q28 : Le service est-il impliqué dans cette politique ? De quelle manière ?

Q29 : Cela a-t-il entrainé une révision des pratiques de prescription ?

Q30 : Si oui, cela a-t-il été décidé en accord avec les pharmaciens ?

Q31 : Des événements indésirables ont-ils été signalés suite à l’administration de certains médicaments ou de l’utilisation de certains dispositifs médicaux ?

Q32 : Si oui, ont-ils fait l’objet d’une déclaration d’événement indésirable ?

Q33 : Comment ont-ils été gérés ?

Q34 : A quels types de décisions ont-ils donné lieu ?

Q35 : Ont-ils fait l’objet d’une déclaration de pharmacovigilance et/ou de matériovigilance ?

***Dispensation par la pharmacie***

Q36 : Quel est le système d’approvisionnement en médicaments et dispositifs médicaux ?

Q37 : Existe-t-il un système de dispensation individuel et nominatif ?

Q38 : Est-il quotidien ?

Q39 : Si oui, quelles molécules concerne-t-il ?

Q40 : Si oui, est-il combiné à d’autres systèmes de dispensation ? Lesquels ?

Q41 : La liste des médicaments et des dispositifs médicaux en stock dans le service a-t-elle fait l’objet d’une décision conjointe avec la pharmacie ?

Q42 : A-t-elle fait l’objet d’une révision ?

Q43 : Si oui, sur quels types de produits ?

***Stockage dans le service***

Q44 : Le système d’information (SI) permet-il la gestion des commandes de pharmacie (médicaments et dispositifs médicaux) et la gestion des stocks ?

Q45 : Le système logistique d’approvisionnement est-il sécurisé ?

Q46 : Les commandes passées à la pharmacie sont-elles automatisées ?

Q47 : Si oui, avec quels supports ?

Q48 : Quelles sont les modalités de stockage dans le service ? (armoire à pharmacie traditionnelle ? système « plein-vide » ?...)

Q49 : Existe-t-il plusieurs lieux de stockage ?

Q50 : Y-a-t-il stockage de produits pharmaceutiques dans le chariot à médicaments ?

Q51 : Le stockage permet-il un repérage rapide et sécurisé des divers produits mis à la disposition du service ?

Q52 : Qu’est-il mis en œuvre pour éviter la péremption des produits ?

Q53 : L’inventaire des stocks est-il réalisé dans le service ?

Q54 : Si oui, quelle en est la fréquence ?

Q55 : Les supports destinés au stockage des médicaments et dispositifs médicaux font-ils l’objet d’un entretien ? Selon quelles modalités ?

Q56 : Existe-t-il un protocole validé par l’EOHH concernant l’entretien de ces supports ?

***Préparations et administration***

Q57 : Les préparations sont-elles effectuées dans la salle de soins ? Si oui, lesquelles ?

Q58 : Les préparations sont-elles effectuées en série pour tous les patients ?

Q59 : Si non, les préparations pour chaque patient sont-elles suivies immédiatement de l’administration ?

Q60 : Si les préparations ne sont pas effectuées dans la salle de soins, le sont-elles sur le chariot de soins ?

Q61 : Si oui, lesquelles ?

Q62 : Les traitements destinés à plusieurs patients sont-ils déposés ensemble sur le chariot de soins ?

Q63 : Quelles sont les vérifications effectuées par les professionnels avant l’administration des médicaments ?

Q64 : Comment est organisée la traçabilité de l’administration des produits pharmaceutiques ?

Q65 : Quels en sont les supports ?

Q66 : A quel moment l’acte d’administration est-il tracé ?

Q67 : Lorsque l’administration de certains produits le nécessite, comment est organisée la surveillance du patient ?

Q68 : Avec quelles modalités de traçabilité ?

Q69 : Les infirmières témoignent-elles d’interruptions fréquentes de tâches ?

Q70 : Si oui, le service a-t-il mis en place des actions correctrices ? Lesquelles ?

Q71 : Existe-t-il des règles de fonctionnement permettant d’éviter aux infirmières des interruptions de tâches pendant la préparation et l’administration ? Lesquelles ?

**Sources d’information 2.5.1.**

|  |
| --- |
| Rapport de certification HAS |
| Cellule de gestion des risques : recensement d’EIG |
| Entretiens avec le responsable médical du service, le cadre, les IDE présents, le pharmacien, le praticien responsable de l’EOHH |
|  |

**Références utiles 2.5.1.**

|  |
| --- |
| **2. Fonctions support**  **2.5. *Gestion des médicaments et des dispositifs médicaux*** Produits sanguins labiles (PSL) |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**  Vérifier l’adéquation des pratiques professionnelles à la procédure institutionnelle de sécurité transfusionnelle  **Principales références juridiques et administratives (**[**2.5.2**](#A252)**.)**  **Principales catégories de risques possibles :**  Lien avec d’autres fonctions : |

**Questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

252 Produits sanguins

Q01 : De quelle manière la gestion des produits sanguins est-elle organisée par le comité de sécurité transfusionnelle ?

Q02 : Quelles sont les procédures élaborées par le comité ?

Q03 : Sont-elles conformes à la réglementation en vigueur ?

Q04 : Quelles sont les évaluations effectuées ?

Q05 : Le service était-il concerné par ces évaluations ? Le correspondant d’hémovigilance et de sécurité transfusionnelle a-t-il participé à certains travaux du service portant sur les pratiques transfusionnelles ?

Q06 : Si, oui, avec quels résultats ?

Q07 : Le service a-t-il mené des EPP sur la transfusion au cours des 2 dernières années ? Si oui, sur quel thème et avec quels résultats ?

Q08 : Dans le service, un programme de DPC a-t-il concerné la pratique de la transfusion ?

Q09 : Des formations spécifiques ont-elles-été organisées dans le service sur la transfusion pour les médecins, internes et infirmiers ?

Q10 : Existe-t-il un dépôt de sang dans l’établissement?

Q11 : Un dispositif de surveillance de la chaîne du froid des concentrés de globules rouges est-il en vigueur ? Quels sont les indicateurs de suivi ?

Q12 : L’établissement a-t-il déclaré au cours des 24 derniers mois des EIG dans la chaîne transfusionnelle ?

Q13 : Si oui, sur quoi ont-ils porté ? ? Ont-ils été déclarés à l’ANSM ?

Q14 : Quel est le nombre de patients transfusés dans le service au cours des 12 derniers mois ?

Q15 : Combien de PSL ont été transfusés dans le service au cours de l’année précédente ? Et combien de PSL prescrits n’ont pas été transfusés ? Dans ce cas sont-ils détruits dans le service ou retournés à l’EFS ? Peuvent-ils être repris par l’EFS ?

Q16 : Vérifier la présence du dossier transfusionnel dans le dossier patient pour 50 % des patients transfusés, dans la limite de 20 dossiers informatisés ou en format papier.

Q17 : Existe-t-il un lien direct automatisé, informatisé, avec l’établissement français du sang (EFS) ? Pour les commandes ? Pour les prescriptions de PSL ? Pour la traçabilité des PSL ? Pour les résultats des examens biologiques pratiqués à l’EFS ? S’ils sont pratiqués à l’EFS, les examens HLA sont-ils concernés par ces échanges de données ?

***Prescription des PSL et des examens immuno hématologiques***

Q18 : Quelles sont les modalités de prescription de produits sanguins ?

Q19 : Quels sont les supports utilisés (application informatique « métier » spécifique ou dossier patient) ?

Q20 : Quels sont les prescripteurs de produits sanguins ?

Q21 : Comment est organisée la prescription des examens d’immunohématologie et des Recherche d’agglutinines irrégulières (RAI) du receveur ?

Q22 : Le support de demande est-il informatisé ? Avec un mode de prescription connectée (sans bon papier accompagnant les échantillons sanguins) ?

Q23 : Quelle est la structure qui réalise les examens de biologie (ES, EFS structure autre) ?

Q24 : Quels sont les supports d’acheminement des prélèvements ?

Q25 : Quels sont les supports de transmission des résultats ?

Q26 : En cas de transmission informatisée, les résultats sont-ils reçus sur le serveur de résultats de l’ES ou sur une application « métier » spécifique?

Q27 : Comment s’effectue la traçabilité des prescriptions dans le dossier transfusionnel du patient ?

Q28 : Les prescriptions sont-elles conformes aux procédures de sécurité transfusionnelle ?

***Commande des PSL-livraisons-conditions de transport-stockage***

Q29 : Quels sont les supports utilisés pour la commande de ces produits ?

Q30 : Le SI permet-il la gestion automatisée des commandes de produits sanguins ? Si oui, la prescription elle-même et sa transmission sont-elles totalement informatisées ?

Q31 : Les conditions de passation de commandes et les conditions de transports des produits sont-elles conformes aux modalités prévues dans le protocole de sécurité transfusionnel ?

Q32 : Y-a-t-il eu dans le service des événements indésirables graves relatifs au transport et au stockage des PSL au cours des 2 dernières années ?

Q33 : Si oui, ont-ils été déclarés au sein de l’établissement? Si oui, ont-ils été déclarés à l’ANSM ?

Q34 : Quelles ont été les modalités de traitement de ces incidents ?

Q35 : Quels ont été les réajustements mis en œuvre ?

Q36 : Ont-ils été évalués ?

Q37 : Comment l’équipe y a été associée ?

Q38 : Les conditions de stockage sont-elles conformes aux modalités prévues dans la procédure institutionnelle ?

Q39 : Vérifier les conditions de stockage.

***Administration***

Q40 : L’information pré-transfusionnelle est-elle été donnée au patient (ou de ses représentants) ? Si oui, est-elle tracée sur le dossier transfusionnel ou le dossier du patient?

Q41 : Le consentement du patient à la transfusion (ou de ses représentants) est-il demandé ? Si oui, est-il tracé sur le dossier transfusionnel ou le dossier du patient?

Q42 : Les conditions d’administration sont-elles conformes aux modalités prévues dans la procédure institutionnelle ?

Q43 : Selon quelle modalité est assurée la traçabilité des PSL transfusés ainsi que des PSL non transfusés ? Est-elle réalisée sur une application informatique « métier » ou dans le dossier patient ? Est-elle réalisée au moyen d’échanges de données avec l’EFS via les normes AFNOR dédiées ?

Q44 : Vérifier dans les dossiers transfusionnels.

***Suivi du patient***

Q45 : Une information post transfusionnelle est-elle donnée et remise au patient ?

Q46 : A sa sortie, une ordonnance de recherche d’agglutinines irrégulières est-elle remise au patient ?

Q47 : Comment est organisé le suivi du patient transfusé dans le service?

Q48 : Les modalités déclarées et/ou constatées dans le service sont-elles conformes à la procédure institutionnelle ?

Q49 : Les conduites à tenir en cas d’EI sont-elles connues de l’équipe soignante?

Q50 : Au cours des 24 derniers mois, y-a-t-il eu des EI constatés au cours ou au décours d’une transfusion ?

Q51: Si oui, le correspond d’hémovigilance a-t-il été avisé ? La procédure de signalement a-t-elle été respectée ?

Q52 : Comment ces EI ont-ils été analysés ? Ont-ils été déclarés à l’ANSM ?

Q53 : Quelles en ont été les conclusions ?

Q54: Les conduites à tenir ont-elles été modifiées ou précisées ?

Q55 : De nouvelles évaluations ont-elles été réalisées ?

Q56 : La fiche d’effet indésirable receveur est-elle archivée dans le dossier du patient ?

**Sources d’information 2.5.2.**

|  |
| --- |
| Dossiers transfusionnels de patients, prescriptions |
| Entretien avec le correspondant d’hémovigilance, le responsable médical du service, le cadre, les IDE présents |

**Références utiles 2.5.2.**

Décret n° 2014-1042 du 12 septembre 2014 relatif au sang humain

Décret n° 2006-99 du 1er février 2006 relatif à l'Etablissement français du sang et à l'hémovigilance et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)

# Prise en charge

## Organisation de la prise en charge de l’admission à la sortie

[3.1.1 Admissions](#_3.1.1__Admission)

[3.1.2. Coordination des professionnels](#_Coordination_des_professionnels)

[3.1.3 Sorties](#www313)

|  |
| --- |
| **3 Prise en charge**  ***3.1. Organisation de la prise en charge de l’admission à la sortie*** Admissions |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**   * Vérifier que l’organisation de l’admission sécurise la prise en charge du patient   **Principales références juridiques et administratives (**[**3.1.1**](#T311))  **Principales catégories de risques possibles :** Sécurité des personnes –  Lien avec d’autres fonctions : 1.1.2 personnes accueillies 1.1.3. conditions techniques de fonctionnement 3.8.2. Organisation et dispensation des soins |

**Questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

311 Admissions

Q01 : Quelle est la part des patients dont l’admission a été programmée, la part de ceux passés par les urgences, la part de ceux provenant d’un autre service de l’établissement et la part de ceux provenant d’un autre établissement ?

***Entrées programmées***

Q02 : S’agissant des admissions programmées, le dossier de pré-admission a-t-il été constitué ?

Q03 : Les opérations d’identitovigilance ont-elles été réalisées ?

Q04 : Comment le dossier du patient est-il mis à la disposition du service ?

Q05 : Les actes dont doit bénéficier le patient au cours de son séjour ont-ils tous été programmés avant son admission ?

Q06 : Cette programmation a-t-elle été vérifiée par le service ?

Q07 : A quelle heure les patients programmés sont-ils invités à se présenter dans le service ?

Q08 : Pour les patients hospitalisés en chirurgie, les admissions ont-elles lieu la veille de l’intervention (sauf pour la chirurgie ambulatoire) ?

Q09 : Pour certains actes, le service procède-t-il à des admissions le jour de l’intervention ?

***Entrées par le service des urgences***

Q10 : S’agissant des admissions par les urgences, les opérations d’identitovigilance ont-elles été réalisées ?

Q11 : Quel est le contenu du dossier patient constitué par le service des urgences ?

Q12 : Les données concernant les actes réalisés et les bilans biologiques demandés et obtenus, sont-elles précisées ?

Q13 : Les orientations thérapeutiques et les prescriptions sont-elles clairement définies ?

Q14 : Le temps écoulé entre l’arrivée dans le service des urgences et l’admission dans le service est-il évalué ?

Q15 : Le service impose-t-il une heure précise ou une période de la journée pour recevoir les patients aux urgences en attente d’hospitalisation ?

Q16 : Un praticien reçoit-il le patient au moment de son admission sinon dans quels délais ?

Q17 : Si le service n’est pas en adéquation avec la pathologie du patient admis comment s’effectue le lien avec l’équipe médicale du service dans lequel le patient aurait dû être hospitalisé ?

Q18 : Existe-t-il une procédure institutionnelle pour gérer les hospitalisations dans un service inadéquat ? La pratique du service la respecte-t-elle ?

***Entrées par transfert interne ou externe***

Q19 : S’agissant d’une admission par mutation interne, comment est préparé le transfert du patient ?

Q20 : Comment en sont informées l’équipe médicale et l’équipe paramédicale du service d’accueil ?

Q21 : Comment s’effectue la transmission du dossier du patient ?

Q22 : Y-a-t-il une phase de transmission spécifique ?

Q23 : S’agissant du transfert d’un autre établissement (y compris les personnes âgées hébergées en ESMS et admises via le service des urgences), comment en sont informées l’équipe médicale et l’équipe paramédicale du service d’accueil ?

Q24 : Comment s’effectue la transmission du dossier du patient ?

Q25 : Y-a-t-il une phase de transmission spécifique avec le service de l’établissement adresseur ?

***Quel que soit le mode d’admission***

Q26 : Le médecin traitant est-il informé de l’admission du patient ?

Q27 : Si oui, existe-t-il une procédure spécifique ?

Q28 : Qui assure ce contact et de quelle manière ?

Q29 : Existe-t-il une procédure particulière concernant les patients étrangers ?

Q30 : Le service observe-t-il des difficultés particulières pour l’élaboration de leur dossier médical ?

Q31 : Le service peut-il avoir recours à une prestation d’interprétariat ? Selon quelles modalités ?

**Sources d’information 3.1.1**

|  |
| --- |
| Procédures et protocoles concernant |
| Analyse de plusieurs dossiers de personnes prises en charge : |
| Procédures concernant l’admission |
| Entretien avec le directeur |

**Références utiles**

Instruction DGOS/MSIOS concernant les règles d’identification des patients -7 juin 2013

HAS, guide thématique sur l’identitovigilance- sept 2014

|  |
| --- |
| **3. Prise en charge**  ***3.1. Organisation de la prise en charge de l’admission à la sortie*** Coordination des professionnels |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**   * Vérifier que les professionnels du service disposent de toutes les informations concernant le patient et sa prise en charge de manière exhaustive et précise   **Principales références juridiques et administratives (**[**3.1.2**](#A312))  **Principales catégories de risques possibles :** Sécurité des personnes –  Lien avec d’autres fonctions : 4.2. coordination avec les autres acteurs |

**Questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

312 Coordination des professionnels

***Coordination de l’équipe médicale***

Q01 : Des réunions de staff sont-elles organisées formellement ?

Q02 : Par qui sont-elles animées ?

Q03 : Tous les praticiens y participent-ils ?

Q04 : Les paramédicaux y participent-ils aussi ? Lesquels ?

Q05 : Un document écrit en formalise-t-il les conclusions ?

Q06: Quelle est la fréquence des staffs médicaux ?

Q07 : La visite et la contre-visite sont-elles précédées de réunions de préparation ?

Q08 : Quels sont les professionnels qui y participent ?

Q09 : Le dossier patient est-il alimenté dès la fin de ces staffs ?

Q10 : Les prescriptions sont-elles décidées et écrites à ce moment-là ?

Q11: Les prescriptions pour les autres professionnels de santé (diététicien, kinésithérapeute…) sont-elles également formalisées dans le dossier ?

Q12 : Comment l’équipe médicale du service prend-elle connaissance des résultats d’examens de biologie et d’imagerie ?

Q13 : A quel moment ?

Q14 : Sur quels supports ?

Q15 : Comment s’effectue la coordination avec un praticien consultant extérieur au service, appelé à donner un avis sur le patient ?

Q16 : Comment sont formalisées ses observations ?

Q17 : Comment sont formalisées ses éventuelles prescriptions ?

Q18 : La discipline médicale du service exige-t-elle des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) ?

Q19 : Si oui, quel est le pourcentage des dossiers passant en RCP ?

Q20 : Comment sont formalisés les avis des RCP ?

Q21 : Comment sont-ils portés à la connaissance des équipes médicale et paramédicale ?

***Coordination de l’équipe paramédicale***

Q22 : Quelles sont les modalités (durée, supports utilisés, participants…) mises en œuvre pour organiser les transmissions dans le service ?

Q23 : Sur la base de l’analyse du dossier des patients présents, quelle évaluation peut être faite sur la qualité et la fiabilité de ces transmissions ?

Q24 : Des différences sont-elles observées dans la pratique des transmissions jour-nuit, nuit-jour et méridiennes ?

Q25 : D’autres professionnels de santé participent-ils à ces transmissions (diététicien, kinésithérapeute, assistante sociale, cadre de santé de l’unité…) ?

Q26 : Si oui, selon quelle fréquence ?

Q27 : Comment ces professionnels de santé formalisent-ils leurs observations et leurs contributions à l’attention de l’équipe médicale et/ou de l’équipe paramédicale ?

Q28 : L’ensemble des paramédicaux alimentent-ils le dossier patient ?

Q29 : La traçabilité est-elle exhaustive ?

***Coordination de l’équipe médicale et de l’équipe paramédicale au sein du service***

Q30 : Comment est préparée la visite du matin et la contre-visite du soir ?

Q31 : Qui participe à la visite du matin et la contre-visite du soir ?

Q32 : Un médecin senior y participe-t-il systématiquement ?

Q33 : A quelle heure ont-elles lieu et quelle est leur durée ?

Q34 : Ont-elles lieu le samedi et le dimanche ?

Q35 : Les infirmières ont-elles le temps de procéder au traitement des décisions prises au cours de la visite ou contre-visite avant la fin de leur poste de travail ?

Q36 : En dehors des visites, un médecin senior est-il disponible pour l’équipe paramédicale ? Sur place ? Ou au téléphone ?

Q37 : Les antécédents du patient et les observations médicales figurent-ils dans le dossier patient ?

Q38 : Les prescriptions, quelle qu’en soit la nature, sont-elles écrites ?

Q39 : Les prescriptions, quelle qu’en soit la nature, sont-elles écrites en situation d’urgence, la nuit, le week-end ? Sinon pour quelles raisons ?

Q40 : Des revues de dossiers sont-elles organisées pour permettre de faire le bilan sur certaines modalités de prise en charge des patients ?

Q41 : Qui participe à ces revues et quelle en est leur fréquence ?

**Sources d’information 3.1.2**

|  |
| --- |
| Analyse de plusieurs dossiers de personnes prises en charge notamment des transmissions |
| Analyse des documents retraçant les décisions des staffs |
| Entretien avec le responsable médical, le cadre, les agents présents |

**Références utiles**

|  |
| --- |
| **3. Prise en charge**  ***3.1. Organisation de la prise en charge de l’admission à la sortie*** Sorties |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**   * Vérifier que la coordination des professionnels de santé est organisée pour la poursuite de la prise en charge du patient dans son parcours   **Principales références juridiques et administratives (**[**3.1.3**](#A313)**)**  **Principales catégories de risques possibles :** Sécurité des personnes –  Lien avec d’autres fonctions : |

**Questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

313 Sorties

***Modalités de préparation de la sortie***

Q01 : Existe-t-il une procédure spécifique à la préparation de la sortie ? Utilise-t-il un outil comme trajectoire ?

Q02 : Comment la sortie du patient est-elle organisée ?

Q03 : A quel moment de son séjour la question de la sortie du patient est-elle envisagée et traitée ?

Q04 : La sortie du patient est-elle discutée en équipe ?

Q05 : L’équipe paramédicale ainsi que les autres professionnels de santé intervenant (diététicien, masseur-kiné, assistante sociale…) participent-ils à la gestion de la sortie du patient ?

Q06 : A quel moment du séjour la décision de sortie est-elle formellement prise ?

Q07 : Comment se déroule l’information du patient et de sa famille sur la sortie ?

Q08 : Le service éprouve-t-il des difficultés à mobiliser des structures extérieures pour poursuivre la prise en charge du patient après sa sortie (service de soins à domicile, hospitalisation à domicile, soins de suite et réadaptation, opérateurs techniques, professionnels libéraux…) ?

Q09 : A quelle heure les patients sortent-ils habituellement du service ?

Q10 : Quel est le pourcentage de patients sortant avant midi ?

Q11 : Si la pratique des sorties avant midi est répandue, existe-t-il un salon permettant l’attente des patients ?

Q12 : Comment le service informe-t-il le service des admissions et de la facturation de la sortie du patient ?

Q13 : La sortie est-elle prise en compte en temps réel dans le système d’information ?

Q14 : Le service des urgences est-il informé en temps réel de la disponibilité d’une place supplémentaire ?

Q15 : Le service s’assure-t-il que le patient est informé suffisamment tôt de sa sortie ?

Q16 : Le service s’assure-t-il que le patient dispose d’une modalité de transport adapté à son état de santé ?

***Retour au domicile***

Q17 : Le médecin traitant est-il informé de la sortie du patient ?

Q18 : Comment ?

Q19 : Le courrier de sortie lui est-il adressé le jour de la sortie du patient ?

Q20 : Si le patient a besoin d’équipements particuliers à son domicile, comment cela est-il préparé ?

Q21 : Un système de coordination entre le service et les intervenants extérieurs (SSIAD, HAD, EHPAD, USLD…) est-il mis en place ?

Q22 : En cas de sortie vers un EHPAD ou une USLD, un médecin gériatre est-il venu dans le service pour procéder à l’évaluation du patient ?

Q23 : S’il s’agit d’un service de chirurgie ambulatoire, le patient est-il appelé par téléphone le lendemain de son séjour ?

Q24 : Le patient et son médecin traitant sont-ils informés des dispositions à prendre en cas d’aggravation de la santé du patient ou de survenue de difficultés particulières ?

Q25 : Un rendez-vous en consultation externe est-il donné au patient ?

Q26 : Sous quel délai le compte-rendu d’hospitalisation est-il adressé au médecin traitant ?

Q27 : Quelles sont les pièces du dossier remises au patient ?

Q28 : Pour les activités chirurgicales, un compte-rendu opératoire est-il systématiquement établi ?

Q29 : Sous quel délai est-il réalisé ? Est-il adressé au médecin traitant ?

Q30 : Quel est le système utilisé pour transmettre le compte-rendu d’hospitalisation au médecin traitant ?

***Sortie vers une structure de soins***

Q31: Comment s’organise la coordination entre les praticiens du service et ceux de la structure extérieure ?

Q32 : En cas de sortie vers un service de soins de suite (de l’établissement ou extérieur à celui-ci), les médecins rééducateurs viennent-ils dans le service pour évaluer le patient et valider l’orientation de sortie ?

Q33 : Quelles pièces du dossier du patient sont transmises à la structure de sortie ?

Q34 : Selon quelles modalités ?

Q35 : Le service considère-t-il que les structures extérieures vers lesquelles sont transférés les patients sont en adéquation avec les pathologies de ces derniers ?

Q36 : La proximité géographique de ces structures est-elle jugée satisfaisante par les patients ou leur famille ?

Q37 : Le patient est-il revu en consultation pendant son séjour dans la structure extérieure ?

Q38 : Comment la structure extérieure informe-t-elle les praticiens du service de l’évolution de la prise en charge du patient ?

Q39 : Y-a-t-il une coordination particulière entre l’équipe médicale du service et celle de la structure de sortie pour poursuivre la prise en charge du patient ?

***Sortie vers un autre service de l’établissement***

Q40 : Comment s’organise la coordination entre les praticiens des deux services ?

Q41 : Comment s’organisent les transmissions concernant les soins ?

Q42 : Le dossier patient est-il transféré ? En totalité ou en partie ?

Q43 : Selon quelles modalités ?

Q44 : Les praticiens du service adressent-ils un courrier spécifique à leurs confrères du service de transfert ?

Q45 : Le service d’accueil informe-t-il le service de l’évolution du patient ?

***Sortie par décès***

Q46 : Un protocole spécifique existe-t-il pour les patients décédés dans le service ?

Q47 : L’établissement dispose-t-il d’une chambre mortuaire ?

Q48 : Qui a en charge le transport du patient vers la chambre mortuaire ?

Q49 : Un règlement intérieur de celle-ci existe-t-il ?

Q50 : Si oui, prévoit-il l’organisation des soins de conservation et les rapports avec une chambre mortuaire ou un funérarium extérieurs ?

Q51 : Définit-il des règles précises d’identitovigilance ?

**Sources d’information 3.1.3**

|  |
| --- |
| Analyse de plusieurs dossiers de personnes prises en charge notamment des transmissions |
| Analyse des documents retraçant les décisions des staffs |
| Entretien avec le responsable médical, le cadre, les agents présents |
| Entretien avec le président de CME, le chef de pôle, le médecin responsable des unités de SSR et éventuellement des USLD et EHPAD |

**Références utiles**

**3 Prise en charge**

## Respect des droits des personnes

[3.2.1. La charte de la personne hospitalisée](#_Les_droits_:)

|  |
| --- |
| **3. Prise en charge**  ***3.2. Respect des droits des personnes*** La charte de la personne hospitalisée |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**   * Vérifier l’application des dispositions de la charte   **Principales références juridiques et administratives (**[**3.2.1.**)](#A321)  **Principales catégories de risques possibles :** Altération des droits de la personne hospitalisée  Lien avec d’autres fonctions : 1.4.4. Politique de la promotion de la bientraitance, 1.5.2. Gestion des évènements indésirables, réclamations, signalements |

**Questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

321 La charte de la personne hospitalisée

Q01: Le droit de la personne hospitalisée (si besoin via son représentant légal) au libre choix de son praticien ou établissement de santé est-il respecté selon les dispositions de l’article L. 1110-8 CSP ?

Q02 : Les coordonnées du référent sont-elles tenues à jour ?

Q03 : Les principes de « la charte de la personne hospitalisée » sont-ils connus ? Sont-ils appliqués ? La charte est-elle remise au patient ou à son représentant légal ? Le nom de la personne de confiance est-il indiqué dans le dossier ?

Q04 : Le consentement du patient est-il systématiquement recueilli pour les actes ou les prises en charge qui le nécessitent ?

Q05 : De quelle manière le consentement est-il recueilli ?

Q06 : La pratique de tous les professionnels est-elle homogène ?

Q07 : Les actes nécessitant un consentement spécifique font-ils l’objet d’un recueil systématique par le service ?

Q08 : Le service ou l’établissement a-t-il reçu des réclamations de la part de patients ou enregistré des déclarations d’évènements indésirables concernant l’application de la charte de la personne hospitalisée ?

Q09 : Quelles ont été les actions correctives mises en œuvre le cas échéant ?

Q10 : Certains principes de la charte font-ils l’objet d’une EPP tels que « l’information patient, le recueil du consentement… » ?

Q11 : Le dossier patient spécifie-t-il l’identité de la personne de confiance désignée par le patient ? Le formulaire de désignation est-il inséré dans le dossier patient ?

Q12 : Les dispositions réglementaires concernant l’accès du patient à son dossier sont-elles respectées ?

**Sources d’information 3.2.1.**

|  |
| --- |
| Sélection de dossiers médicaux |
| Recueil des EI, EIG, réclamations, signalements |
| Chef de service, cadre, directeur qualité, médecin conciliateur |
| CRUQPC |

**Références utiles**

Laïcité et gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé, Observatoire de la laïcité, Février 2016

Usagers, vos droits, Charte de la personne hospitalisée, DHOS, DGS 2006

**3. Prise en charge**

## Vie sociale et relationnelle

**3 Prise en charge**

## Vie quotidienne

[3.4.1 Organisation de l’espace](#_Espace_individuel)

|  |
| --- |
| **3. Prise en charge**  **3.4 Conditions de l’hospitalisation** Organisation de l’espace |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**   * S’assurer que les personnes accueillies disposent d’un espace individuel   **Principales références juridiques et administratives (**[**3.4.1**](#T341)**.)**  **Principales catégories de risques possibles :** Maltraitance  Lien avec d’autres fonctions : 1.1.3. conditions techniques de fonctionnement 2.4.1. Bâtiments et espaces extérieurs 2.4.2. Accessibilité 3.8.3 locaux de soins |

**Questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

341 Organisation de l’espace

Q01 : Le service dispose-t-il de chambres individuelles, avec sanitaires complets et douche ?

Q02 : L'EOHH a-t-elle participé à l'organisation fonctionnelle du service et des chambres de patients ?

Q03 : Quelle est la part des chambres individuelles au sein du service ?

Q04 : En cas de chambre partagée, les patients ont-ils la possibilité d’aménager un espace préservant leur intimité ? Comment ?

Q05 : L’aménagement des chambres et l’accès à la salle de bains sont-ils adaptés aux patients handicapés ?

Q06 : L’agencement et les équipements de la chambre favorisent-ils la réalisation des soins ? Et des soins en urgence ?

Q07 : La literie est-elle correctement entretenue ?

Q08 : Existe-t-il une procédure de change du linge plat (lit, linge de toilette) ?

**3. Prise en charge**

## Champ de l’éducation

[3.5.1 Organisation des actions d’éducation et de prévention](#_Organisation_de_la)

|  |
| --- |
| **3. Prise en charge**  ***3.5. Champ de l’éducation*** Organisation des actions d’éducation et de prévention |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**   * Vérifier la cohérence des informations fournies par les équipes   **Principales références juridiques et administratives** [**(3.5.1)**](#A351)  **Principales catégories de risques possibles :**  Lien avec d’autres fonctions : 3.1.1 Admissions |

**Questions**

**(à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

351 Organisation des actions d’éducation et de prévention

Q01 : Le service dispose-t-il de documents d’information à l’attention des patients ? Repérer les thèmes.

Q02 : Ces documents sont-ils connus de tous les professionnels ?

Q03 : Ces documents ont-ils été élaborés en concertation avec d’autres professionnels impliqués ?

Q04 : Comment ces documents sont-ils mis à disposition des patients et expliqués ?

Q05 : En fonction de sa spécialité, le service met-il en œuvre un programme d’éducation thérapeutique patient (ETP) ?

Q06 : Est-ce que l’ETP fait partie intégrante du projet de service ?

Q07 : Est-il intégré à la politique institutionnelle d’ETP ?

Q08 : Ce programme est-il appliqué par tous les soignants de manière homogène ?

Q09 : Est-il mis en œuvre par des professionnels exclusivement dédiés à cette activité ?

Q10 : Combien de patients ont été concernés au cours de l’année précédente ?

**Sources d’information 3.5 1.**

|  |
| --- |
| Documents d’information mis à disposition des patients |
| Entretiens avec le responsable médical, le cadre, le coordonnateur ETP, le directeur Qualité |
| Programmes d’ETP validés par l’ARS |

**Références utiles**

**3. Prise en charge**

## Champ de l’accompagnement sociale

[3.6.1 Personnels affectés à l’accompagnement social](#_Personnels_affectés_à)

|  |
| --- |
| **3. Prise en charge**  ***3.6. Champ de l’accompagnement social*** Personnels affectés à l’accompagnement social |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**   * Vérifier que le service contribue à mettre en place un accompagnement social en cas de besoin des patients   **Principales références juridiques et administratives (**[**3.6.1.)**](#A361)  **Principales catégories de risques possibles :** Juridique  Lien avec d’autres fonctions : 1.1.2. Missions, personnes accueillies, 2.1.1. Personnels, 3.1.1. Admissions 3.5.1 Organisation des actions d’éducation |

**Questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

361 Personnels affectés à l’accompagnement social

Q01 : Le service dispose-t-il des personnels compétents pour l’accompagnement social des personnes prises en charge (assistants sociaux…) ?

Q02 : Ces professionnels sont-ils associés directement à la prise en charge des patients ?

Q03 : Ces professionnels participent-ils aux staffs ? Sont-ils associés à la préparation de la sortie des patients ?

Q04 : Ces professionnels, le responsable médical et l’encadrement considèrent-ils que le service est à même d’effectuer un repérage suffisant des patients en difficulté sociale ?

Q05 : Quel type de liens ces professionnels entretiennent-ils avec les travailleurs sociaux des circonscriptions et de la CAF ?

Q06 : Des relations entre le service et la permanence d’accès aux soins de santé (PASS) sont-elles organisées ?

**Sources d’information 3.6.1.**

|  |
| --- |
| Effectifs présents lors du contrôle |
| Etat des effectifs |
| Documents d’information mis à disposition des patients |
| Organisation de l’accès aux entretiens avec le service social |
| Organisation des relations entre le service et la PASS |
| Entretien avec le directeur |
| Entretien avec les assistants sociaux, le responsable médical et les cadres |

**Références utiles**

**3. Prise en charge**

## Champ professionnel

**3. Prise en charge**

## Soins

[3.8.1. Environnement du soin](#_Personnels_affectés_aux) [3.8.2. Administration des médicaments et des produits injectables](#_Organisation_et_dispensation)

[3.8.3. Réalisation des pansements](#_Réalisation_des_pansements)

[3.8.4. Partage des informations patients](#_Projet_de_soins)

|  |
| --- |
| **3. Prise en charge**  ***3.8 Soins*** Environnement du soin |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**   * Vérifier que la salle de soins et l’environnement de travail contribuent à sécuriser les soins infirmiers   **Principales références juridiques et administratives (**[**3.8.1**](#A381)**.)**  **Principales catégories de risques possibles :** Juridique - Sécurité des personnes  Lien avec d’autres fonctions : 2.5. Gestion des médicaments et des dispositifs médicaux |

**Questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

**Rappel de l’avertissement**

*Compte-tenu de la spécificité des actes de soins, les questions contenues dans la sous-fonction 3.8 ne viseront pas le fonctionnement général du service. Elles sont formulées pour cibler une situation de soins potentiellement identifiable ayant pu générer un événement indésirable grave.*

381 Environnement du soin

Q01 : L'environnement est-il conforme aux recommandations de bonnes pratiques ?

Q02 : La salle de soins du service était-elle sécurisée ?

Q03 : L'armoire de stockage était-elle sécurisée?

Q04 : Un système type « Plein Vide » était-il en place ?

Q05 : L'étiquetage des casiers était-il harmonisé, standardisé et optimisé?

Q06 : L'éclairage des locaux de stockage des médicaments était-il suffisant?

Q07 : Les procédures de stockage étaient-elles standardisées et harmonisées?

Q08 : Le risque de confusion lié à la ressemblance des noms et des emballages, était-il pris en compte ?

Q09 : Les casiers contenaient-ils un seul médicament et un seul dosage ?

Q10 : Les conditions de conservation des médicaments étaient-elles conformes aux recommandations, préconisations de la Pharmacie concernant la lumière, les conditions et la température de stockage ?

Q11 : La désignation d’un référent paramédical chargé de la gestion du stock était-elle effective ?

Q12 : Un préparateur en pharmacie référent du service avait-il été désigné ?

Q13 : Si oui, intervenait-il régulièrement dans le service pour effectuer les vérifications de l’armoire à pharmacie et des stocks ?

Q14 : Un retour des dysfonctionnements constatés était-il réalisé auprès des professionnels du service? Si oui, était-il assorti de mesures correctives ?

Q15 : Un plan d’actions permettait-il d’objectiver une amélioration continue des pratiques ?

Q16 : Les médicaments à risque étaient-ils identifiés ?

Q17 : Le choix d’une gamme restreinte de médicaments à risque avait-il fait l’objet d’un consensus d’équipe?

Q18 : Une réflexion avait-elle été engagée pour limiter le nombre de concentrations possibles d’un même produit ?

Q19 : Les médicaments délivrés nominativement mais non administrés faisaient-il l’objet d’un retour systématique à la pharmacie ?

Q20 : Le stock réel par rapport à la dotation théorique était-il régulièrement évalué ?

Q21 : Le retour des médicaments périmés était-il organisé ?

Q22 : Les médicaments personnels des patients étaient-ils retournés à la pharmacie ?

Q23 : Existait-il une liste de dotation pour des besoins en urgence adaptée qualitativement et quantitativement ?

Q24 : La dotation du service était-elle à jour au moment de l’événement ?

Q25 : Au moment de l’événement, les médicaments étaient-ils déconditionnés ?

Q26: Le risque de confusion entre des médicaments à présentation ou à dénomination proche faisait-il l'objet d'une information aux professionnels de l'unité ?

Q27 : Le risque de confusion lié à la ressemblance des noms et des emballages, était-il pris en compte ? Si oui, de quelle manière ?

Q28 : Le retour à la Pharmacie des médicaments non utilisés était-il régulièrement assuré ?

Q29 : Le retour à la Pharmacie des dispositifs médicaux (DM) non utilisés était-il régulièrement assuré ?

Q30 : Les médicaments personnels des patients étaient-ils rangés dans un tiroir dédié à leur stockage?

Q31 : Les médicaments personnels des patients étaient-ils identifiés au nom du patient avec une étiquette code barre?

Q32 : Un livret des équivalences était-il intégré dans le module de prescription ?

Q33 : Un guide de conversion gamma/Kg/mn en mg/h était-il à disposition des professionnels lors de l'utilisation d'un PSE ?

Q34 : Un réfrigérateur était-il exclusivement dédié au stockage des médicaments devant être conservés à basse température ?

Q35 : La traçabilité de la température de stockage était-elle assurée ?

Q36 : Son entretien était-il assuré régulièrement et une traçabilité de cette vérification était-elle effective ?

Q37 : Les substances et préparations classées comme stupéfiants étaient-elles détenues dans des armoires fermées à clé et exclusivement dédiées à ce stockage ?

Q38 : La règle d'identification de l'IDE responsable de la clé du coffre était-elle en place pour le jour et comme pour la nuit ?

Q39 : La livraison des stupéfiants dans l'unité de soins faisait-elle l'objet d'un accusé de réception ?

Q40 : La prescription était-elle lisible, exhaustive, horodatée, signée ?

Q41 : Une procédure d'homonymie était-elle en place et connue des professionnels?

Q42 : Un comité "Gestion de l'Erreur médicamenteuse" était-il en place?

Q43 : Des CREX ou EPP ont-ils été réalisés portant sur les produits pharmaceutiques?

Q44 : Ces CREX associaient-ils les professionnels concernés par le circuit du médicament?

Q45 : Le processus « prise en charge médicamenteuse» était-il formalisé?

Q46 : Les médicaments à risque faisaient-ils l'objet de procédures?

Q47 : Les EI liés au circuit du médicament faisaient-il l'objet de fiches d'alerte?

Q48 : Un livret des équivalences était-il à disposition des professionnels dans les unités de soins?

Q49 : La formation des professionnels à la prévention et la gestion des erreurs médicamenteuses était-elle effective dans le service au moment de l'EI?

Q50 : Un suivi du signalement et de l'analyse des EI était-il en place?

Q51: Le processus de conciliation médicamenteuse était-il en place?

Q52 : Une procédure de non interruption de tâches était-elle en place?

Q53 : Les règles de bonnes pratiques intégraient-elle que l'IDE ne soit pas dérangée par le téléphone pendant la préparation? Si oui, sont-elles respectées ?

Q54 : Des règles de découpage des blisters de médicaments étaient-elles connues et respectées par les professionnels?

Q55 : Les bonnes pratiques concernant le broyage des médicaments étaient-elles connues et appliquées par les professionnels ?

Q56 : Une politique de prévention des risques chimiques liés aux médicaments cancérogènes mutagènes reprotoxiques (CMR) était-elle effective?

Q57 : La préparation des médicaments à risque CMR était-elle réalisée en Unité de Reconstitution des Chimiothérapies ?

Q58 : Existait-il un protocole spécifique de préparation des chimiothérapies en unités de soins ?

Q59 : Le protocole de préparation d'une chimiothérapie dans l'unité de soins incluait-il l'utilisation de hottes?

Q60 : Les effluents, déchets cytotoxiques, excrétas et liquides biologiques faisaient-ils l'objet d'un traitement spécifiques quant à leur élimination ?

Q61 : Les professionnelles enceintes étaient-elles exclues des manipulations des cytotoxiques?

Q62 : Le protocole antidote était-il connu des professionnels et permettait-il d'intervenir rapidement si besoin?

Q63 : Quelles sont les mesures prise pour harmoniser les pratiques de prescriptions au sein de l’équipe médicale ? Les évaluations permettent-elles d’attester de l’atteinte de l’objectif ?

Q64 : Quels sont les outils utilisés pour sécuriser la prescription d’antibiothérapie ?

Q65 : Quelles formations sont délivrées aux internes sur la prescription des produits pharmaceutiques et plus particulièrement sur l’antibiothérapie?

|  |
| --- |
| **3. Prise en charge**  ***3.8. Soins*** Administration des médicaments et des produits injectables |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**   * Vérifier que l’organisation des soins répond aux dispositions prévues par les textes et les référentiels de bonnes pratiques * Vérifier que l’organisation des soins permet de mener à bien le projet de soins du service: évaluation des besoins, surveillance de l’état de santé, actes techniques, protocoles, circuit des médicaments,   **Principales références juridiques et administratives** [**(3.8.2.**](#A382)**)**  **Principales catégories de risques possibles :** Juridique - Sécurité des personnes des patients  Lien avec d’autres fonctions : 1.1.2. Missions, personnes accueillies, 1.1.3 conditions techniques de fonctionnement 1.2.1. Projet de l’activité en lien avec le projet d’établissement, 1.4.1. Démarche d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, 3.1.1 Admissions |

**Questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

3.8.2.1 Prescription du médicament (dispositions communes)

Q01 : L'identification du patient était-elle complète (nom, prénom, sexe, date de naissance, sexe, taille surface corporelle) ?

Q02 : Le support de prescription-administration était-il unique?

Q03 : La prescription comportait-elle le nom du médicament ?

Q04 : La prescription était-elle écrite en dénomination commerciale ou en dénomination commune internationale (DCI) ?

Q05 : La prescription comportait-elle le dosage du médicament ?

Q06 : La prescription comportait-elle la posologie du médicament ?

Q07 : La prescription comportait-elle la voie d'administration du médicament ?

Q08 : La prescription était-elle écrite lisiblement (majuscules)?

Q09 : La prescription comportait-elle des abréviations?

Q10 : La prescription comportait-elle la durée du traitement ?

Q11 : La durée du traitement figurait-elle sur la prescription ?

Q12 : La prescription était-elle horodatée ?

Q13 : La prescription était-elle signée ?

Q14 : Existait-il un registre des médecins prescripteurs habilités à prescrire ?

Q15 : Leur signature figurait-elle dans ce registre ?

Q16 : La signature du praticien était-elle identifiable ?

Q17 : La prescription était-elle informatisée?

Q18 : La prescription avait-elle fait l'objet d'une validation par le pharmacien?

Q19 : Le recopiage de la prescription était-il prohibé?

Q20 : La prescription non écrite était-elle prohibée?

Q21 : S’agissait-il d’une délivrance nominative ?

Q22 : La prescription médicamenteuse avait-elle fait l’objet d’une ré-évaluation en fonction de l’état clinique du patient, des examens éventuels?

Q23 : L'utilisation du guide de substitution était-elle systématique?

Q24 : Le service dispose-t-il de protocoles thérapeutiques ? Si oui, comment ont-ils été élaborés ? Q25 : Leur rédaction avait-elle associé les paramédicaux chargés de les appliquer? Sont-ils connus et acceptés des praticiens du service ?

Prescriptions spécifiques de produits stupéfiants et de chimiothérapie

Q26 : La prescription était-elle informatisée?

Q27 : La prescription d'une chimiothérapie avait-elle été réalisée dans un logiciel spécifique à la prescription de chimiothérapies?

Q28 : Si oui, le logiciel de prescription utilise-t-il la base de données patients de l’établissement?

Q29 : Si non, la coexistence de deux logiciels entrainait-elle des recopiages ?

Q30 : La signature des prescripteurs figurait-elle dans un registre spécifique?

Q31 : Le protocole thérapeutique était-il validé par le médecin prescripteur avant l'administration (« feu vert chimio ») ?

Q32 : La conduite à tenir en cas de survenue d'un évènement indésirable était-elle protocolisée ?

Q33 : Les bilans et examens cliniques radiologiques ou biologiques avaient-ils permis la détection d'un évènement indésirable?

Q34 : Des mesures préventives étaient-elles proposées pour éviter l'apparition d'événements indésirables ?

Q35 : Les règles de prescription ont-elles été respectées?

Q36 : La prescription avait-elle été validée par le pharmacien?

Q37 : La prescription était-elle conforme au protocole référentiel et/ou validé en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) ?

Q38 : La concordance entre le protocole et la RCP / le référentiel avait-elle été vérifiée par le pharmacien ?

Q39 : La vérification entre la date, le numéro de cure et d'intercure avait-elle été vérifiée par le médecin prescripteur ?

Q40 : Les résultats des bilans sanguins, et autres examens, avaient-ils été pris en compte lors de la prescription ?

Q41 : L’état nutritionnel et le poids du patient avaient-ils été vérifiés avant la prescription ?

Q42 : La toxicité des traitements pris antérieurement avait-elle été prise en compte ?

Q43 : Un traitement antiémétique avait-il été prescrit ?

Q44 : Les traitements antérieurs incompatibles avec le protocole avaient-ils été pris en compte avant la prescription ?

Q45 : La prescription s'insérait-elle dans un programme personnalisé de soins ?

Q46 : L’état nutritionnel du patient avait-il été pris en compte? Si oui, de quelle manière la prescription avait-t-elle été adaptée ?

Q47 : La voie d'administration était-elle clairement indiquée ?

Q48 : La durée du traitement / de la cure figurait-elle en toutes lettres sur la prescription ?

Q49 : Les blisters des stupéfiants par voie orale et injectables étaient-ils systématiquement fournis pour le renouvellement du stock ?

Q50 : La prescription de stupéfiant s'effectuait-elle sur une ordonnance sécurisée ?

Q51 : S'agissait-il d'une prescription nominative ?

3.8.2.2 Le médicament « *per os* »

***La préparation***

Q01 : S'agissait-il d'une délivrance nominative ?

Q02 : Le conditionnement de la dose était-il unitaire ?

Q03 : Les actes de préparation et d’administration étaient-ils planifiés dans le plan de soins ?

Q04 : L’absence de contre-indication (allergies, état du patient, âge, poids), avait-elle été vérifiée avant la réalisation du soin ?

Q05 : L'identification du patient était-elle complète? (Nom, prénom, sexe, date de naissance, sexe, taille surface corporelle)

Q06 : La concordance entre l’identité du patient et la prescription avait-elle été vérifiée ?

Q07 : Les médicaments étaient-ils déconditionnés ?

Q08 : La date de péremption des différents médicaments avait-elle été vérifiée ?

Q09 : La date d'ouverture des médicaments multi doses figurait-elle sur le conditionnement ?

Q10 : La préparation médicamenteuse s'était-elle opérée juste avant l'administration ?

Q11 : Les préparations médicamenteuses se faisaient-elle en série ?

Q12 : La concordance entre le médicament préparé́ et la prescription avait-elle été vérifiée ?

Q13 : La cohérence entre la posologie prescrite et celle habituellement utilisée pour le poids et l’âge du patient avait-elle été vérifiée ?

Q14 : La concordance entre le médicament préparé et la prescription, portant notamment sur le nom, le dosage, la forme galénique, la concentration et la voie d’administration avait-elle été vérifiée ?

Q15 : Les conditions de conservation, l'intégrité́ de l’emballage avaient-ils été vérifiés ?

Q16 : L'étiquette du médicament avait-elle été relue attentivement avant la préparation?

Q17: Les règles de broyage des comprimés avaient-elles respecté les précautions d'usage (incompatibilités…) ?

Q18 : Les règles d'hygiène (utilisation de SHA) étaient-elles respectées par le professionnel responsable de l'acte ?

Q19 : La préparation des médicaments s'était-elle effectuée dans une salle de soins sécurisée?

Q20 : La préparation s'était-elle effectuée dans la chambre du patient?

Q21 : Le patient était-il en chambre individuelle ou en chambre double?

Q22 : La préparation s'était-elle effectuée sur un chariot dans le couloir du service?

Q23 : Un protocole de non interruption de tâches pendant la préparation du pansement était-il en place?

Q24 : La préparation des médicaments se faisait-elle en série?

Q25 : Le chariot de préparation du médicament comportait-il plusieurs médicaments ?

Q26 : La reconstitution s’était-elle effectuée dans le respect des conditions d’hygiène, voire de stérilité́ et selon le résumé́ des caractéristiques du produit en veillant notamment aux contre-indications de certaines pratiques (solvant, broyage des comprimés, mise en solution ou en suspension dans un liquide) et aux incompatibilités physiques?

Q27 : Au moment de l’événement, les médicaments étaient-ils déconditionnés ?

Q28 : Les dimensions du pilulier ou du tiroir étaient-elles adaptées au conditionnement du médicament à administrer ?

Q29 : L’étiquetage et l’identification des piluliers avaient-ils été réalisés par le professionnel qui avait administré le médicament ?

Q30 : La préparation des piluliers relevait-elle exclusivement du rôle propre infirmier ?

***L’administration***

Q31 : Le patient était-il connu dans le service au moment de l'administration ? (Etait-ce un nouveau patient?)

Q32 : L'administration médicamenteuse respectait-elle l'horaire prescrit ?

Q33 : L'administration médicamenteuse a-t-elle été effectuée dans un contexte d'urgence ?

Q34 : La procédure d'identitovigilance était-elle connue des professionnels ?

Q35 : La procédure d'identitovigilance avait-elle été respectée ?

Q36 : L'identité du patient avait-elle été vérifiée avant d'administration ?

Q37 : Le patient était-il en capacité de décliner son identité au moment de l'administration?

Q38 : Une procédure de gestion des homonymies était-elle en place ?

Q39 : L'état du patient était-il compatible avec le traitement prescrit ?

Q40 : La voie d'administration per os correspondait-elle à la voie d'administration prescrite ?

Q41 : L'étiquette du médicament avait-elle été relue attentivement avant l'administration ?

Q42 : La posologie était-elle adaptée au patient ?

Q43 : Les connaissances pharmacologiques du professionnel chargé de l'administration étaient-elles à jour (connaissances des doses habituelles utilisées) ?

Q44 : Le consentement du patient avait-il été recueilli ?

Q45 : La compatibilité entre plusieurs médicaments par os avait-elle été vérifiée ?

Q46 : Le patient avait-il une sonde d'alimentation entérale?

Q47 : La perméabilité et le bon positionnement de la sonde d'alimentation avaient-ils été vérifiés avant l'administration médicamenteuse?

Q48 : Un protocole particulier "patients confus" était-il en place ?

Q49 : Les médicaments avaient-ils été « déblistérés » avant l'administration ?

Q50 : Les contre-indications selon certaines pathologies avaient-elles été prise en compte avant l'administration ?

Q51 : L’administration médicamenteuse relevait-elle de l'initiative du professionnel sans avoir fait l'objet d'une prescription (ex: antalgique sur un patient douloureux) ?

Q52 : L'administration médicamenteuse était-elle faite par un infirmier?

Q53 : L'administration médicamenteuse avait-elle été réalisée par un étudiant en soins infirmiers ? Par un aide-soignant? Si oui, était-ce en présence d’un IDE ?

Q54 : Le patient avait-il des troubles de la déglutition?

Q55 : Le patient avait-il une sonde d'alimentation entérale?

Q56 : La perméabilité et le bon positionnement de la sonde d'alimentation avaient-ils été vérifiés avant l'administration médicamenteuse?

Q57 : L'administration médicamenteuse était-elle inscrite dans le plan de soins ?

Q58 : Le tiroir ou le pilulier utilisé pour les doses à administrer était-il identifié avec l'étiquette propre du patient ?

Q59 : La distribution des médicaments se faisait-elle en série ?

*L****a traçabilité***

Q60 : L'administration des médicaments était-elle tracée sur le même support que la prescription ?

Q61 : La traçabilité de l'administration était-elle réalisée en temps réel, juste après l'administration par le professionnel responsable de l'administration ?

Q62 : Le support d'enregistrement de l'administration se trouvait-il sur le chariot de soins de l'infirmier ?

Q63 : Les causes éventuelles de non administration figuraient-elles sur le logiciel de prescription ?

Q64 : L’absence d’administration et son motif figuraient-ils dans le dossier du patient ?

Q65 : L'information au patient était-elle tracée dans le dossier patient ?

Q66 : Les effets indésirables étaient-ils systématiquement tracés ?

3.8.2.3 L’intraveineux

***La préparation***

Q01 : La concordance entre l’identité du patient et la prescription avait-elle été vérifiée ?

Q02 : L'identification du patient était-elle complète? (nom, prénom, sexe, date de naissance, sexe, taille surface corporelle)

Q03 : Une procédure de gestion du risque d’homonymie était-elle en place ?

Q04 : S'agissait-il d'une délivrance nominative ?

Q05 : Les actes de préparation étaient-ils planifiés dans le plan de soins ?

Q06 : Les médicaments à administrer étaient-ils concernés par des voies d’administration différentes ?

Q07 : Les médicaments étaient-ils déconditionnés ?

Q08 : La concordance entre le médicament préparé́ et la prescription avait-elle été vérifiée ?

Q09 : Les résultats biologiques (créatinémie, international normalised ratio (INR), glycémie, etc.) et/ou cliniques avaient-ils été pris en compte avant la préparation de l’injection ?

Q10 : L’absence de contre-indication (allergies, état du patient, âge, poids), avait-elle été vérifiée avant la préparation?

Q11 : Le statut infectieux du patient commandait-il des précautions particulières quant à l'administration ?

Q12 : La cohérence entre le volume /posologie préparé́ et ceux habituellement utilisés pour le poids et l’âge du patient avait-elle été vérifiée ?

Q13 : L'aspect du médicament, les conditions de conservation, l'intégrité́ de l’emballage avaient-ils été vérifiés ?

Q14 : La limpidité́ de la solution avait-elle été vérifiée ?

Q15 : La date de péremption des différents médicaments avait-elle été vérifiée ?

Q16 : La reconstitution s’était-elle effectuée dans le respect des conditions d’hygiène, voire de stérilité́ et selon le résumé́ des caractéristiques du produit en veillant notamment aux contre-indications de certaines pratiques (solvant, broyage des comprimés, mise en solution ou en suspension dans un liquide) et aux incompatibilités physiques?

Q17 : Le conditionnement de la dose était-il unitaire ?

Q18 : Le calcul de dose avait-il été vérifié ?

Q19 : Les méthodes de calcul de dose étaient-elles maîtrisées par les professionnels paramédicaux ?

Q20 : Les règles d'hygiène (utilisation de SHA) étaient-elles respectées par le professionnel responsable de l'acte ?

Q21 : La préparation s'était-elle effectuée dans une salle de soins sécurisée?

Q22 : Dans la salle de soins, une zone était-elle clairement identifiée pour la préparation des médicaments ?

Q23 : Cette zone permettait-elle d'éviter tout risque de contamination pendant la préparation médicamenteuse ?

Q24 : Les médicaments sensibles à la lumière étaient-ils conditionnées / administrés de manière spécifique ?

Q25 : La préparation était-elle effectuée dans la chambre du patient?

Q26 : Si oui, le patient était-il en chambre individuelle ou en chambre double?

Q27 : La préparation était-elle effectuée sur un chariot dans le couloir du service?

Q28 : Le chariot de préparation du médicament comportait-il plusieurs produits disposés côte à côte?

Q29 : La préparation des injectables se faisait-elle en série?

Q30 : Un protocole de non interruption de tâches pendant la préparation médicamenteuse était-il en place?

Q31 : Le calcul de débit permettait-il de respecter la posologie prescrite ?

Q32 : Un tableau de compatibilités et précipités des médicaments injectables était-il à disposition des professionnels ?

Q33 : L’étiquetage et l’identification des seringues avaient-ils été effectués par le professionnel qui avait réalisé l’injection?

***L’administration***

Q34 : L’administration de produits intra veineux faisait-elle l’objet d’une procédure institutionnelle ou spécifique au service ?

Q35 : Si oui, avait-elle été validée par l’EOHH ?

Q36 : Des évaluations de pratiques avaient-elles déjà été réalisées ? Si oui avec quels résultats ?

Q37 : Les connaissance pharmacologiques du professionnel chargé de l'administration étaient-elles à jour et permettaient-elles d'identifier un problème de prescription (connaissance des doses habituelles utilisées)?

Q38 : Le matériel utilisé était-il connu du professionnel responsable de l'injection ?

Q39 : Le patient était-il connu dans le service au moment de l'injection ou était-ce un nouveau patient?

Q40 : L'injection a-t-elle été effectuée dans un contexte d'urgence ?

Q41 : L'identité du patient avait-elle été vérifiée avant d'administration ?

Q42 : La procédure d'identitovigilance était-elle connue des professionnels ?

Q43 : La procédure d'identitovigilance avait-elle été respectée ?

Q44 : L'état du patient était-il compatible avec l'injection prescrite ?

Q45 : Le patient était-il fébrile ou apyrétique?

Q46 : Le consentement du patient avait-il été recueilli? Si oui, comment avait-t-il été tracé ?

Q47 : L'horaire d'administration avait-il été respecté ?

Q48 : L'injection avait-elle respecté les règles d'hygiène ?

Q49 : A quels moments l’IDE s’est frictionné les mains avec une SHA ?

Q50 : De quelle manière le matériel et les produits nécessaires à l’injection ont-ils été acheminés auprès du patient ?

Q51 : Si un chariot (ou guéridon roulant) a été utilisé, est-il introduit dans les chambres des patients et quelles sont les modalités et la fréquence de son nettoyage et de sa désinfection ?

Q52 : L'injection en intra veineux respectait-elle les recommandations de bonnes pratiques (port de gants…) ?

Q53 : Quelle procédure de désinfection de la peau a-t-elle été utilisée ? A-t-elle été respectée ?

Q54 : L'étiquette du médicament avait-elle été relue attentivement avant l'administration ?

Q55 : La voie d'administration correspondait-elle à la voie d'administration prescrite ?

Q56 : La voie d'administration était-elle perméable au moment de l'injection ?

Q57 : Sa perméabilité avait-elle été contrôlée ?

Q58 : Le calcul du débit avait-il été réglé ?

Q59 : La compatibilité entre plusieurs médicaments avait-elle été vérifiée ?

Q60 : Le solvant utilisé pour la dilution était-il compatible avec le produit utilisé ?

Q61 : La vitesse d'injection avait-elle été respectée ?

Q62 : L'utilisation d'un pousse seringue électrique (PSE) avait-elle été requise ?

Q63 : La voie d'abord avait-elle été respectée par rapport à la prescription ?

Q64 : L'injection avait-elle était réalisée sur un cathéter périphérique?

Q65 : L'injection avait-elle était réalisée sur un cathéter central ?

Q66 : La date de pose du cathéter central figurait-elle sur le pansement ?

Q67 : Le changement du cathéter central avait-il eu lieu dans un délai conforme aux bonnes pratiques ?

Q68 : Le cathéter avait-il été envoyé au laboratoire ?

***La traçabilité***

Q69 : La traçabilité de l'administration figurait-elle sur un document, informatique ou en format papier accessible à tous les professionnels ?

Q70 : La traçabilité des conditions de stockage des médicaments à conserver au réfrigérateur était-elle en place ?

Q71 : L’absence d’administration et son motif figuraient-ils dans le dossier du patient ?

Q72 : La traçabilité comportait-elle le nom du médicament administré, sa forme, la voie d'administration, la date, l'heure, éventuellement le soluté de perfusion, la durée de l'administration, l'identification du professionnel responsable de l'administration ?

Q73 : L'information au patient était-elle tracée dans le dossier patient ?

Q74 : Les effets indésirables étaient-ils systématiquement tracés ?

Q76 : L'erreur médicamenteuse faisait-elle l'objet d'une déclaration systématique ?

3.8.2.4 Les produits stupéfiants et de chimiothérapie

***La préparation***

Q01 : S'agissait-il d'une délivrance nominative ?

Q02 : Le conditionnement de la dose était-il unitaire ?

Q03 : Les actes de préparation étaient-ils planifiés dans le plan de soins ?

Q04 : Un protocole de non interruption de tâches pendant la préparation du pansement était-il en place?

Q05 : Les préparations médicamenteuses se faisait-elle en série ?

Q06 : L'identification du patient était-elle complète (nom, prénom, date de naissance, sexe, taille surface corporelle) ?

Q07 : La concordance entre l’identité du patient et la prescription avait-elle été vérifiée ?

Q08: L’absence de contre-indication (allergies, état du patient, âge, poids), avait-elle été vérifiée avant la préparation du soin ?

Q09: La concordance entre le médicament préparé́ et la prescription avait-elle été vérifiée ?

Q10 : La cohérence entre la posologie prescrite et celle habituellement utilisée pour le poids et l’âge du patient avait-elle été vérifiée ?

Q11 : La douleur avait-elle été évaluée avant de préparer le médicament ?

Q12 : Les médicaments étaient-ils déconditionnés ?

Q13 : Les conditions de conservation, l'intégrité́ de l’emballage avaient-ils été vérifiés ?

Q14 : La date de péremption / préparation des différents médicaments avait-elle été vérifiée ?

Q15 : L'étiquette des médicaments avait-elle été relue attentivement avant la préparation ?

Q16 : Le nom du produit, le dosage du flacon à prélever, le n° du lot, la date de péremption du flacon avaient-ils été vérifiés ?

Q17 : La nature, le volume du solvant / diluant de reconstitution étaient-ils conformes aux indications de la fiche de reconstitution la fiche de reconstitution ?

Q18 : Les calculs de dose étaient-ils maîtrisés par les professionnels paramédicaux ?

Q19 : La préparation médicamenteuse s'était-elle opérée juste avant l'administration ?

Q20 : Les règles d'hygiène (utilisation de SHA) étaient-elles respectées par le professionnel responsable de l'acte ?

Q21 : La préparation des médicaments s'était-elle effectuée dans une salle de soins sécurisée?

Q22 : La préparation s'était-elle effectuée dans la chambre du patient?

Q23 : Si oui, le patient était-il en chambre individuelle ou en chambre double?

Q24 : La préparation s'était-elle effectuée sur un chariot dans le couloir du service?

Q25 : Le chariot de préparation du médicament comportait-il plusieurs médicaments disposés côte à côte?

Q26 : La reconstitution s’était-elle effectuée dans le respect des conditions d’hygiène et d’asepsie et selon le résumé́ des caractéristiques du produit, en veillant notamment aux contre-indications de certaines pratiques (solvant, broyage des comprimés, mise en solution ou en suspension dans un liquide) et aux incompatibilités physiques?

Q27 : Le port de gants, de masque, d'une casaque stérile était-il respecté lors de la préparation ?

Q28 : La préparation (forme, dose…) du médicament respectait-elle le protocole médical établi ?

Q29 : La présence de l'antidote dans la pharmacie avait-elle été vérifiée avant la préparation ?

Q30 : Tous les infirmiers avaient-ils été formés à la gestion des stupéfiants et des chimiothérapies ?

Q31 : Les précautions relatives à la gestion des médicaments CMR étaient-elles connues et respectées du personnel soignant ?

Q32 : Le tiroir des stupéfiants était-il fermé à clé ?

Q33: Le tiroir/coffre des stupéfiants était-il exclusivement réservé au stockage des stupéfiants ?

Q34 : Les conditions de conservation (Stockage au froid) stockage de la poche de chimiothérapie étaient-elles conformes au protocole en vigueur?

Q35 : La préparation du produit cytotoxique s'était-elle effectuée en unité centralisée de reconstitution des cytostatiques ou dans une salle sécurisée sous flux laminaire dans le service de soins (contexte d'urgence ou autre) ? Dans ce dernier cas, s’agit-il d’une pratique courante ?

Q36 : Dans le cas d'une préparation de cytotoxiques en unité de soins, une pièce était-elle dédiée à la préparation ?

Q37 : Le traitement de l'air de cette pièce dédiée était-il adapté à cet usage ?

Q38 : Cette pièce disposait-elle d'une hotte à flux laminaire ?

Q39 : L'utilisation d'une hotte à flux laminaire était-elle systématique pendant la préparation/reconstitution des médicaments CMR ?

Q40 : Existait-il un dispositif d'évacuation extérieur de l'air de la hotte ?

Q41 : Le personnel exerçant en unité de cancérologie bénéficiait-il d'un suivi particulier auprès du Service de Santé au Travail ?

Q42 : S’agissait-il d'un traitement en urgence ou en dehors des horaires d'ouverture de l’unité centralisée?

Q43: La préparation de la chimiothérapie s'était-elle opérée en présence de deux professionnels (2 IDE ou 1 IDE et 1 Médecin) pour assurer un double contrôle?

Q44 : La préparation avait-elle été réalisée juste avant l'administration?

Q45 : La concordance entre les données de l'étiquette de la préparation terminée et les données de la fiche de fabrication (nom, nom de naissance, prénom, DDN, numéro d'ordonnancier, date, DCI du produit à administrer, dose du produit à administrer) avait-elle été vérifiée ?

Q46 : L’étiquetage et l’identification du pilulier/poche/ seringue avaient-ils été réalisés par le professionnel qui avait administré le médicament ?

***L’administration***

Q47 : Le patient était-il connu dans le service au moment de l'administration ? Etait-ce un nouveau patient?

Q48 : L'administration médicamenteuse respectait-elle l'horaire prescrit ?

Q49 : L'administration médicamenteuse a-t-elle été effectuée dans un contexte d'urgence ?

Q50 : La procédure d'identitovigilance était-elle connue des professionnels ?

Q51 : La procédure d'identitovigilance avait-elle été respectée ?

Q52 : L'identité du patient avait-elle été vérifiée avant d'administration ?

Q53 : Le patient était-il en mesure de décliner son identité ?

Q54 : La concordance entre l’identité du patient et le bracelet d’identification avait-elle été contrôlée ?

Q55 : Le consentement du patient avait-il été recueilli ?

Q56 : L’information concernant le produit à administrer avait-elle été donnée au patient ?

Q57 : L’information concernant la durée d’administration avait-elle été donnée au patient ?

Q58 : L’information sur les effets secondaires du traitement avait-elle été donnée au patient ?

Q59 : L'état du patient était-il compatible avec l'injection /l'administration prescrite ?

Q60 : L’absence de contre-indications (allergies, état du patient, âge, poids), avait-elle été vérifiée avant l’administration médicamenteuse ?

Q61 : Le patient avait-il une sonde d'alimentation entérale?

Q62 : La perméabilité et le bon positionnement de la sonde d'alimentation avaient-ils été vérifiés avant l'administration médicamenteuse?

Q63 : Le mode d’administration, la perméabilité et la fonctionnalité de la voix d’abord avait-elle été vérifiée ?

Q64 : La voie d'administration correspondait-elle à la voie d'administration prescrite ?

Q65 : L'étiquette du médicament avait-elle été relue attentivement avant l'administration ?

Q66 : La péremption du produit avait-elle été vérifiée ?

Q67 : La posologie était-elle adaptée au patient (âge, poids…)?

Q68 : Les connaissances pharmacologiques du professionnel chargé de l'administration étaient-elles à jour (connaissances des doses habituelles utilisées) ?

Q69 : La compatibilité entre plusieurs médicaments avait-elle été vérifiée ?

Q70 : La concordance avec la prescription médicale (Nom prénom date de naissance, nom du médecin, dose, mode d’administration) avait-elle été vérifiée avant l’administration ?

Q71 : L’absence de fuite sur la poche avait-elle été vérifiée ?

Q72 : L’aspect général du produit avait-il été vérifié ?

Q73 : la date de péremption avait-elle été vérifiée ?

Q74 : Le réglage du PSE / PCA était-il adapté à la posologie prescrite ?

Q75 : L’existence du « feu vert» chimio avait-il été vérifié avant l’administration ?

Q76 : Existait-il dans l’unité de soins une checklist « Administration des produits stupéfiants et/ou de chimiothérapies» ?

Q77 : La concordance entre le plan d’administration et le produit avait-elle été vérifiée par deux IDE ?

Q78 : Les éléments de la check-list étaient-ils tous vérifiés ?

Q79 : La péremption, le débit et la durée d’administration avaient-elles été respectées ?

Q80 : Les conditions d’hygiène, d’asepsie et de sécurité avaient-elles été appliquées ?

Q81 : Le réglage du régulateur de débit ou de la pompe avait-elle été vérifiée ?

Q82 : Les médicaments à risque nécrosant potentiel étaient-ils connus des infirmiers de l’unité de soins ?

Q83 : Les signes d’une extravasation étaient-ils connus et surveillés par le personnel soignant ?

Q84 : En cas d’extravasation, existait-il une conduite à tenir protocolisée permettant intervention adaptée ? Si oui, ce protocole est-il connu des professionnels ?

Q85 : La ligne de perfusion avait-elle été rincée en fin de traitement ?

Q86 : Le point de ponction était-il protégé par un pansement transparent permettant sa surveillance ?

Q87 : Sur un site veineux implantable (SVI), le retour veineux avait-il été vérifié avant l’administration ?

Q88 : Le SVI (ou la voie d’abord périphérique) avait-il été rincé avec du sérum physiologique avant et après l’administration ?

***La traçabilité***

Q89 : L’administration du stupéfiant était-elle reportée sur un document « relevé d’administration forme injectable ou forme orale et patchs »

Q90 : La traçabilité comportait-elle le nom de l’IDE responsable de l’administration du stupéfiant ?

Q91 : La traçabilité comportait-elle l’heure d’administration du stupéfiant ?

Q92 : Une traçabilité spécifique aux stupéfiants était-elle en place ?

Q93 : La traçabilité de l’administration comportait-elle l’identité complète du patient ?

Q94 : La dose de stupéfiant administrée figurait-elle sur la feuille de traçabilité ?

Q95 : L’administration du stupéfiant figurait-elle dans le dossier patient ?

Q96 : Le relevé d’administration des stupéfiants était-il obligatoirement vérifié et signé par un praticien du service de soins avant d’être retourné à la pharmacie ?

Q97 : L’heure du début et de fin d’administration figuraient-elles dans le plan d’administration ?

Q98 : Les éléments de surveillance du traitement étaient-ils tracés dans le dossier patient ?

Q99 : L’administration de la chimiothérapie avait-elle été validée sur le logiciel de gestion des chimiothérapies?

Q100 : La traçabilité de l’administration figurait-elle sur un document (informatique ou papier) accessible à tous les professionnels ?

Q101 : Les difficultés, incidents, accidents faisaient-ils l’objet d’une traçabilité ? Sur quel type de document ? Faisaient-ils l’objet d’une déclaration systématique ?

Q102 : Les transmissions concernant l’administration étaient-elles datées et signées dans le dossier patient ?

Q103 : L’absence d’administration et son motif figuraient-ils dans le dossier du patient ?

Q104 : Qui a été prévenu de l’absence d’administration ?

Q105 : La traçabilité de la surveillance figurait-elle dans le dossier patient ?

Q106 : L’information au patient était-elle tracée dans le dossier patient ?

Q107 : Les effets indésirables étaient-ils systématiquement tracés ?

Q108 : L'erreur médicamenteuse faisait-elle l'objet d'une déclaration systématique ?

**Sources d’information. 3.8.2.**

|  |
| --- |
| Cahiers de transmission |
| Diagramme et plan de soins |
| Document d’analyse des risques infectieux |
| Procédure de déclaration à l’ARS des maladies à déclaration obligatoire |
| Protocoles divers – Classeur des protocoles |
| Réunions de transmission, de service-Transmissions |
| Supports de planification des soins |
| Comptes rendus de staff |
| Dossiers patients-dossiers consultations |
| Entretiens avec le responsable médical, les praticiens, le cadre, les soignants présents, des pharmaciens dont celui responsable de l’unité de reconstitution des cytostatiques, le directeur des soins, praticien de l’EOHH, médecins du travail… |

**Références utiles**

|  |
| --- |
| **3. Prise en charge**  ***3.8. Soins*** Réalisation des pansements |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**   * Vérifier que les processus de travail sécurisent la réalisation de l’acte   **Principales références juridiques et administratives (**[**3.8.3**](#A384)**)**  **Principales catégories de risques possibles :** Sécurité des personnes – Ethique  Lien avec d’autres fonctions : 2.3.2. Systèmes d’information, NTIC, 2.3.3. Registres et dossiers des personnes prises en charge, 4.2.1. Partenaires du territoire et de la région dont les partenaires institutionnels |

**Questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

383 Réalisation des pansements

***La prescription***

Q01 : Le support de prescription-administration était-il unique?

Q02 : S’agissait-il d’une délivrance nominative ?

Q03 : L'identification du patient était-elle complète? (Nom, prénom, sexe, date de naissance, sexe, taille surface corporelle)

Q04 : Une procédure de gestion des homonymies était-elle en place ?

Q05 : La prescription du pansement comportait-elle des produits médicamenteux ?

Q06 : La prescription comportait-elle le nom du (ou des) médicament à utiliser?

Q07 : La prescription était-elle écrite en dénomination commerciale ou en DCI ?

Q08 : La prescription était-il écrite lisiblement (en majuscules)?

Q09 : La prescription comportait-elle des abréviations?

Q10 : La prescription était-elle horodatée ?

Q11 : La prescription était-elle signée ?

Q12 : Existait-il un registre des médecins prescripteurs habilités à prescrire ?

Q13 : La signature du médecin prescripteur figurait-elle dans un registre ?

Q14 : La prescription était-elle informatisée?

Q15 : La signature du praticien était-elle identifiable ?

Q16 : La prescription avait-elle fait l'objet d'une validation par le pharmacien?

Q17 : Le recopiage de la prescription était-il prohibé?

Q18 : La prescription avait-elle pris en compte les allergies du patient ?

Q19 : L'état du patient avait-il été réévalué avant la prescription?

Q20 : L'état douloureux du patient avait-il été réévalué avant la prescription?

Q21 : La prescription avait-elle fait l’objet d’une réévaluation en fonction de l'évolution de la plaie ?

Q22 : La prescription relevait-elle du rôle propre infirmier (article R4311-5 du CSP) ?

Q23 : Les conditions particulières d’utilisation des produits figuraient-elles sur la prescription ?

Q24 : Les incompatibilités entre plusieurs produits étaient-elles connues du personnel soignant ?

Q25 : La prescription précisait-elle de quel type de surveillance relevait le pansement ?

Q26 : La prescription comportait-elle la désignation du produit à utiliser?

Q27 : La prescription détaillait-elle les conditions particulières d’utilisation du produit?

Q28 : La prescription comportait-elle la fréquence de réfection du pansement?

Q29 : Le service dispose-t-il de protocoles de prescription et de réalisation des pansements ?

Q30 : La rédaction de protocoles thérapeutiques (de réfection de pansement en fonction du type de plaie et de son évolution) avait-elle associé les paramédicaux chargés d'appliquer ces protocoles?

Q31 : La prescription des différents pansements primaires (en dehors des pansements au charbon actif) respectait-elle les incompatibilités d'association sur une même plaie?

Q32 : La prescription mentionnait-elle la classe de pansement à utiliser, le caractère adhésif, stérile ou non ?

***La préparation***

Q33 : Un référent "pansement" avait-il été désigné au sein de l'équipe ?

Q34 : La réfection du pansement et sa préparation était-elle planifiée dans le plan de soins ?

Q35 : La date de réfection du pansement figurait-elle sur celui-ci ?

Q36 : Un protocole de non interruption de tâches pendant la préparation du pansement était-il en place?

Q37 : La concordance entre l’identité du patient et la prescription avait-elle été vérifiée avant la préparation?

Q38 : Le statut infectieux ou l'état du patient requerrait-il des précautions complémentaires (isolement septique / protecteur?)

Q39: Le patient était-il immunodéprimé ?

Q40 : Le patient était-il porteur d'une BMR ?

Q41 : Si ces éléments ont été vérifiés, est-ce-que cela a entrainé une adaptation de la préparation ?

Q42: Ces précautions avaient-elles été repérées et respectées ?

Q43 : L’absence de contre-indication (allergies, état du patient, poids), avait-elle été vérifiée avant la préparation ?

Q44 : Le pansement avait-il été précédé d'un traitement antalgique?

Q45 : Le personnel infirmier était-il formé à l'utilisation du mélange équimolaire oxygène protoxyde d’azote (MEOPA) ?

Q46 : Le patient était-il diabétique ou porteur d'une maladie vasculaire?

Q47 : Le patient était-il dénutri/obèse?

Q48 : Le patient était-il sous corticoïdes ?

Q49 : Le pansement relevait-il d'une prescription médicale ou du rôle propre infirmier ?

Q50 : La préparation du pansement était-elle protocolisée ?

Q51 : La plaie était-elle chronique ou aigue ?

Q52 : Si le pansement relevait d'une technique particulière, était-il possible de faire appel à une équipe "Plaies et cicatrisation" ?

Q53 : Le personnel infirmier avait-il été formé aux différentes étapes de la cicatrisation?

Q54 : Les différentes étapes du processus de cicatrisation étaient-elles documentées (photos par exemple) ?

Q55 : Un tableau référençant les différents types de pansements en fonction de la phase de cicatrisation était-il mis à la disposition des professionnels ?

Q56 : La fréquence de réfection du pansement en fonction du type de dispositif médical (DM) utilisé était-elle connue du personnel paramédical ?

Q57 : Cette fréquence avait-elle été respectée ?

Q58 : La concordance entre le matériel et les produits préparés (type d'antiseptique, type de DM) et la prescription avait-elle été vérifiée ?

Q59 : L'aspect du dispositif, les conditions de conservation, l'intégrité́ de l’emballage avaient-ils été vérifiés ?

Q60 : Les précautions standard avaient-elles été respectées ?

Q61 : L’absence de bijoux, de vernis à ongle, de faux ongles était-il respecté par l'infirmier responsable de la réfection du pansement ?

Q62 : La date d'ouverture figurait-elle sur les flacons de solution utilisés lors de la réalisation du pansement?

Q63 : La date de péremption des différents dispositifs et solutions avait-elle été vérifiée ?

Q64 : Si celui-ci était nécessaire, le port de gants stériles avait-il été respecté ?

Q65 : Aux différentes étapes de la préparation, l’hygiène des mains, avec l’utilisation d’une SHA, a-t-elle été respectée par le professionnel responsable de l'acte ?

Q66 : L'échelle colorielle des plaies était-elle connue du personnel paramédical responsable de la réfection du pansement ?

Q67 : L'usage de sets de pansements stériles était-il en place ?

Q68 : Le temps de contact des différents antiseptiques était-il connu des professionnels ?

Q69 : La préparation du pansement s'était-elle effectuée dans une salle de soins sécurisée?

Q70 : La préparation s'était-elle effectuée dans la chambre du patient?

Q71 : Le patient était-il en chambre individuelle ou en chambre double?

Q72 : La préparation a-t-elle été effectuée sur un chariot dans le couloir du service?

Q73 : La réfection des pansements pour les patients du service se faisait-elle en série?

Q74 : Le pansement était-il occlusif ?

Q75 : La préparation était-elle effectuée dans le respect des conditions d’hygiène et d’asepsie?

Q76 : La préparation était-elle effectuée selon le résumé́ des caractéristiques du produit en veillant notamment aux contre-indications de certaines pratiques et aux incompatibilités physiques?

***La confection- la réfection***

Q77 : Le pansement a-t-il été réalisé dans un contexte d'urgence ?

Q78 : La réfection des pansements se faisait-elle en série?

Q79 : La procédure d'identitovigilance était-elle connue des professionnels ?

Q80 : La procédure d'identitovigilance avait-elle été respectée ?

Q81 : L'identité du patient avait-elle été vérifiée avant la réfection du pansement ?

Q82 : Le consentement du patient avait-il été recueilli ?

Q83 : La réfection du pansement était-elle planifiée dans le plan de soins ?

Q84 : La toilette du patient avait-elle été effectuée avant la réfection du pansement ?

Q85 : La réfection du lit du patient avait-elle précédé la réfection du pansement ?

Q86 : L'état du patient était-il compatible avec la réfection du pansement prescrit (statut douloureux)?

Q87 : La réalisation du pansement s'était-elle faite sous analgésie (MEOPA)?

Q88 : La technique du MEOPA était-elle connue du personnel soignant ? La pratique d’utilisation était-elle fréquente ?

Q89 : S'agissait-il d'une plaie chronique ?

Q90 : La réfection du pansement avait-elle respecté les précautions standards?

Q91 : La réfection du pansement a-t-elle respecté les règles d’utilisation des antiseptiques ?

Q92 : La compatibilité entre plusieurs produits avait-elle été vérifiée ?

Q93 : Le temps de contact des antiseptiques a-t-il été respecté ?

Q94 : Une détersion a-t-elle été effectuée ?

Q95 : Le matériel utilisé était-il connu du professionnel responsable de la réfection du pansement ?

Q96 : S'agissait-il de la première réfection du pansement ?

Q97 : Le premier pansement a-t-il été réalisé sous le contrôle du médecin qui avait prescrit les modalités de la prise en charge et définit la fréquence à laquelle il souhaitait revoir la plaie.

Q98 : Son renouvellement relevait-il du rôle propre de l'infirmier?

Q99 : L'infirmier connaissait-il les différents stades de cicatrisation ?

Q100 : Après la réalisation du pansement, le matériel a-t-il été éliminé en respectant le tri des déchets ?

Q101 : S’il existe un protocole institutionnel sur le nettoyage des matériels après la réalisation d’un pansement, ses recommandations ont-elles été respectées ? Si un tel protocole n’existe pas, quelle est la méthode utilisée par l’IDE responsable de l’acte ?

***La traçabilité***

Q102 : L'information au patient et- son consentement étaient-ils tracés dans le dossier patient ?

Q103 : Les effets indésirables étaient-ils systématiquement tracés ?

Q104 : La réfection du pansement était-elle tracée sur le même support que la prescription ?

Q105 : Les photos du stade d'évolution de la plaie étaient-elles téléchargées dans le dossier informatisé patient avec des commentaires sur l'évolution de la plaie? Figuraient-elles dans le dossier papier ?

Q106 : La traçabilité de l'administration était-elle réalisée en temps réel, juste après l'administration, par le professionnel responsable de la réfection du pansement?

Q107 : Le support d'enregistrement de la réfection du pansement se trouvait-il sur le chariot de soins de l'infirmier ?

Q108 : Tout événement indésirable en rapport avec la réfection du pansement faisait-elle l'objet d'une fiche d'événement indésirable?

Q109 : Les éventuelles causes de non réfection du pansement figuraient-elles et étaient-elles prévues sur le logiciel de prescription ?

**Sources d’information 3.8.3.**

|  |
| --- |
| Cahiers de transmission |
| Diagramme et plan de soins |
| Document d’analyse des risques infectieux |
| Procédure de déclaration à l’ARS des maladies à déclaration obligatoire |
| Protocoles divers – Classeur des protocoles |
| Réunions de transmission, de service-Transmissions |
| Supports de planification des soins |
| Comptes rendus de staff |
| Dossiers patients-dossiers consultations |
| Entretien avec le responsable médical, les praticiens, le praticien de l’EOHH, les pharmaciens, le cadre, les soignants présents, le directeur des soins… |

**Références utiles**

|  |
| --- |
| **3. Prise en charge**  ***3.8. Soins*** Partage des informations patients |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**   * Vérifier la tenue à jour du dossier de soins de la personne (actes techniques, consultations, hospitalisation…) * S’assurer du partage des informations entre les professionnels de santé concernés dans l’intérêt de la mère et du nourrisson y compris en prénatal * Vérifier l’archivage des dossiers des mères et de leur nourrisson   **Principales références juridiques et administratives (**[**3.8.4.)**](#A384)  **Principales catégories de risques possibles :** Sécurité des personnes – Ethique  Lien avec d’autres fonctions : 2.1.2. Continuité du fonctionnement 2.3.2. Systèmes d’information |

**Questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

384 Partage des informations patients

***Dossier Patient***

Q01: L’unité de soins dispose-t-elle de dossiers médicaux et/ou de dossiers de soins pour les personnes prises en charge ? Est-ce que les deux sont regroupés dans un dossier unique ?

Q02 : S’agit-il d’un dossier propre à l’unité ou d’un dossier personnel utilisé et partagé par l’ensemble de l’établissement en fonction des besoins ?

Q03 : S’agit-il d’un dossier informatisé ou d’un dossier « papier » ?

Q04 : Comment est sécurisée l’accès au dossier ?

Q05 : L’imagerie (radiologie conventionnelle, imagerie de coupes, échographie) est-elle disponible en format « cliché » dans le dossier patient ou à partir d’un PACS (*Picture archiving and communication system*) ?

Q06 : D’autres images sont-elles intégrées (cœlioscopie, images per opératoires…) ?

Q07 : Quel est le score IPAQSS sur la tenue du dossier patient ?

Q08 : Le service mène-t-il des EPP sur le contenu du dossier ?

Q09 : Quelles en sont les conclusions ?

Q10 : Quels réajustements ont été mis en œuvre le cas échéant ?

Q11 : Les différents professionnels de santé du service participent-ils au renseignement du dossier patient ?

Q12 : Le dossier d’anesthésie est-il inclus dans le dossier patient ?

Q13 : Les différents professionnels extérieurs à la structure intervenant dans la prise en charge (autres praticiens, kinésithérapeutes, psychologue, assistante sociale, etc.) renseignent-ils le dossier ?

Q14 : Si le dossier est informatisé, subsiste-t-il un dossier « papier » ? Si oui, quel en est le contenu ?

Q15 : Est-il utilisé également pour les consultations externes ?

Q16 : Quelles sont les modalités d’accès des différents professionnels à ces dossiers ?

Q17 : Est-ce que les règles d’accès sont respectées ?

Q18 : Comment la structure veille-t-elle à la confidentialité des données personnelles ?

Q19 : Le dossier informatisé inclut-il la gestion des prescriptions de produits pharmaceutiques ? D’examens complémentaires (imagerie, biologie…) ? La réception des résultats ?

Q20: Le dossier informatisé sert-il à la planification des soins pour l’équipe paramédicale ?

Q21 : Si non, quel est le support à partir duquel la planification des soins est organisée ? Quelles en sont les modalités ?

Q22 : Quelle évaluation l’équipe soignante fait-elle du système de planification ?

***Partage d’information, transmissions et réunions***

Q23 : Comment les transmissions entre les professionnels et entre les équipes sont-elles organisées, notamment entre le personnel de jour et de nuit ?

Q24 : Quels sont les horaires et le temps dédiés à ces échanges ?

Q25 : Quels sont les supports utilisés ?

Q26 : Quelles sont les méthodes (transmissions ciblées ou autres) ?

Q27 : Des staffs pluri professionnels sont-ils organisés ?

Q28 : Existe-t-il des réunions entre les professionnels de santé du service ?

Q29 : Quels professionnels y sont associés ?

Q30: Comment est organisée la coordination de tous les professionnels extérieurs intervenants ?

Q31 : Quels sont les objectifs et les thèmes abordés lors de ces réunions ?

Q32 : Quelle en est leur périodicité ?

***Archivage des données***

Q33 : Comment les dossiers médicaux sont-ils archivés ?

Q34 : Comment les dossiers de radiologie et les dossiers dématérialisés sont-ils archivés ?

Q35 : Existe-t-il une procédure d’archivage ?

Q36: Existe-t-il un lieu dédié à l’archivage des dossiers médicaux « papier » ?

Q37 : Les conditions d’archivage permettent-elles de respecter le secret médical ?

**Sources d’information 3.8.4.**

|  |
| --- |
| Base test du logiciel de gestion des informations médicales |
| Cahiers de liaison des équipes |
| Dossiers patient unique (médical et/ou de soins) |
| Plannings |
| Procédures concernant le partage des informations médicales |
| Procédures concernant les projets de soins |
| Protocoles de soins |

**Références utiles**

# RELATIONS DU SERVICE AVEC L’EXTERIEUR

## Environnements

[4.1.1 Environnement culturel et religieux](#_Environnement_sociodémographique_et)

|  |
| --- |
| **4. Relations du service avec l’extérieur**  ***4.1. Environnements*** Environnement culturel et religieux |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**   * Cerner les éventuels impacts de l’environnement culturel, linguistique et/ou religieux du service sur les modalités de prise en charge des patients   **Principales références juridiques et administratives** [**(4.1.1)**](#T411)  **Principales catégories de risques possibles :** Juridique – Médiatique  Lien avec d’autres fonctions : |

**Questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

411 Environnement culturel et religieux

Q01: L’environnement culturel, linguistique et/ou religieux engendre-t-il des conséquences spécifiques sur la prise en charge des patients ?

Q02 : Quelles en sont les caractéristiques ?

Q03 : Quelles sont les mesures prises par le service pour les traiter ?

Q04 : Le service rencontre-t-il des difficultés dans l’application des textes ? Lesquelles ?

Q05 : Comment les gère-t-il ?

**Sources d’information 4.1.1.**

|  |
| --- |
| Témoignages des professionnels |
| Entretiens avec le responsable médical et le cadre, éventuellement avec le directeur |

**Références utiles**

**4.** **RELATIONS DU SERVICE AVEC L’EXTERIEUR**

## Coordination avec les autres acteurs

[4.2.1. Partenaires du territoire et de la région](#_Partenaires_du_secteur)

|  |
| --- |
| **4. Relations du service avec l’extérieur**  ***4.2. Coordination avec les autres acteurs*** Partenaires du territoire et de la région |

|  |
| --- |
| **Principaux objectifs du contrôle :**   * S’assurer que le service s’appuie sur des relations formalisées entre l’établissement et les différents partenaires du territoire   **Principales références juridiques et administratives (**[**4.2.1**](#A421)**.)**  **Principales catégories de risques possibles :** Sécurité des personnes  Lien avec d’autres fonctions : 1.1.2 Missions personnes accueillies, 3.1.1 Admissions, 3.1.3. Sorties, 3.1.2 Coordination des professionnels pour la prise en charge interne et externe, 3.5.1 Organisation des actions d’éducation et de prévention, 3.6.1 Personnel affecté à l’accompagnement social, 3.8.2 Organisation et dispensation des soins, 3.8.4 Partage des informations patients |

**Questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

421 Partenaires du territoire et de la région

Q01 : Y-a-t-il un lien formalisé avec les médecins généralistes et spécialistes libéraux ?

Q02 : Si oui, quelle en est la nature ?

Q03 : Participent-ils à l’activité du service ? Sur quels champs ?

Q04 : Quels liens ont été construits entre le service et les médecins de ville dans le suivi des patients ?

Q05 : Le service a-t-il intégré un programme d'accompagnement au retour à domicile du patient après hospitalisation (PRADO) ?

Q06 : Si oui, quelles en sont les évaluations ?

Q07 : Le service a-t-il passé une convention avec une ou plusieurs structures d’HAD, de SSIAD ?

Q08 : Le service a-t-il passé une convention avec une ou plusieurs structures de SSR ?

Q09: Les praticiens du service organisent-ils des Enseignements Post Universitaires (EPU) ?

Q10 : Si oui, quelle en est la fréquence ?

Q11 : Le service ou l’établissement adhère-t-il à un réseau ? Lequel ?

Q12 : Y participe-t-il activement ?

Q13 : Les liens sont-ils évalués ?

Q14 : Les praticiens du service participent-ils aux activités d’autres établissements du territoire ?

Q15 : Si oui, selon quelles modalités ?

Q16 : Si l’activité du service est orientée sur la cancérologie, ses équipes participent-elles à l’activité du réseau régional et d’une structure 3 C (consultation, concertation, coordination) ?

Q17 : Les recommandations sur la qualité de la prise en charge des patients sont-elles appliquées dans le service ? Sont-elles évaluées ?

Q18 : Si oui, quelles sont les conclusions tirées de ces évaluations ?

Q19 : S’il ne s’agit pas d’un établissement régional, l’équipe médicale du service entretient-elle des liens réguliers avec un service de référence (CHU ou autre) ?

Q20 : Si oui, quel en est le contenu précis ?

Q21 : Sur quoi portent les rapports du service avec les services de même discipline du GHT ?

Q22 : Ces liens ont-ils conduit à une modification des pratiques du service ? A ses organisations de travail ?

Q23 : L’équipe paramédicale du service participe-t-elle à ces rapports ? Si oui, selon quelles modalités ?

**Sources d’information 4.2.1.**

|  |
| --- |
| Conventions de partenariat |
| Rapport(s) d'activité |
| Entretien avec le directeur |
| Entretiens avec le médecin responsable et le président de la CME |

**Références utiles**

Annexes

## Annexe A Sources juridiques et administratives définissant les établissements de santé et la procédure d’autorisation d’activité

**Etablissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés**

**Article L6111-1**

**Les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés** assurent, dans les conditions prévues au présent code, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé.

Ils délivrent les soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles.

Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé en concertation avec les conseils départementaux pour les compétences qui les concernent.

Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire.

Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale.

Ils peuvent participer à la formation, à l'enseignement universitaire et post universitaire, à la recherche et à l'innovation en santé. Ils peuvent également participer au développement professionnel continu des professionnels de santé et du personnel paramédical.

**Article L6112-3**

Le service public hospitalier est assuré par :

1° Les établissements publics de santé ;

2° Les hôpitaux des armées ;

3° Les établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier et qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif en application de l'article L. 6161-5 ;

4° Les autres établissements de santé privés habilités, après avis favorable conforme de la conférence médicale d'établissement, à assurer le service public hospitalier.

Les établissements de santé privés mentionnés aux 3° et 4° sont habilités, sur leur demande, par le directeur général de l'agence régionale de santé s'ils s'engagent, dans le cadre de leurs négociations contractuelles mentionnées à l'article L. 6114-1, à exercer l'ensemble de leur activité dans les conditions énoncées à l'article L. 6112-2.

En cas de fusion entre établissements de santé privés mentionnés aux 3° et 4° du présent article, l'habilitation est transférée de plein droit à l'établissement de santé privé nouvellement constitué.

Lorsqu'un établissement de santé privé est habilité à assurer le service public hospitalier, son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens fait l'objet d'un avenant afin de préciser les engagements nouveaux pris par l'établissement pour respecter les obligations du service public hospitalier.

Les établissements de santé qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif en application de l'article L. 6161-5, dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, sont habilités, de plein droit, à assurer le service public hospitalier, sauf opposition de leur part. Cette habilitation donne lieu, si besoin, à la conclusion d'un avenant à leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens afin de préciser les engagements nouveaux pris par l'établissement pour respecter les obligations du service public hospitalier. Ces établissements relèvent du même régime que les établissements privés d'intérêt collectif mentionnés au 3° du présent article.

**Etablissements publics de santé**

**Article L6141-1**

Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Ils sont soumis au contrôle de l'Etat dans les conditions prévues par le présent titre. Leur objet principal n'est ni industriel ni commercial. Ils sont dotés d'un statut spécifique, prévu notamment par le présent titre et par la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, qui tient compte en particulier de leur implantation locale et de leur rôle dans les stratégies territoriales pilotées par les collectivités territoriales.

Le ressort des centres hospitaliers peut être communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou national. Ils sont créés par décret lorsque leur ressort est national, interrégional ou régional et par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé dans les autres cas. A Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, il est territorial.

Les collectivités territoriales participent à leur gouvernance. Elles sont étroitement associées à la définition de leurs stratégies afin de garantir le meilleur accès aux soins et la prise en compte.

## Annexe B Connaître les procédures administratives

**Autorisation**:

**Article R6122-25 CSP**

Sont soumises à l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 les activités de soins, y compris lorsqu'elles sont exercées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, énumérées ci-après :

1° Médecine ;

2° Chirurgie ;

3° Gynécologie-obstétrique, néonatologie, réanimation néonatale ;

4° Psychiatrie ;

5° Soins de suite et de réadaptation ;

6° (Abrogé) ;

7° Soins de longue durée ;

8° Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques ;

9° Traitement des grands brûlés ;

10° Chirurgie cardiaque ;

11° Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie ;

12° Neurochirurgie ;

13° Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie ;

14° Médecine d'urgence ;

15° Réanimation ;

16° Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale ;

17° Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal ;

18° Traitement du cancer ;

19° Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales.

## Annexe C Les autorités et les agents chargés du contrôle de l’activité

Se reporter utilement aux fiches 1.3.1 et 1.3.2 du GBPIC, avril 2012

**1. Les personnels des agences régionales de santé**

**Article L1421-1CSP**

Les pharmaciens inspecteurs de santé publique, les médecins inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, les ingénieurs du génie sanitaire, les ingénieurs d'études sanitaires et les techniciens sanitaires contrôlent, dans le cadre de leurs compétences respectives, l'application des dispositions du présent code et, sauf dispositions spéciales contraires, des autres dispositions législatives et réglementaires relatives à la santé publique.

Ils peuvent recourir à toute personne qualifiée, désignée par l'autorité administrative dont ils dépendent. Cette personne peut les accompagner lors de leurs contrôles. Elle peut prendre connaissance de tout document ou élément nécessaires à la réalisation de sa mission ou de son expertise, y compris les données de nature médicale si ladite personne a la qualité de médecin ou de pharmacien, dans les conditions prévues à l'article L. 1421-3.

Ils peuvent procéder à des inspections conjointes avec des agents appartenant à d'autres services de l'Etat et de ses établissements publics. Lorsque ces personnes qualifiées ou ces agents sont des professionnels de santé, ils ne peuvent être traduits, pour des faits relevant de leur contribution à ces missions d'inspection, devant la juridiction disciplinaire de l'ordre dont ils relèvent, que par le ministre chargé de la santé, le procureur de la République ou le directeur général de l'agence régionale de santé.

Pour l'accomplissement de missions confiées par le ministre chargé de la santé, les membres de l'inspection générale des affaires sociales peuvent effectuer des contrôles en application du présent article.

Ils peuvent recourir à toute personne qualifiée, désignée par l’autorité administrative dont ils dépendent. Ils peuvent procéder à des inspections conjointes avec des agents appartenant à d’autres services de l’État et de ses établissements publics.

**Article R. 1421-13 CSP**

- Les pharmaciens inspecteurs de santé publique (PHISP)

« Les pharmaciens inspecteurs de santé publique participent à la conception de la politique de santé publique et sont chargés, dans les agences régionales de santé, de la mise en œuvre, de l’exécution et du contrôle de cette politique dans le domaine de leur compétence.

Ils contrôlent l’application des lois et règlements relatifs à l’exercice de la pharmacie et de la biologie médicale, aux professions de la pharmacie, aux activités et aux produits mentionnés à l’article L. 5311-1 et aux médicaments vétérinaires. […] ».

En application de l’article L. 1421-3 (3ème alinéa) du CSP, les agents ayant la qualité de pharmacien ont accès à toutes données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leurs missions relatives à l'exercice de la pharmacie et aux produits mentionnés à l'article L. 5311-1 dans le respect de l'article 226-13 du code pénal.

**Article R. 1421-14 CSP**

- Les médecins inspecteurs de santé publique (MISP)

« Les membres du corps des médecins inspecteurs de santé publique participent à la conception, à la mise en œuvre, à l’exécution et à l’évaluation de la politique de santé publique.

Ils assurent, dans les agences régionales de santé, le contrôle de cette politique et les missions permanentes et temporaires d’inspection. Ils participent au contrôle de l’application des dispositions du présent code et des règlements pris pour son application […]

Dans l’exercice de leurs fonctions, ils veillent au respect du secret médical et des règles professionnelles. »

Le secret médical ne peut pas leur être opposé pour accéder aux données. Le second alinéa de l’article L. 1421-3 du CSP dispose, en effet, que « Les agents ayant la qualité de médecin ont accès à toutes les données médicales individuelles nécessaires à l’accomplissement de leurs missions dans le respect des dispositions de l’article 226-13 du Code pénal. »

**Article R. 1421-15 CSP**

*Les inspecteurs de l’action sanitaire et sociale (IASS)*

« Les membres du corps de l’inspection de l’action sanitaire et sociale sont chargés de la mise en œuvre des politiques sanitaires, médico-sociales et sociales relevant de l’État et des agences régionales de santé.

A ce titre, ils assurent notamment des missions :

1° d’inspection et de contrôle des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ;

2° de planification, de programmation et d’allocation de ressources des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ;

3° de pilotage, d’animation et de contrôle des dispositifs en matière de politique de santé publique, d’intégration, d’insertion et de développement social ;

4° d’évaluation des politiques publiques ;

5° de contrôle de l’application de la législation et de la gestion des organismes de protection sociale ;

6° d’animation des politiques interministérielles dans le cadre des délégations interservices.

Ils peuvent exercer des fonctions informatiques ainsi que d’expertise, de conseil et d’encadrement. »

**Article R. 1421-16 CSP**

*Les ingénieurs du génie sanitaire (IGS)*

« Les ingénieurs du génie sanitaire sont chargés de concevoir et de mettre en œuvre les mesures préventives et curatives ayant pour objet la protection de la santé des populations contre les risques liés aux milieux et modes de vie. A ce titre, ils participent notamment, dans les agences régionales de santé, à la surveillance sanitaire de l’environnement et au contrôle administratif et technique des règles d’hygiène, à la prise en compte des objectifs sanitaires dans les politiques d’aménagement et d’équipement et à la maîtrise des perturbations chroniques ou accidentelles des milieux de vie.

Ils peuvent être chargés de fonctions d’encadrement, et notamment d’un service d’études particulières, de missions temporaires ou permanentes d’inspection. »

**Article R. 1421-17 CSP**

*Les ingénieurs d’études sanitaires (IES)*

« Les ingénieurs d’études sanitaires participent à la mise en œuvre des mesures préventives et curatives ayant pour objet la protection de la santé des populations contre les risques liés aux milieux et modes de vie.

A ce titre, ils participent, dans les agences régionales de santé, à la surveillance sanitaire de l’environnement et au contrôle administratif et technique des règles d’hygiène.

Ils peuvent être chargés d’études particulières, de fonctions d’encadrement et de missions d’inspection. »

**Article R. 1421-18 CSP**

*Les techniciens sanitaires (TS)*

« Les techniciens sanitaires participent, dans les agences régionales de santé, à la surveillance sanitaire des milieux et modes de vie, aux actions de prévention menées dans ce domaine et au contrôle administratif et technique des règles d’hygiène.

Les techniciens sanitaires qui remplissent les conditions permettant l’usage professionnel du titre de diététicien peuvent en outre contribuer au contrôle de la qualité nutritionnelle de l’alimentation servie en collectivité ainsi qu’aux activités de prévention en santé publique relevant du champ de la nutrition […] ».

**2. Les inspecteurs et contrôleurs désignés par le DGARS**

En application des articles L. 1435-7 et R. 1435-10 à R. 1435-15 du code de la santé publique, le directeur général de l’ARS peut désigner, parmi les personnels de l’agence, des inspecteurs et des contrôleurs pour remplir au même titre que les agents mentionnés à l’article L. 1421-1 (corps statutaires visés ci-dessus) des missions de contrôle s’ils ont satisfait aux conditions de validation d’une formation de 120 heures prévue réglementairement.

Ces agents se répartissent en trois groupes :

des agents contractuels de l’ARS ayant des missions d’inspection-contrôle : médecins contractuels, ingénieurs contractuels, inspecteurs contractuels… ;

des agents issus de l’assurance maladie affectés en ARS et pouvant occuper des fonctions en lien avec le contrôle, médecins conseils ou cadres administratifs ;

des agents relevant de la fonction publique d’État ou hospitalière et affectés en ARS sans avoir de pouvoir propre en inspection.

Ces agents sont :

soit inspecteurs : les titulaires d’une licence ou d’un diplôme ou d’un titre classé au moins au niveau II, les directeurs de soins de la fonction publique hospitalière (conseiller technique en soins infirmiers de l’ARS), les attachés d’administration des affaires sociales, les conseillers techniques de service social des administrations de l’État, le corps interministériel des infirmières et infirmiers de l’État ;

soit contrôleurs : les titulaires du baccalauréat ou d’un diplôme ou titre classé au moins au niveau IV, les assistants de service social des administrations de l’État, les secrétaires administratifs relevant des ministères chargés des affaires sociales, les adjoints sanitaires.

Les contrôleurs exercent leurs missions sous l’autorité d’un inspecteur.

L’article R. 1435-10 du code de la santé publique indique que « Lorsqu’il désigne des inspecteurs et des contrôleurs pour exercer les missions de contrôle prévues à l’article L. 1421-1 du présent code et à l’article L. 313-13 du code de l’action sociale et des familles, le directeur général de l’agence régionale de santé précise la nature des missions susceptibles de leur être confiées. »

**3. Les inspecteurs de l’IGAS**

**Article L1421-1 CSP**

[Les pharmaciens inspecteurs de santé publique, les médecins inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, les ingénieurs du génie sanitaire, les ingénieurs d'études sanitaires et les techniciens sanitaires contrôlent, dans le cadre de leurs compétences respectives, l'application des dispositions du présent code et, sauf dispositions spéciales contraires, des autres dispositions législatives et réglementaires relatives à la santé publique.

Ils peuvent recourir à toute personne qualifiée, désignée par l'autorité administrative dont ils dépendent. Cette personne peut les accompagner lors de leurs contrôles. Elle peut prendre connaissance de tout document ou élément nécessaires à la réalisation de sa mission ou de son expertise, y compris les données de nature médicale si ladite personne a la qualité de médecin ou de pharmacien, dans les conditions prévues à l'article L. 1421-3.

Ils peuvent procéder à des inspections conjointes avec des agents appartenant à d'autres services de l'Etat et de ses établissements publics. Lorsque ces personnes qualifiées ou ces agents sont des professionnels de santé, ils ne peuvent être traduits, pour des faits relevant de leur contribution à ces missions d'inspection, devant la juridiction disciplinaire de l'ordre dont ils relèvent, que par le ministre chargé de la santé, le procureur de la République ou le directeur général de l'agence régionale de santé.]

Pour l'accomplissement de missions confiées par le ministre chargé de la santé, les membres de l'inspection générale des affaires sociales peuvent effectuer des contrôles en application du présent article.

**Article L6116-1 CSP**

L'exécution des lois et règlements qui se rapportent à la santé publique est contrôlée, à l'intérieur des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, par les agents mentionnés aux [articles L. 1421-1](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687045&dateTexte=&categorieLien=cid) et L. 1435-7 et les membres de l'inspection générale des affaires sociales.

Le président du conseil de surveillance et le directeur de l'établissement sont tenus informés des conclusions de ces contrôles, dans le respect des règles du secret professionnel et de la déontologie.

**Article L6116-2 CSP**

A l'intérieur des établissements de santé et organismes exerçant les missions d'établissement de santé et des établissements médico-sociaux, le contrôle est exercé à l'initiative du directeur général de l'agence régionale de santé sans préjudice des pouvoirs reconnus au représentant de l'Etat dans le département en application du présent code et du livre III du code de l'action sociale et des familles.

A l'intérieur des établissements sociaux, le contrôle est exercé à l'initiative du représentant de l'Etat dans le département.

Le contrôle exercé par les membres de l'inspection générale des affaires sociales l'est à l'initiative du ministre chargé de la santé ou du ministre chargé de la sécurité sociale

**Agents de contrôle ayant accès aux données médicales**voir fiche 1.5.1 « Protection des informations couvertes par le secret » issue des travaux d’actualisation de la partie 3 du guide de bonnes pratiques d’inspection-contrôle, GBPIC[[8]](#footnote-8).

**Article L1421-3 CSP**

Les agents mentionnés à l'article L. 1421-1 peuvent recueillir, sur place ou sur convocation, tout renseignement, toute justification ou tout document nécessaire aux contrôles. Ils peuvent exiger la communication et obtenir ou prendre copie, par tout moyen et sur tout support, ou procéder à la saisie des documents de toute nature, entre quelques mains qu'ils se trouvent, propres à faciliter l'accomplissement de leur mission et la mise à leur disposition des moyens indispensables pour effectuer leurs vérifications. Pour le contrôle des opérations faisant appel à l'informatique, ils ont accès aux logiciels et aux données stockées, ainsi qu'à la restitution en clair des informations propres à faciliter l'accomplissement de leurs missions. Ils peuvent en demander la transcription par tout traitement approprié dans des documents directement utilisables pour les besoins du contrôle.

Ils peuvent prélever des échantillons. Les échantillons sont analysés par un laboratoire de l'Etat, de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ou par un laboratoire désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé ou, lorsque le contrôle a été effectué pour le compte de l'Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé, de l'Agence de la biomédecine ou de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, par le directeur général de cette agence.

Les agents ayant la qualité de médecin ont accès à toutes données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leurs missions dans le respect des dispositions de [l'article 226-13](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417944&dateTexte=&categorieLien=cid) du code pénal.

Les agents ayant la qualité de pharmacien ont accès à toutes données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leurs missions relatives à l'exercice de la pharmacie et aux produits mentionnés à [l'article L. 5311-1](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690344&dateTexte=&categorieLien=cid) dans le respect de l'article 226-13 du code pénal.

**Article L1435-6 CSP:**

L'agence régionale de santé a accès aux données nécessaires à l'exercice de ses missions contenues dans les systèmes d'information des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux ainsi que, dans les conditions prévues à l'article L. 1461-2, aux données des organismes d'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Elle a également accès, dans les conditions définies au III de l'article L. 1461-3, aux données du système national des données de santé.

L'agence régionale de santé est tenue informée par les organismes situés dans son ressort de tout projet concernant l'organisation et le fonctionnement de leurs systèmes d'information. Le directeur général de l'agence détermine, en fonction de la situation sanitaire, pour chaque établissement, service et organisme, les données utiles que celui-ci doit transmettre de façon régulière, notamment les disponibilités en lits et places. Le directeur général de l'agence décide également de la fréquence de mise à jour et de transmission des données issues des établissements de soins et des établissements et services médico-sociaux.

Les agents de l'agence régionale de santé n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'accomplissement de leurs missions. Ils sont tenus au secret professionnel. Lorsque ces données sont utilisées à des fins d'étude, elles ne comportent ni le nom, ni le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques et des précautions sont prises pour assurer la traçabilité des accès, dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

## Annexe D : Regroupement des informations déjà disponibles sur un service soumis à un contrôle

|  |  |
| --- | --- |
| Fiche d’identification de l’établissement de santé ou du service (à adapter selon ses caractéristiques) | |
| Dénomination |  |
| Adresse |  |
| Numéro(s) FINESS |  |
| Statut |  |
| Nom et adresse de l’organisme gestionnaire |  |
| Noms et coordonnées du responsable de la direction |  |
| Autorisations |  |
| Population accueillie : caractéristiques, âge, sexe, etc. |  |
| Nombre de lits par autorisation |  |
| Effectifs budgétés autorisés (exprimés par exemple en « équivalents temps pleins » - ETP) |  |
| Demande de renouvellement d’autorisation(s) |  |
| Date de la dernière visite (conformité, contrôle, tarification…) |  |
| Commentaires sur les informations disponibles dans les dossiers de l’activité | |
| Arrêtés d’autorisations |  |
| Lettres d’informations transmises par la structure sur des modifications importantes (article L. 313-1 du CASF) |  |
| Dossiers budgétaires : arrêtés de tarification, comptes administratifs |  |
| Contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens de l’établissement |  |
| Convention avec les réseaux |  |
| Documents de certification (le cas échéant) |  |
| Réclamations sur la structure, suites données |  |
| Signalements d’évènements indésirables faits par la structure, suites données |  |
| Rapports de contrôle effectués sur la structure et rendu compte par la structure des suites apportées |  |
| Compte-rendu de la visite de conformité |  |
| Comptes rendus des visites faites à la structure à d’autres titres que le contrôle |  |
| Autres documents |  |

1. Mission IGAS

## Annexe E : Principales références juridiques et administratives associées aux fonctions

**1. Gouvernance**

**1.1. Conformité aux conditions de l’autorisation**

* + 1. Régime juridique - autorisation d’activité (Cf. [annexe B](#_Annexe_B) pour le détail de l’article R6122-25)
* Article L6111-1
* Article L6122-1
* Article L6122-2
* Article L6123-1
* Article L6124-1
* Article R6122-25

Instruction DGOS/R3 n°2014-229 du 29 juillet 2014 relative à l’application des articles L.6122-2, L6123-1 ; L6124-1et R 6122-34 relatifs aux autorisations d’activité de soins et d’équipements lourds

* Article 158 de la LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMNSS)

Titre IV : RENFORCER L'EFFICACITÉ DES POLITIQUES PUBLIQUES ET LA DÉMOCRATIE SANITAIRE

Chapitre Ier : Renforcer l'animation territoriale conduite par les agences régionales de santé

I. Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le chapitre IV du titre III du livre IV de la première partie est ainsi modifié :

a) L'intitulé est ainsi rédigé : « Territorialisation de la politique de santé » ;

b) Les sections 1 à 3 sont ainsi rédigées :

« Section 1

« Projet régional de santé

« Art. L. 1434-1.-Le projet régional de santé définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre.

« Art. L. 1434-2.-Le projet régional de santé est constitué :

« 1° D'un cadre d'orientation stratégique, qui détermine des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans ;

« 2° D'un schéma régional de santé, établi pour cinq ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux et qui détermine, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels.

« Ces objectifs portent notamment sur la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé, sur l'amélioration de l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins, sur le renforcement de la coordination, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de la pertinence des prises en charge sanitaires et médico-sociales ainsi que sur l'organisation des parcours de santé, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Ils visent également à organiser la préparation du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle “ ORSAN ” mentionné à l'article L. 3131-11.

« Ils peuvent être mis en œuvre par les contrats territoriaux de santé définis à l'article L. 1434-12, par les contrats territoriaux de santé mentale définis à l'article L. 3221-2 ou par les contrats locaux de santé définis à l'article L. 1434-10 ;

« 3° D'un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies.

« Dans les territoires frontaliers et les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution, le projet régional de santé organise, lorsqu'un accord cadre international le permet, la coopération sanitaire et médico-sociale avec les autorités du pays voisin.

« Art. L. 1434-3.-I.-Le schéma régional de santé :

« 1° Indique, dans le respect de la liberté d'installation, les besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier recours mentionnés à l'article L. 1411-11 et des soins de second recours mentionnés à l'article L. 1411-12. Les dispositions qu'il comporte à cet égard ne sont pas opposables aux professionnels de santé libéraux ;

« 2° Fixe, pour chaque zone définie au a du 2° de l'article L. 1434-9 :

« a) Les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins, précisés par activité de soins et par équipement matériel lourd, selon des modalités définies par décret ;

« b) Les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds ;

« c) Les transformations, les regroupements et les coopérations entre les établissements de santé ;

« 3° Fixe les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre des établissements et des services médico-sociaux mentionnés aux b, d et f de l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles, sur la base d'une évaluation des besoins sociaux et médico-sociaux, prévue au 2° de l'article L. 1434-2 du présent code ;

« 4° Définit l'offre d'examens de biologie médicale mentionnée à l'article L. 6222-2, en fonction des besoins de la population ;

« 5° Comporte, le cas échéant, un volet consacré à la mise en œuvre d'actions de sensibilisation de la population et de formation des professionnels de santé visant à limiter d'éventuelles contaminations par des maladies vectorielles.

« II. Les autorisations accordées par le directeur général de l'agence régionale de santé sont compatibles avec les objectifs fixés en application des 2° et 3° du I du présent article. Ce principe est mis en œuvre, s'agissant des établissements et services mentionnés au 3° du même I, conformément à l'article L. 312-4 du code de l'action sociale et des familles et dans le respect des conditions prévues aux articles L. 313-4, L. 313-8 et L. 313-9 du même code.

« III. Pour les établissements et services mentionnés aux 6°, 7° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, ce schéma régional de santé est établi et actualisé en cohérence avec les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les présidents de conseil départemental de la région et mentionnés à l'article L. 312-5 du même code.

« Art. L. 1434-4.-Le directeur général de l'agence régionale de santé détermine par arrêté, après concertation avec les représentants des professionnels de santé concernés :

« 1° Les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins ;

« 2° Les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé, s'agissant des professions de santé pour lesquelles les conventions mentionnées à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale ont prévu des mesures de limitation d'accès au conventionnement. Elles sont arrêtées dans le respect de la méthodologie déterminée dans ces conventions.

« Dans les zones mentionnées aux 1° et 2° du présent article, sont mises en œuvre les mesures destinées à réduire les inégalités en matière de santé et à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé prévues notamment aux articles L. 1435-4-2 et L. 1435-5-1 à L. 1435-5-4 du présent code, à l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales, à l'article 151 ter du code général des impôts, à l'article L. 632-6 du code de l'éducation et par les conventions mentionnées au chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale.

« Art. L. 1434-5.-L'illégalité pour vice de forme ou de procédure du projet régional de santé et de ses composantes prévues à l'article L. 1434-2 ne peut être invoquée par voie d'exception après l'expiration d'un délai de six mois à compter de la prise d'effet du document concerné.

« Art. L. 1434-6.-Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application de la présente section, notamment :

« 1° Les consultations préalables à l'adoption et les règles d'adoption du projet régional de santé, notamment en tant qu'elles permettent son articulation avec les autres documents de planification des politiques publiques ;

« 2° Les conditions dans lesquelles des activités et des équipements particuliers peuvent faire l'objet d'un schéma interrégional de santé ou d'un schéma régional de santé spécifique ;

« 3° Les modalités selon lesquelles sont prévues, par convention, la participation des organismes et des services d'assurance maladie à la définition et à la mise en œuvre du projet régional de santé ainsi que la coordination des actions prévues par les conventions d'objectifs et de gestion mentionnées à l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale ;

« 4° Les conditions dans lesquelles les directeurs généraux des agences régionales de santé déterminent les zones prévues aux 1° et 2° de l'article L. 1434-4 du présent code, notamment les modalités de consultation préalable.

« Art. L. 1434-7.-Dans chaque région, un plan d'action pour l'accès à l'interruption volontaire de grossesse est élaboré par l'agence régionale de santé, en prenant en compte les orientations nationales définies par le ministre chargé de la santé.

« Section 2

« Conditions de fongibilité des crédits

« Art. L. 1434-8.-I.-Les moyens alloués à l'agence régionale de santé pour le financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé et à la prévention des maladies, des handicaps et de la perte d'autonomie ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux.

« II.- Les moyens financiers dont l'attribution relève des agences régionales de santé et qui correspondent aux objectifs de dépenses définis aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles ne peuvent être affectés au financement d'établissements, de services ou de prestations autres que ceux mentionnés, selon le cas, aux articles L. 314-3-1 ou L. 314-3-3 du même code.

« En cas de conversion d'activités entraînant une diminution des dépenses financées par l'assurance maladie, et dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses mentionnés aux articles L. 162-22-2, L. 162-22-9 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, en activités dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses définis aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles, les dotations régionales mentionnées à ces mêmes articles L. 314-3 et L. 314-3-2 sont abondées des crédits correspondant à ces activités médico-sociales.

« Section 3

« Territoires et conseils territoriaux de santé

« Art. L. 1434-9.-L'agence régionale de santé délimite :

« 1° Les territoires de démocratie sanitaire à l'échelle infrarégionale, de manière à couvrir l'intégralité du territoire de la région ;

« 2° Les zones donnant lieu :

« a) A la répartition des activités et des équipements mentionnés à l'article L. 1434-3 ;

« b) A l'application aux laboratoires de biologie médicale des règles de territorialité définies aux articles L. 6211-16, L. 6212-3, L. 6212-6, L. 6222-2, L. 6222-3, L. 6222-5 et L. 6223-4.

« Lorsque certaines actions à entreprendre dans le cadre des territoires de démocratie sanitaire ou des zones mentionnées au 2° du présent article le nécessitent, le directeur général de l'agence régionale de santé peut conclure, à titre dérogatoire, avec un ou plusieurs directeurs généraux d'agence de santé un contrat interrégional.

« Art. L. 1434-10.-I.-Le directeur général de l'agence régionale de santé constitue un conseil territorial de santé sur chacun des territoires définis au 1° de l'article L. 1434-9.

« Le conseil territorial de santé est notamment composé de représentants des élus des collectivités territoriales, des services départementaux de protection maternelle et infantile mentionnés à l'article L. 2112-1 et des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné. Il veille à conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé fondées sur la participation des habitants. Il organise au sein d'une formation spécifique l'expression des usagers, en intégrant celle des personnes en situation de pauvreté ou de précarité. Il comprend également une commission spécialisée en santé mentale.

« II.- Sans préjudice de l'article L. 3221-2, le conseil territorial de santé participe à la réalisation du diagnostic territorial partagé mentionné au III du présent article en s'appuyant notamment sur les projets des équipes de soins primaires définies à l'article L. 1411-11-1 et des communautés professionnelles territoriales de santé définies à l'article L. 1434-12.

« Il contribue à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé, en particulier sur les dispositions concernant l'organisation des parcours de santé.

« Il est informé des créations de plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes mentionnées à l'article L. 6327-2 ainsi que de la signature des contrats territoriaux et locaux de santé. Il contribue à leur suivi, en lien avec l'union régionale des professionnels de santé.

« L'agence régionale de santé informe les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles de territoire de l'ensemble de ces travaux.

« III.- Le diagnostic territorial partagé a pour objet d'identifier les besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la population concernée en s'appuyant sur des données d'observation. Il tient compte des caractéristiques géographiques et saisonnières du territoire concerné et des besoins des personnes exerçant une activité saisonnière. Il identifie les insuffisances en termes d'offre, d'accessibilité, de coordination et de continuité des services sanitaires, sociaux et médico-sociaux, notamment en matière de soins palliatifs, en portant une attention particulière aux modes de prise en charge sans hébergement. Il s'appuie, lorsqu'ils existent, sur les travaux et propositions des conseils locaux de santé ou de toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des questions de santé. Il porte une attention particulière aux quartiers prioritaires de la politique de la ville et aux zones de revitalisation rurale.

« En santé mentale, le diagnostic territorial est établi conformément au II de l'article L. 3221-2.

« IV. La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social et social.

j) L'article L. 6223-4 est ainsi modifié :

-au premier alinéa, les mots : « un même territoire de santé » sont remplacés par les mots : « une même zone déterminée en application du b du 2° de l'article L. 1434-9 » ;

-au second alinéa, les mots : « un même territoire de santé » sont remplacés par les mots : « une même zone mentionnée au premier alinéa du présent article » ;

-à la fin du même second alinéa, les mots : « ce territoire » sont remplacés par les mots : « ladite zone » ;

k) Au 21° de 1'article L. 6241-1, les mots : « un territoire de santé » sont remplacés par les mots : « une zone déterminée en application du b du 2° de l'article L. 1434-9 ».

II. Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 312-4, les mots : « les autres schémas mentionnés au 2° de » sont remplacés par les mots : « le schéma régional de santé prévu » ;

2° Le 3° de l'article L. 312-5 est abrogé ;

3° A la fin de la première phrase de l'article L. 312-5-1, les mots : « mentionné au 3° de l'article L. 312-5 » sont remplacés par les mots : « de santé mentionné à l'article L. 1434-3 du code de la santé publique » ;

4° Au 1° de l'article L. 313-4, après le mot : « fixés », sont insérés les mots : « par le schéma régional de santé ou » ;

5° L'article L. 313-9 est ainsi modifié :

a) Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° L'évolution des objectifs et des besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma régional de santé ou le schéma applicable en vertu de l'article L. 312-4 ; »

b) La première phrase du sixième alinéa est ainsi rédigée :

« Dans le cas prévu au 1°, l'autorité qui a délivré l'habilitation doit, dans le délai d'un an à compter de la publication du schéma applicable et préalablement à toute décision, demander à l'établissement ou au service de modifier sa capacité ou de transformer son activité en fonction de l'évolution des objectifs et des besoins et lui proposer à cette fin la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. » ;

c) La dernière phrase du même sixième alinéa est ainsi rédigée :

« Ce délai ne peut être inférieur à un an dans le cas prévu au 1°, ou à six mois dans les autres cas. » ;

d) La seconde phrase de l'avant-dernier alinéa est supprimée ;

e) Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« L'autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux ou d'autres prestations prises en charge par l'Etat ou les organismes de sécurité sociale peut être retirée pour les mêmes motifs que ceux énumérés aux 1°, 3° et 4° et selon les mêmes modalités. »

III. Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° A la première phrase du 4° du I de l'article L. 162-14-1, la référence : « L. 1434-7 » est remplacée par la référence : « L. 1434-4 » ;

2° A la première phrase du 7° de l'article L. 162-9, la référence : « L. 1434-7 » est remplacée par la référence : « L. 1434-4 ».

IV.-A l'article 151 ter du code général des impôts, les mots : « définie en application de l'article L. 1434-7 » sont remplacés par les mots : « caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, définie en application de l'article L. 1434-4 ».

V. L’article L. 632-6 du code de l'éducation est ainsi modifié :

1° Après le mot : « supérieur », la fin du troisième alinéa est supprimée ;

2° Le quatrième alinéa est ainsi modifié :

a) Après la seconde occurrence du mot : « exercice », la fin de la première phrase est supprimée ;

b) Après la même première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Ces lieux d'exercice sont situés dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, définie en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. »

VI.-A la première phrase du premier alinéa du I de l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales, la référence : « L. 1434-7 » est remplacée par la référence : « L. 1434-4 ».

VII. Au premier alinéa de l'article 2 de la loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance, la référence : « L. 1434-7 » est remplacée par la référence : « L. 1434-3 ».

VIII.-A. Les projets régionaux de santé prévus à l'article L. 1434-1 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la présente loi, entrent en vigueur au plus tard le 1er janvier 2018.

Le projet régional de santé applicable dans chaque région à la date de promulgation de la présente loi reste en vigueur jusqu'à la publication, dans la région, du projet régional de santé mentionné au premier alinéa du présent A.

B.-Les territoires de santé définis dans chaque région à la date de promulgation de la présente loi restent en vigueur, jusqu'à la publication, dans chacune des régions concernées, du projet régional de santé dans les conditions définies au A du présent VIII et au 1° de l'article 196 de la présente loi.

C.-Dans chaque région, les arrêtés définissant les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé en vigueur à la date de promulgation de la présente loi demeurent en vigueur jusqu'à la publication des arrêtés prévus au premier alinéa de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la présente loi.

Jusqu’ à l'installation des conseils territoriaux de santé prévus à l'article L. 1434-10 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi, les attributions de ces conseils sont exercées par les conférences de territoire prévues à l'article L. 1434-17 dudit code, dans sa rédaction antérieure à la publication de la présente loi.

IX.-A titre expérimental et pour une durée de cinq ans, l'Etat peut autoriser tout ou partie des conseils territoriaux de santé à être saisis par les usagers du système de santé de demandes de médiation en santé, de plaintes et de réclamations.

Ces conseils territoriaux de santé facilitent les démarches des usagers, les informent de leurs droits et les orientent. Les conseils veillent à ce que les usagers puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des professionnels ou des établissements concernés, notamment en les assistant dans la constitution d'un dossier, entendre les explications de ceux-ci et être informés des suites de leurs demandes. Lorsque la plainte ou la réclamation concerne une prise en charge par un établissement de santé, ces conseils territoriaux agissent en lien avec la commission des usagers mentionnée à l'article L. 1112-3 du code de la santé publique. Les membres des conseils territoriaux sont astreints au secret professionnel, dans les conditions définies aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Les modalités et les conditions de l'expérimentation sont prévues par décret en Conseil d'Etat

* + 1. Missions - Activités
    2. Conditions techniques de fonctionnement
  1. **Management et stratégie**
     1. Projet du service en lien avec le projet d’établissement
* Article 107 de la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 (LMNSS)
* Articles L6132-1 à L6132-7 du CSP
* Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

1.2.2. Pilotage - Délégation de responsabilités

* Article L6146-1 : organisation en pôles d’activité, notion de contrat de pôle,
* Articles D6146-1 à R6146-3 : nomination des chefs de pôles
* Articles R6146-4 à R6146-5 : nomination des responsables de structures internes, services et unités fonctionnelles
* Articles R6146-6 à D6146-7-1 : conditions d’exercice des fonctions de chef de pôle
* Articles R 6146-8 à R6146-9-2 : contrat et projet de pôle

1.2.3. Communication interne et externe

**1.3. Management et fonctionnement de l’activité**

1.3.1: Structures de concertation au sein du pôle ou du service. Staffs médicaux

* Article R6146-9-1du CSP : le chef de pôle organise une concertation interne associant toutes les catégories du personnel.

**1.4. Gestion de la qualité**

1.4.1. Démarche d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

* Article L6111-1 : les établissements de santé participent à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire.
* Article L6111-2 : les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d’amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les évènements indésirables liés à leurs activités.
* Article L6144-1 et articles R6144-2 à R6144-2-2 relatifs aux missions de la commission médicale d’établissement des établissements publics de santé au regard de l’élaboration de la politique d’amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des conditions d’accueil et de prise en charge des usagers (proposition au directeur d’un programme d’actions assorti d’indicateurs de suivi).
* Article L6161-2-2 et articles R6164-1 à R6164-5 relatifs aux missions de la conférence médicale des établissements de santé privés au regard de l’élaboration de la politique d’amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des conditions d’accueil et de prise en charge des usagers (proposition au directeur d’un programme d’actions assorti d’indicateurs de suivi).
* Articles D6143-37 à D6143-37-5: missions du président de la CME au regard des objectifs de l’établissement en matière d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. (présentation au directoire du programme d’actions proposé au directeur par la CME en vertu de l’article L6144-1)
* Article R6146-8 : Sur la base de l'organisation déterminée par le directeur, le contrat de pôle mentionné à l'article L. 6146-1 définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, assignés au pôle ainsi que les moyens qui lui sont attribués. Il fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs.
* Article R6146-10 relatif aux missions de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques au regard de la politique d’amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins. (consultation pour avis)
* DGOS **: Programme national pour la sécurité des patients, 2013-2017.**

1.4.2. Certification, accréditation des professionnels

Certification V 2014 :

**Principes de l’accréditation**

En application de l’article L. 1414-3-2 du Code de la santé publique, la Haute Autorité de Santé (HAS) met en œuvre le dispositif d’accréditation des médecins et des équipes médicales.

Il s’agit d’une démarche volontaire de gestion des risques fondée sur les programmes élaborés par les [organismes agréés pour l’accréditation](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_412343/fr/organismes-agrees-pour-l-accreditation) (OA). Elle a pour objectif d’améliorer la qualité des pratiques professionnelles, de réduire le nombre des évènements indésirables associés aux soins (EIAS) et d'en limiter les conséquences au bénéfice de la sécurité du patient.

L’accréditation concerne les médecins exerçant une spécialité ou une activité dite «à risques» en établissement de santé, à savoir les spécialités de gynécologie-obstétrique, d’anesthésie-réanimation, de chirurgie, les spécialités interventionnelles ainsi que les activités d’échographie obstétricale, de réanimation ou de soins intensifs (cf. [réglementation](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2008271/fr/reglementation)).

Les médecins libéraux peuvent bénéficier d’une aide à la souscription de leur assurance en responsabilité civile professionnelle (RCP). Cette aide est à la charge de la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés (cf. [réglementation](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2008271/fr/reglementation)).

La HAS s’est attachée à mettre en cohérence les démarches déjà entreprises par les médecins, dans les différents dispositifs d’amélioration de la qualité proposés. L’accréditation constitue une méthode de DPC, contribue à la procédure de certification des établissements de santé et participe au développement d’une culture de sécurité. Une [charte « médecins – établissements de santé »](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_476163/fr/charte-medecins-etablissement-de-sante) a été élaborée pour définir les règles de fonctionnement, de partage d’information et de confidentialité nécessaires à l’atteinte de ces objectifs.

**Mise en œuvre de l’accréditation**

Organismes agréés pour l’accréditation

La mise en œuvre du dispositif est confiée aux organismes d’accréditation agréés par la HAS pour leur spécialité. Il n’existe qu’un seul OA par spécialité, regroupant toutes ses composantes (académiques, scientifiques et syndicales). Les OA sont notamment chargés d’évaluer les demandes d’accréditation des médecins et de transmettre à la HAS un avis motivé sur ces demandes. Ils assurent également l’analyse des déclarations d’EIAS et de la base REX.

Obligations des médecins

Les médecins [s’engagent dans la procédure d’accréditation](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1498851/fr/comment-sengager-dans-laccreditation) par l’intermédiaire de l’OA de leur spécialité. Les médecins engagés dans la démarche doivent mettre en œuvre annuellement les différentes obligations décrites dans le [programme de leur spécialité](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_974291/fr/programmes-d-accreditation). Ce programme prévoit des :

1. Activités d’analyse de pratique :

* Le recueil et l’analyse des EIAS : un EIAS correspond à tout incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement (article R. 6111-1 du Code de la santé publique). L’analyse de ces évènements conduit à produire des recommandations individuelles (en réponse aux évènements déclarés par le médecin) et à tirer des enseignements (résultants de l’analyse de la base de données de retour d’expérience [Base REX], de la veille scientifique et d’études de risques) ;
* La participation à des activités d’évaluation des pratiques professionnelles (RMM, registres, audit clinique, etc.) mises en œuvre, ou non, par l’OA.

2. Activités d’acquisition ou de perfectionnement des connaissances :

* la mise en œuvre de recommandations ou référentiels professionnels ;
* la mise en œuvre de recommandations individuelles élaborées et diffusées par l’OA sur la base de l’analyse des EIAS réalisée par les experts ;
* la participation à des activités de perfectionnement des connaissances (journées de formation, congrès, etc.) mises en œuvre, ou non, par l’OA.

Le programme de [l’accréditation en équipe](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2011196/fr/l-accreditation-en-equipe) est en grande partie identique au programme individuel des médecins, mais il doit être complété par une dimension de travail collectif.

L’accréditation est délivrée aux médecins qui ont, pendant une période d’une durée de douze mois, pour les médecins engagés pour la première fois dans l’accréditation, et de quatre ans, pour le renouvellement de l’accréditation, satisfait aux exigences du programme de leur spécialité.

* **Article 107** de la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 (LMNSS)
* Les **articles L6132-1 à 7** du CSP
* Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.
* Article 6132-20 (le compte qualité unique)
* Et certification conjointe Article 6132-4

1.4.3 : Indicateurs IPAQSS :

* Article L6144-1 : l’établissement public de santé met à disposition du public les résultats publiés chaque année des IPAQSS.
* Article L6161-2-2 : l’établissement privé de santé met à disposition du public les résultats publiés chaque année des IPAQSS.
* Arrêté annuel (3 mai 2016) fixant la liste des indicateurs obligatoires pour l’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions dans lesquelles l’établissement de santé met à la disposition du public certains résultats.
* Campagne de recueil des indicateurs : 1er mars au 15 juin 2016, contrôle qualité des données déclarées : juin à fin septembre 2016.

1.4.4 Politique de promotion de la bientraitance

Droits de la personne : Articles L1110-1 à L 1110-13 du CSP

* Article L1110-1

Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.

* Article L1110-1

Les professionnels de santé et du secteur médico-social reçoivent, au cours de leur formation initiale et continue, une formation spécifique concernant l'évolution des connaissances relatives aux pathologies à l'origine des handicaps et les innovations thérapeutiques, technologiques, pédagogiques, éducatives et sociales les concernant, l'accueil et l'accompagnement des personnes handicapées, ainsi que l'annonce du handicap.

* Article L1110-2

La personne malade a droit au respect de sa dignité.

* Article L1110-3

Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.

Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne pour l'un des motifs visés au premier alinéa de l'article 225-1 ou à l'article 225-1-1 du code pénal ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.

Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné des faits qui permettent d'en présumer l'existence. Cette saisine vaut dépôt de plainte. Elle est communiquée à l'autorité qui n'en a pas été destinataire. Le récipiendaire en accuse réception à l'auteur, en informe le professionnel de santé mis en cause et peut le convoquer dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte.

Hors cas de récidive, une conciliation est menée dans les trois mois de la réception de la plainte par une commission mixte composée à parité de représentants du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné et de l'organisme local d'assurance maladie.

En cas d'échec de la conciliation, ou en cas de récidive, le président du conseil territorialement compétent transmet la plainte à la juridiction ordinale compétente avec son avis motivé et en s'y associant le cas échéant.

En cas de carence du conseil territorialement compétent, dans un délai de trois mois, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut prononcer à l'encontre du professionnel de santé une sanction dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale.

Hors le cas d'urgence et celui où le professionnel de santé manquerait à ses devoirs d'humanité, le principe énoncé au premier alinéa du présent article ne fait pas obstacle à un refus de soins fondé sur une exigence personnelle ou professionnelle essentielle et déterminante de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des soins. La continuité des soins doit être assurée quelles que soient les circonstances, dans les conditions prévues par l'article L. 6315-1 du présent code.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

* Article L1110-4

I. Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou un des services de santé définis au livre III de la sixième partie du présent code, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant.

Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

II. Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

III. Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

IV. La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment. Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

V. Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. Toutefois, en cas de décès d'une personne mineure, les titulaires de l'autorité parentale conservent leur droit d'accès à la totalité des informations médicales la concernant, à l'exception des éléments relatifs aux décisions médicales pour lesquelles la personne mineure, le cas échéant, s'est opposée à l'obtention de leur consentement dans les conditions définies aux articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1.

VI. Les conditions et les modalités de mise en œuvre du présent article pour ce qui concerne l'échange et le partage d'informations entre professionnels de santé et non-professionnels de santé du champ social et médico-social sont définies par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

* Article L1110-5

Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de traitements et de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. Ces dispositions s'appliquent sans préjudice ni de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produits de santé ni de l'application du titre II du présent livre.

Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté.

**1.5. Gestion des risques, des crises et des évènements graves**

1.5.1. Politique de prévention et de gestion des risques, situations d’urgence

* Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.
* Articles R 6111-1 à R 6111-22 et D 6111-23 du CSP : organisation de la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins ,lutte contre les IN et signalement des IN, Politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles , stérilisation des dispositifs médicaux, sanction en absence de mise à la disposition du public des indicateurs IPAQSS (Article D6111-23 du CSP) .

Fonctions de coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins : article R6111-4.

* Circulaire n°DGOS/PF2/2011/416 du18 novembre 2011 en vue de l’application du décret.
* Instruction n° DGOS/PF2/2012/352 du 28 septembre 2012 : organisation de RETEX.
* Instruction n° DGOS/PF2/2014/80 du 14 mars 2014 : évaluation du déploiement des RETEX.
* Article L1413-14 : tout prof de santé ou ES ou EMS ayant constaté une infection associée aux soins, dont une infection nosocomiale ou tout autre évènement indésirable grave associé à des soins réalisés lors d’investigations, de traitements, d’actes médicaux à visée esthétique ou d’actions de prévention doit en faire la déclaration au DG ARS.
* DGOS **: Programme national pour la sécurité des patients, 2013-2017.**
* INSTRUCTION N° SG/HFDS/DGCS/2017/219 du 4 juillet 2017 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux

1.5.2. Gestion des évènements indésirables, réclamations, signalement

* Article L1413-14 :

Tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté une infection nosocomiale ou tout autre évènement indésirable grave lié à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention doit en faire la déclaration au directeur général de l'agence régionale de santé.

Ces dispositions s'entendent sans préjudice de la déclaration à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé des évènements indésirables liés à un produit mentionné à l'article [L. 5311-1](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690344&dateTexte=&categorieLien=cid)

* Article L1112-3

Les règles de fonctionnement des établissements de santé propres à faire assurer le respect des droits et obligations des patients hospitalisés sont définies par voie réglementaire.

Dans chaque établissement de santé, une commission des usagers a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge. Cette commission facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes. Elle peut être présidée par un représentant des usagers.

Lorsqu'elle est saisie par une personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des articles L. 3212-1 ou L. 3213-1, la commission peut confier l'instruction de la demande à la commission prévue à l'article L. 3222-5.

La commission des usagers participe à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers. Elle est associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement. Elle fait des propositions sur ces sujets et est informée des suites qui leur sont données.

Elle peut se saisir de tout sujet se rapportant à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement. Elle fait des propositions et est informée des suites qui leur sont données.

Elle est informée de l'ensemble des plaintes et des réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données. En cas de survenue d'évènements indésirables graves, elle est informée des actions menées par l'établissement pour y remédier. Elle peut avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou à ces réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée. Un décret en Conseil d'Etat prévoit notamment les modalités de consultation des données et de protection de l'anonymat des patients et des professionnels.

Les membres de la commission sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Le conseil de surveillance des établissements publics de santé ou une instance habilitée à cet effet dans les établissements privés délibère au moins une fois par an sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, sur la base d'un rapport présenté par la commission des usagers. Ce rapport et les conclusions du débat sont transmis à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et à l'agence régionale de santé, qui est chargée d'élaborer une synthèse de l'ensemble de ces documents.

La composition et les modalités de fonctionnement de la commission des usagers sont fixées par décret.

**Article L6111-2**

Les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les évènements indésirables liés à leurs activités.

Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les évènements indésirables, les infections associées aux soins et l'iatrogénie, définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux.

**Article R6111-1**

Constitue un évènement indésirable associé aux soins tout incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement.

La gestion des risques associés aux soins vise à prévenir l'apparition d'évènements indésirables associés aux soins et, en cas de survenance d'un tel évènement, à l'identifier, à en analyser les causes, à en atténuer ou à en supprimer les effets dommageables pour le patient et à mettre en œuvre les mesures permettant d'éviter qu'il se reproduise.

**Article R6111-2**

Le représentant légal de l'établissement de santé, après concertation avec le président de la commission médicale d'établissement dans les établissements de santé publics, ou avec la conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés, arrête l'organisation de la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins. Cette organisation vise :

1° A mettre en œuvre des actions de formation des personnels et des actions de communication en direction des personnels et des usagers permettant de développer la culture de sécurité dans l'établissement ;

2° A disposer d'une expertise relative à la méthodologie de gestion des risques associés aux soins, en particulier l'analyse des évènements indésirables ;

3° A permettre à la commission médicale d'établissement ou à la conférence médicale d'établissement de disposer des éléments nécessaires pour proposer le programme d'actions mentionné aux articles L. 6144-1 et L. 6161-2, assorti d'indicateurs de suivi, en vue de lutter contre les évènements indésirables associés aux soins ;

4° A permettre à la commission médicale d'établissement ou à la conférence médicale d'établissement de disposer des éléments nécessaires à l'élaboration d'un bilan annuel des actions mises en œuvre ;

5° A assurer la cohérence de l'action des personnels qui participent à la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins ;

6° A permettre à la commission médicale d'établissement ou à la conférence médicale d'établissement de disposer des éléments relatifs à la sécurité transfusionnelle et à l'hémovigilance et à assurer la cohérence de l'action des personnes qui assurent une activité transfusionnelle.

**Article R6111-3**

Le représentant légal de l'établissement de santé arrête, après proposition du président de la commission médicale d'établissement dans les établissements de santé publics et en concertation avec la conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés, les mesures à mettre en œuvre dans le cadre du programme d'actions mentionné aux articles L. 6144-1 et L. 6161-2.

**Décret n° 2017-129 du 3 février 2017** relatif à la prévention des infections associées aux soins

Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales

**Décret n° 2016-1151 du 24 août 2016** relatif au portail de signalement des événements sanitaires indésirables

**Décret n° 2016-1644 du 1er décembre 2016** relatif à l'organisation territoriale de la veille et de la sécurité sanitaire

**Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016** relatif à la déclaration des évènements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

Publics concernés : professionnels de santé, établissements de santé ; établissements ou services médico-sociaux ; agences régionales de santé.

Objet : modalités de déclaration des évènements indésirables graves associés à des soins et mise en place des structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

Entrée en vigueur : le décret entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice explicative : le décret précise les modalités de déclaration par les professionnels de santé, les établissements de santé et les établissements ou services médico-sociaux des évènements indésirables graves associés à des soins. Cette déclaration s'effectue en deux parties : une première partie effectuée sans délai, qui comprend les premiers éléments relatifs à l'évènement puis, après analyse, une seconde partie effectuée dans les trois mois suivants, qui comprend les éléments de retours d'expérience ainsi que les mesures correctives prises ou envisagées.

Le décret définit également l'organisation des structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients, qui sont mises en place par les agences régionales de santé pour apporter une expertise médicale, technique et scientifique aux établissements de santé, aux établissements ou services médico-sociaux et à tout professionnel de santé.

Références : le décret est pris pour l'application de l'article 161 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Les dispositions du code de la santé publique modifiées par le décret peuvent être consultées, dans leur rédaction résultant de cette modification, sur le site Légifrance (http://www.legifrance.gouv.fr).

2. Fonctions support

**2.1. Gestion des ressources humaines**

2.1.1. Personnels, qualifications

2.1.2. Continuité du fonctionnement

**Décret n° 2016-1645 du 1er décembre 2016** relatif à la permanence des soins et à diverses modifications de dispositions réglementaires applicables au service public hospitalier

**Textes concernant la continuité des soins et le temps de travail des praticiens,**

Article R6146-8 du CSP :

III. Le contrat de pôle précise également le rôle du chef de pôle dans les domaines suivants :

1° Gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle ;

2° Gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux ;

3° Définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière ;

4° Proposition au directeur de recrutement du personnel non titulaire du pôle ;

5° Affectation des personnels au sein du pôle ;

6° Organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique ;

7° Participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques.

* décret n° 2015-1260 du 9 octobre 2015 relatif au temps de travail des médecins, pharmaciens et odontologistes des établissements publics de santé, modifiant les différents statuts des praticiens.
* articles R6152-26 à R6152-33, article R6152-23, article D6152-23-1 : statut des praticiens hospitaliers temps plein,
* articles R6152-221 à R6152- R6152- 225 : statut des praticiens des hôpitaux à temps partiel,
* articles R6152-501 à R6152- 513 : statut des assistants des hôpitaux,
* articles R6152 – 605 à R6152 – 608 : statut des praticiens attachés.

**Textes concernant les missions de service public dont la permanence des soins,**

* articles L6112-2 à L6112- 9 du code de la santé publique,
* instruction n° 457 du 11 février 2011.

2.1.3. Pratiques professionnelles, éthique

* Article L4011-1

Par dérogation aux articles L. 1132-1, L. 4111-1, L. 4161-1, L. 4161-3, L. 4161-5, L. 4221-1, L. 4241-1, L. 4241-13, L. 4311-1, L. 4321-1, L. 4322-1, L. 4331-1, L. 4332-1, L. 4341-1, L. 4342-1, L. 4351-1, L. 4352-2, L. 4361-1, L. 4362-1, L.4364-1, L. 4371-1, L. 4391-1, L. 4392-1 et L. 4394-1, les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles L. 4011-2 à L. 4011-3.

Le patient est informé, par les professionnels de santé, de cet engagement dans un protocole impliquant d'autres professionnels de santé dans une démarche de coopération interdisciplinaire impliquant des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganisation de leurs modes d'intervention auprès de lui.

Code de déontologie médicale : articles R4127-1 à R4127-112 du CSP

2.1.4 Formation – Développement professionnel continu- Promotion - Soutien des professionnels

**2.2. Gestion financière et comptable**

2.2.1 Organisation des responsabilités

**2.3. Gestion des informations**

2.3.1. Statistiques et rapports - Rapport annuel d’activité

2.3.2. Systèmes d’information

Article L1110-4-1

Afin de garantir la qualité et la confidentialité des données de santé à caractère personnel et leur protection, les professionnels de santé, les établissements et services de santé, les hébergeurs de données de santé à caractère personnel et tout autre organisme participant à la prévention, aux soins ou au suivi médico-social et social utilisent, pour leur traitement, leur conservation sur support informatique et leur transmission par voie électronique, des systèmes d'information conformes aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité élaborés par le groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 1111-24. Ces référentiels sont approuvés par arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

2.3.3. Registres et dossiers des personnes prises en charge

Cf. 3.8.4.

**2.4. Bâtiments, espaces extérieurs, équipements**

2.4.1. Locaux

Article 12 de l’ordonnance n°2014-1090 du 26 septembre 2014

R111-19-60 du code de la construction et de l’habitation est-il mis à disposition du public par l’établissement

2.4.2. Sécurités

Arrêté du 10 décembre 2004 portant approbation de dispositions complétant et modifiant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public (ERP)

Instruction DGS/EA4/2013/34 du 30 janvier 2013 relative au référentiel d'inspection-contrôle de la gestion des risques liés aux légionnelles dans les installations d'eau des bâtiments

Grille de contrôle Déchets d’activités de soins à risques infectieux (DASRI) et pièces anatomiques d’origine humaine (PAOH) (version 3.0, janvier 2015)

2.4.3. Équipements et matériels

Instruction DGOS/PF2/DGS/VSS 1/2016220 du 4 juillet 2016 relative au traitement des endoscopes souples thermosensibles au sein des lieux de soins

2.4.4. Prestations internes et externes

2.5.1. Approvisionnement et stockage

2.5.2. Produits sanguins labiles (PSL)

**3. Prise en charge :**

**3.1. Organisation de la prise en charge**

3.1.1 Admissions

Instruction DGOS/MSIOS concernant les règles d’identification des patients -7 juin 2013

3.1.2. Coordination des professionnels

3.1.3. Sorties

**3.2.**

3.2.1. La charte de la personne hospitalisée

* Article L1110-8

Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, en particulier lorsqu'il relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, est un principe fondamental de la législation sanitaire.

Les limitations apportées à ce principe par les différents régimes de protection sociale ne peuvent être introduites qu'en considération des capacités techniques des établissements, de leur mode de tarification et des critères de l'autorisation à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux.

* Article L1111-6

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues au présent article. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement.

Dans le cadre du suivi de son patient, le médecin traitant s'assure que celui-ci est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance et, le cas échéant, l'invite à procéder à une telle désignation.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

* Article L1112-2

La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour. Les résultats de ces évaluations sont pris en compte dans la certification définie aux articles L. 6113-3 et L. 6113-4.

Chaque établissement remet aux patients, lors de leur admission, un livret d'accueil auquel est annexée la charte du patient hospitalisé, conforme à un modèle type arrêté par le ministre chargé de la santé.

* L. 6112-1 du Code de la santé publique

« Le service public hospitalier exerce l’ensemble des missions dévolues aux établissements de santé […] dans le respect des principes d’égalité d’accès et de prise en charge, de continuité, d’adaptation et de neutralité ».

* Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée

**3.3. Vie sociale et relationnelle**

**3.4. Conditions de l’hospitalisation**

3.4.1. Organisation de l’espace

**3.5. Champ de l’éducation**

3.5.1. Organisation des actions d’éducation et de prévention

**3.6. Champ de l’accompagnement social**

3.6.1. Personnels affectés à l’accompagnement social

**3.7. Champ professionnel**

**3.8. Soins**

3.8.1. Environnement du soin

3.8.2. Administration des médicaments et des produits injectables

3.8.3. Réalisation des pansements

3.8.4 Partage des informations patients

• Dossier patient : articles R11-12-2 à R11-12-4 du CSP

* Article R1112-2 :

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés :

1° Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, et notamment :

a) La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission ;

b) Les motifs d'hospitalisation ;

c) La recherche d'antécédents et de facteurs de risques ;

d) Les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;

e) Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée ;

f) La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ;

g) Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, notamment d'imagerie ;

h) Les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues à l'article L. 1111-4 ;

i) Le dossier d'anesthésie ;

j) Le compte-rendu opératoire ou d'accouchement ;

k) Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire ;

l) La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel mentionnée au deuxième alinéa de l'article R. 1221-40 ;

m) Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ;

n) Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ;

o) Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ;

p) Les correspondances échangées entre professionnels de santé ;

q) Les directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 ou, le cas échéant, la mention de leur existence ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice.

2° Les informations formalisées établies à la fin du séjour. Elles comportent notamment :

a) Le compte-rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie ;

b) La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ;

c) Les modalités de sortie (domicile, autres structures) ;

d) La fiche de liaison infirmière ;

3° Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.

Sont seules communicables les informations énumérées aux 1° et 2°.

• Article R1112-3 :

Le dossier comporte l'identification du patient ainsi que, le cas échéant, celle de la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 et celle de la personne à prévenir.

Chaque pièce du dossier est datée et comporte l'identité du patient avec son nom, son prénom, sa date de naissance ou son numéro d'identification, ainsi que l'identité du professionnel de santé qui a recueilli ou produit les informations. Les prescriptions médicales sont datées avec indication de l'heure et signées ; le nom du médecin signataire est mentionné en caractères lisibles.

• Article R1112-4 :

Dans le cas où le praticien qui a prescrit l'hospitalisation demande communication du dossier, cette communication ne peut intervenir qu'après accord du patient, de la personne ayant l'autorité parentale ou du tuteur, ou de ses ayants droit en cas de décès.

**4. Relations de l’activité avec l’extérieur**

**4.1. Environnements**

4.1.1. Environnement culturel et religieux

**Circulaire « Laïcité à l’hôpital » du 5 juillet 2011 du Ministère de l'intérieur, de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de l’immigration**

« A plusieurs reprises, au cours des derniers mois, des institutions – comme le Médiateur de la République ou le Haut Conseil à l’Intégration – ont relevé l’existence de faits préoccupants, en matière de laïcité, à l’hôpital.

Deux circulaires ont déjà précisé les modalités d’application du principe de laïcité à l’hôpital et l’organisation des aumôneries hospitalières :

* La circulaire N°DHOS/G/2005/57 du 2 février 2005 énonce clairement comment le principe de laïcité à l'hôpital doit s'articuler avec les principes de liberté religieuse et de libre choix du praticien par le patient.
* La circulaire N°DHOS/P1/2006/538 20 décembre 2006 a fait le point sur les dispositions applicables par les chefs d’établissement en matière de recrutement d’aumôniers pour les diverses confessions concernées lorsque cela s’avère nécessaire eu égard à la demande des patients hospitalisés.

Ces deux textes continuent de s’appliquer pleinement.

Il s’agit de rappeler la nécessaire coexistence du respect des principes de neutralité du service public avec l’aspiration des patients au respect de leurs croyances qui s’imposent aux établissements publics hospitaliers, sociaux et médico-sociaux.

**1- Le principe de neutralité du service public hospitalier**

Le principe de laïcité est un principe de valeur constitutionnelle (Conseil d’Etat, 6 avril 2001, *SNES*), et la neutralité du service public en découle. Cette neutralité implique des conséquences concrètes pour les agents et pour les usagers du service.

* En ce qui concerne les personnels :

La neutralité du service interdit aux agents publics de manifester leurs croyances religieuses lorsqu’ils sont en service que ce soit par leurs actes ou par le simple port de signes religieux, comme cela ressort de l’avis du Conseil d’Etat du 3 mai 2000 *Mademoiselle Marteaux* (n°217017). Tout agent public a un devoir de stricte neutralité. Il doit traiter également toutes les personnes et respecter leur liberté de conscience.

Pour autant, la liberté de conscience est garantie aux agents publics. Ils peuvent bénéficier d’autorisations d’absence pour participer à leurs fêtes religieuses dès lors qu’elles sont compatibles avec les nécessités du fonctionnement normal du service.

* En ce qui concerne les usagers :

Les usagers accueillis à temps complet dans un service public, notamment au sein d’établissements

hospitaliers, sociaux ou médico-sociaux ont droit au respect de leurs croyances et peuvent se livrer à l’exercice de leur culte, sous réserve des contraintes découlant des nécessités du bon fonctionnement du service et de sa neutralité.

Le service public garantit la liberté religieuse des patients et permet aux usagers de pratiquer leur religion durant le séjour à l’hôpital. Des aumôniers sont présents dans les hôpitaux, qui sont chargés d’accompagner les patients qui en font la demande, et de leur permettre de pratiquer leur culte.

Une charte multiconfessionnelle, rédigée par les services des deux ministères en partenariat avec les représentants des cultes, de la fédération hospitalière de France et des usagers, sera prochainement diffusée par le ministère de la Santé. Elle a pour objet de rappeler les principes généraux de fonctionnement des aumôneries hospitalières, le statut, le rôle et la mission assignés aux ministres du culte à l’hôpital.

Le droit des usagers au respect de leurs convictions religieuses doit cependant s’exercer dans les limites du respect de la neutralité du service public, de son bon fonctionnement et des impératifs d’ordre public, de sécurité, de santé et d’hygiène. Ils doivent en conséquence s’abstenir de toute forme de prosélytisme.

Lorsque la vérification de l’identité est nécessaire, les usagers doivent se conformer aux obligations qui en découlent.

**2- Le traitement des demandes particulières et des refus de soins dans les établissements publics hospitaliers**

Les problématiques relatives à la libre expression des convictions religieuses dans les établissements hospitaliers sont de deux ordres (hors aumôneries) :

- Demandes récurrentes par certaines personnes de voir les femmes être soignées par des médecins de sexe féminin ;

- Refus de certains types de soins pour des raisons tenant aux convictions religieuses.

2.1 La question du choix du médecin

La circulaire du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée prévoit que *« l’établissement de santé doit respecter les croyances et convictions des personnes accueillies. Dans les établissements de santé publics, toute personne doit pouvoir être mise en mesure de participer à l’exercice de son culte (recueillement, présence d’un ministre du culte de sa religion, nourriture, liberté d’action et d’expression, rites funéraires...). Toutefois, l’expression des convictions religieuses ne doit porter atteinte ni au fonctionnement du service, ni à la qualité des soins, ni aux règles d’hygiène, ni à la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches. »*

En l’espèce, rien ne s’oppose à des demandes des usagers d’être soignés par un médecin de l’un ou l’autre sexe, mais le service n’est nullement tenu de donner suite à ces demandes si cela nuit au fonctionnement du service ou à la qualité des soins. Un refus de donner suite à une demande ne peut, en revanche, justifier un refus de la part de l’équipe soignante de procurer les soins nécessaires.

Les patients qui manifestent une intransigeance que le service public ne peut pas satisfaire peuvent recourir à d’autres établissements de santé, y compris privés, qui peuvent choisir de répondre favorablement à ces demandes.

2.2 La question du libre consentement aux soins

L’article L. 1111-4 du Code de la santé publique dispose qu’ *« aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. ».* Dans une décision du 16 août 2002, *Mme F,* le Conseil d’Etat a rappelé que sur la base de ce principe le patient dispose du libre choix de son praticien et doit consentir librement aux soins qui lui sont dispensés.

Corollaire du droit de consentements aux soins, le droit au refus de soin a été consacré par la Cour

Européenne des droits de l’homme dans sa décision *Pretty* du 29 avril 2002. Sur la base de l’article 8 al. 1 de la Convention européenne des droits de l’homme, la Cour a reconnu que le droit de refuser des soins, y compris dans une situation désespérée, constituait une modalité du droit du malade de consentir aux choix médicaux.

Ce principe avait déjà été énoncé, en ce qui concerne les médecins, par l'article 36 du code de déontologie de 1995, qui affirme que « le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences ».

La question de savoir si le respect de la volonté du patient implique pour le médecin l’obligation de

laisser mourir celui qui refuse les soins, s’est posée de manière très pratique et accrue dans le cas de refus de transfusion sanguine par conviction religieuse de la part de patients témoins de Jéhovah ; le problème a également concerné les parents de ce mouvement, qui refusaient la transfusion sanguine au bénéfice de leurs enfants mineurs.

Dans une décision *Senanayaké* du 26 octobre 2001, le Conseil d’Etat a cependant refusé de voir une faute susceptible d’engager la responsabilité de l’Assistance publique dans le choix des médecins de procéder à des transfusions sanguines visant à sauvegarder la vie du patient, allant à l’encontre du refus du patient de se voir apporter un tel traitement. Le Conseil d’Etat a toutefois annulé la décision de la cour administrative d’appel de Paris, en affirmant que, contrairement à ce qu’avait jugé la CAA, l'obligation pour le médecin de sauver la vie ne prévaut pas de manière générale sur celle de respecter la volonté du malade.

Si le principe reste celui du consentement du patient aux soins, et le cas échéant de son droit de refus, le juge ne condamne pas pour autant les médecins qui s’en affranchissent, dès lors qu’ils accomplissent un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état, dans le seul but de tenter de le sauver. Par ailleurs, le médecin qui respecte le refus de soins de son patient ne commet pas de faute (Cass. crim., 3 janvier 1973), à condition de ne pas commettre de négligence à l'occasion du respect du refus du patient (CE, 29 juillet 1994).

2.3 L’obligation pour le médecin de prodiguer des soins aux enfants mineurs et aux majeurs sous tutelle

Sur ce second aspect, l’article L. 1111-4 du Code de la santé publique dispose que « *le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables*. »

La croyance religieuse des parents ne peut donc être le motif d’une opposition aux soins pour leurs enfants. Une omission de chercher des secours en cas de danger pour l’enfant est punissable au titre de l’article 223-6 du Code pénal, qui punit de cinq ans d’emprisonnement et 75 000 euros d’amende « *quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque* *pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un* *secours.* »

Il appartient aux responsables des services publics hospitaliers de faire respecter l’application du principe de laïcité dans l’enceinte de ces services.

Le soin ne peut être ni un temps ni un espace d’interruption des croyances et des pratiques du patient, citoyen libre de ses options. En effet, le soin ne peut atteindre son objectif si, dans le cadre d’une prise en charge globale du patient, celui-ci est « amputé » d’une partie de lui-même.

L’hôpital public, structure laïque, s’ouvre donc par nécessité à toutes les dimensions de l’individu dont la spiritualité est une composante souvent essentielle. Toutefois, cette ouverture ne peut ni ne doit déboucher sur la création de tensions entre usagers et agents du service public, et encore moins sur des dysfonctionnements du service susceptibles de porter atteinte à la qualité des soins et de l’accueil et à la sécurité des patients qui restent l’objectif prioritaire et essentiel du service public hospitalier. »

**Circulaire N°DHOS/G/2005/57 du 2 février 2005**

**Circulaire N°DHOS/P1/2006/538 du 20 décembre 2006**

**4.2. Coordination avec les autres acteurs**

4.2.1 Partenaires du territoire et de la région

## 

## Annexe F : Outil d’aide à la construction du questionnaire d’un contrôle

1. Mission IGAS

[Voir notice d’utilisation](#vnotice)

[Aller à la carte des fonctions](#_Annexe_:XX_Carte) de cette annexe pour sélectionner les fonctions prises en compte dans le contrôle puis aller ensuite dans le tableau des questions pour choisir celles qui figureront dans le questionnaire

[Aller dans le tableau des questions](#Tableaudesquestions) pour choisir celles qui figureront dans le questionnaire

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Carte des principales fonctions | | | | | | | | | | | | |
| 1. Gouvernance | | | | | | | | | | | | |
| 1.1.  Conformité aux conditions de l’autorisation | | 1.2.  Management et stratégie | | 1.3.  Fonctionnement de l’activité | | | 1.4.  Gestion de la qualité | | | | 1.5.  Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables | |
| 1.1.1.  [Régime juridique](#W111)  [Autorisation d’activité](#W111) | | 1.2.1  [Projet du service en lien avec le projet d’établissement](#WWW121) | | 1.3.1.  [Structures de concertation au sein du pôle ou de l’unité d’hospitalisation](#WWW131)  [Staffs médicaux](#WWW131) | | | 1.4.1.  [Démarche d’amélioration de la qualité](#WWW141)  [et de la sécurité des soins](#WWW141) | | | | 1.5.1.  [Politique de prévention et de gestion des risques, situations d’urgence](#WWW151) | |
| 1.1.2.  [Missions](#WWW112)  [Activités](#WWW112) | | 1.2.2.  [Pilotage délégation de responsabilités](#WWW122) | |  | | | 1.4.2.  [Certification ; accréditation des professionnels](#WWW142) | | | | [1.5.2](#T152)  [Gestion des évènements indésirables, réclamations, signalements](#T152) | |
| 1.1.3.  [Conditions techniques de fonctionnement](#WWW113) | | 1.2.3.  [Communication](#WWW123)  [interne et externe](#WWW123) | |  | | | 1.4.3  [Indicateurs IPAQSS](#WWW143) | | | |  | |
|  | |  | |  | | | 1.4.4.  [Politique de promotion de la bientraitance](#WWW144) | | | |  | |
| 2. Fonctions support | | | | | | | | | | | | |
| 2.1.  Gestion des ressources humaines | | 2.2.  Gestions budgétaire et financière | | 2.3.  Gestion d’informations | | | | 2.4.  Bâtiments, équipements, sécurités | | | 2.5.  Gestion des médicaments et des dispositifs médicaux | |
| 2.1.1.  [Personnels, qualifications](#WWW211) | | 2.2.1.  [Organisation des responsabilités](#WWW221) | | 2.3.1.  [Statistiques et rapports](#WWW231)  [Rapport annuel d’activité](#WWW231) | | | | 2.4.1.  [Locaux](#WWW241) | | | 2.5.1  [Approvisionnement et stockages](#WWW251) | |
| 2.1.2.  [Continuité du fonctionnement](#WWW212) | |  | | 2.3.2.  [Systèmes d’information, NTIC](#WWW232) | | | | 2.4.2.  [Sécurités](#WWW242) | | | 2.5.2  [Produits sanguins labiles (PSL)](#T252) | |
| 2.1.3.  [Pratiques professionnelles, éthique](#WWW213), | |  | |  | | | | 2.4.3.  [Équipements et matériels](#WWW243) | | |  | |
| 2.1.4.  [Formation-Promotion, Soutien des professionnels](#WWW214) | |  | |  | | | | 2.4.4.  [Prestations internes et externes](#WWW244) | | |  | |
| 3. Prise en charge | | | | | | | | | | | | |
| 3.1.  Organisation de la prise en charge de l’admission à la sortie | 3.2.  Respect des droits des personnes | | 3.3.  Vie sociale et relationnelle | 3.4.  Vie quotidienne  Hébergement | 3.5.  Champ de  l’éducation | | | | 3.6.  Champ de l’insertion  sociale | 3.7.  Champ professionnel | | 3.8.  Soins |
| 3.1.1. [Admissions](#WWW311) | [321 La charte de la personne hospitalisée](#T321) | |  | 3.4.1.  [Organisation de l’espace](#WWW341) | 3.5.1.  [Organisation des actions d’éducation et de prévention](#T351) | | | | 3.6.1.  [Personnels affectés à l’accompagnement social](#T361) |  | | [3.8.1.](#T381)  [Environnement du soin](#T381) |
| 3.1.2.  [Coordination des professionnels](#T312) |  | |  |  |  | | | |  |  | | [3.8.2.](#T382)  [Administration des médicaments et des produits injectables](#T382) |
| [3.1.3 Sorties](#T313) |  | |  |  |  | | | |  |  | | [3.8.3](#T383)  [Réalisation des pansements](#T383) |
|  |  | |  |  |  | | | |  |  | | [3.8.4.](#T384)  [Partage des informations patients](#T384) |
|  | |  | | | | | | | | | | |
| 4. Relations de l’activité avec l’extérieur | | | | | | | | | | | | |
| 4.1.  Environnements | | | | | | 4.2.  Coordination avec les autres acteurs | | | | | | |
| 4.1.1.  [Environnement culturel et religieux](#F411) | | | | | | 4.2.1.  [Partenaires du territoire et de la région](#T421) | | | | | | |

1. Mission IGAS

**Tableau des questions**

**Questions (à utiliser ou adapter notamment selon le statut juridique de l’établissement, le type l’activité, les personnes prises réellement en charge, les objectifs du contrôle)**

| Liens | N° lignes | Questions | Choix quest |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1 | **1. Gouvernance** |  |
|  | 5 | 1.1. Conformité aux conditions de l’autorisation |  |
| [F111](#_Régime_juridique) | 10 | 111 Régime juridique - Autorisation d’activité |  |
|  | 15 | ***Statut*** |  |
|  | 20 | Q01 : Vérifier le statut juridique de l’établissement concerné. |  |
|  | 25 | ***Autorisation*** |  |
|  | 30 | Q02 : Quelle est la date d’octroi de l’autorisation de l’activité délivrée par l’Agence régionale de santé (ARS) ? |  |
|  | 35 | Q03: Quelle est ou quelles sont les disciplines prises en charge dans l’unité concernée ? |  |
|  | 40 | Q04 : Quelles sont les éventuelles dispositions prévues par le SROS impactant le service ? Sont-elles mises en œuvre ? |  |
|  | 45 | Q05 : La visite de conformité a-t-elle eu lieu ? A quelle date ? Quelles en sont les conclusions ? |  |
|  | 50 | Q06 : Si des réserves ont été émises, ont-elles été levées ? Sinon quelles en sont les raisons ? |  |
|  | 55 | ***CPOM*** |  |
|  | 60 | Q07 : Ce service est-il concerné par certaines dispositions du CPOM ? |  |
|  | 65 | Q08 : Si oui, les modalités de suivi de la mise en œuvre du CPOM sont-elles respectées ? |  |
|  | 70 | Q09 : Quels sont les documents d’évaluation disponibles ? |  |
|  | 75 | Q10 : Quel en est leur contenu ? |  |
|  | 80 | Q11 : Les obligations respectives des parties signataires prévues dans le CPOM ont-elles été respectées ? |  |
|  | 85 | Conclusions : 111 Régime juridique - Autorisation d’activité |  |
| [F112](#_Missions) | 90 | 112 Missions – activités |  |
|  | 100 | Q01 : Quel est le nombre de séjours annuels réalisé dans le service ? En hospitalisation complète ? En hospitalisation de jour ? |  |
|  | 105 | Q02 : Y-a-t-il des séjours correspondant à des séances ? A des séances de chimiothérapie pour cancer ? Si oui, combien annuellement ? |  |
|  | 110 | Q03 : Quelles sont les durées moyennes de séjours (DMS) (par groupe homogène de séjour GHS) comparées aux DMS nationales ? |  |
|  | 115 | Q04 : Quelle est la capacité installée en lits d’hospitalisation complète ? En places d’hospitalisation de jour ? |  |
|  | 120 | Q05 : Y a-t-il une unité dédiée ou des lits affectés à l’hospitalisation de semaine ? |  |
|  | 125 | Q06 : Si l’unité dispose de places en hospitalisation de jour, ces dernières constituent-elles une unité spécifique séparée de l’unité d’hospitalisation complète ? |  |
|  | 145 | Q07 : S’agit-il d’une unité d’hospitalisation complète partagée entre plusieurs disciplines ? |  |
|  | 150 | Q08 : S’agit-il d’une unité d’hospitalisation de jour partagée entre plusieurs disciplines ? |  |
|  | 155 | Q09 : Quel est le coefficient d’occupation moyen dans chacune des unités et le taux de rotation pour l’hospitalisation de jour ? |  |
|  | 160 | Q10 : Quel est le nombre moyen de patients par jour ? |  |
|  | 165 | Conclusions : 112 Missions – activités |  |
| [F113](#_Personnes_accueillies) | 170 | 113 Conditions techniques de fonctionnement |  |
|  | 175 | ***Si le service est visé par des dispositions réglementaires, en fonction des textes régissant l’activité du service :*** |  |
|  | 180 | Q01 : Les personnels présents sont-ils en adéquation avec les normes réglementaires ? |  |
|  | 185 | Q02 : Sinon, quel est l’écart ? Quelles en sont les causes? |  |
|  | 190 | Q03 : Les modalités du fonctionnement médical et de la permanence des soins sont-elles en adéquation avec les dispositions réglementaires ? |  |
|  | 195 | Q04 : Sinon, quel est l’écart ? |  |
|  | 200 | Q05 : Les modalités du fonctionnement paramédical (Infirmiers et autres professionnels en fonction de l’activité) sont-elles en adéquation avec les dispositions réglementaires ? |  |
|  | 205 | Q06 : Sinon, quel est l’écart ? |  |
|  | 210 | Q07 : Les locaux du service sont-ils en adéquation avec les dispositions réglementaires ? |  |
|  | 215 | Q08 : Sinon, sur quoi porte l’écart ? |  |
|  | 220 | Q09 : Les équipements du service sont-ils en adéquation avec les dispositions réglementaires ? |  |
|  | 225 | Q10 : Sinon, sur quoi porte l’écart ? |  |
|  | 230 | Q11 : Les inadéquations éventuelles avaient-elles déjà été relevées lors de la dernière visite de conformité |  |
|  | 235 | Conclusions : 113 Conditions techniques de fonctionnement |  |
|  | 240 | 1.2. Management et stratégie |  |
| [F121](#_Projet_du_service) | 245 | 121 Projet du service en lien avec le projet d’établissement |  |
|  | 250 | ***Règlement intérieur*** |  |
|  | 255 | Q01 : Existe-t-il un règlement intérieur de l’établissement ? |  |
|  | 260 | Q02 : Existe-t-il un règlement intérieur (sous cette appellation ou une autre) spécifique au service ? Q03 : Est-il intégré officiellement au règlement de l’établissement ? |  |
|  | 265 | Q04 : Par quelles modalités informe-t-on les professionnels et /ou les patients de l’existence et du contenu de ce règlement intérieur spécifique au service ? |  |
|  | 270 | Q05 : Est-il remis à chaque personne hospitalisée en annexe du livret d’accueil ainsi qu’à tous les nouveaux professionnels intervenant dans le service ? |  |
|  | 275 | Q06 : Est-il affiché dans les locaux du service? |  |
|  | 280 | ***Projet de service*** |  |
|  | 285 | Q07 : Un projet de service a-t-il été élaboré ? Avec la participation de tous les professionnels ? |  |
|  | 290 | Q08 : Intègre-t-il les liens avec d’autres services de l'établissement? |  |
|  | 295 | Q09 : A-t-il fait l’objet d’une présentation en CME ? |  |
|  | 300 | Q10 : D’après vos entretiens, les équipes semblent-elles s’être approprié le projet ? |  |
|  | 305 | Q11 : Le projet de service est-il en cohérence avec le projet médical de l’établissement ainsi qu’avec le projet et le contrat du pôle ? |  |
|  | 310 | Q12 : Celui-ci reprend-il des recommandations de bonnes pratiques des sociétés savantes et de la HAS ? |  |
|  | 315 | Q13 : Ce projet définit-il les objectifs de l’unité notamment en matière de coordination, de coopération et d’évaluation des activités et de la qualité des prestations ainsi que ses modalités d’organisation et de fonctionnement ? |  |
|  | 320 | Q14 : Quels sont les objectifs affichés ? Affiche-t-il des valeurs spécifiques au service ? |  |
|  | 325 | Q15 : Comment sont définis les rôles des différents professionnels et comment sont organisées leurs relations ? |  |
|  | 330 | Q16 : Prévoit-il l’élaboration de protocoles notamment pour les soins ? |  |
|  | 335 | Q17 : Prévoit-il un appui institutionnel pour les équipes ? |  |
|  | 340 | Q18 : Aborde-t-il toutes les dimensions de la prise en charge des patients ? |  |
|  | 345 | Q19 : Organise-t-il des partenariats avec des institutions extérieures ? |  |
|  | 350 | Q20 : Sa mise en œuvre est-elle effective ? |  |
|  | 355 | Q21 : Quelles sont les modalités prévues pour suivre sa mise en œuvre et réaliser son évaluation ? |  |
|  | 360 | Q22 : L’évaluation du projet est-elle explicitement prévue (existence d’indicateurs, mesure des écarts, périodicité) ? Par qui ? Quelle restitution collective ? |  |
|  | 365 | Q23 : Comment est assurée sa révision ? |  |
|  | 370 | ***Si le service est intégré dans un GHT :*** |  |
|  | 375 | Q24 : Le projet médical du GHT est-il partagé et approprié par le service ? |  |
|  | 380 | Q25 : Le projet médical commun du GHT a-t-il été discuté avec les équipes ? |  |
|  | 385 | Q26 : Comment sont qualifiées les relations entre le service et le GHT par les responsables du service et par les équipes ? |  |
|  | 390 | Q27 : Quelles sont les modalités d’organisation de la continuité et de la permanence des soins ? |  |
|  | 395 | Q28 : S’agit-il d’un document formalisé ? |  |
|  | 400 | Conclusions : 121 Projet du service en lien avec le projet d’établissement |  |
| [F122](#_Pilotage_-_Délégation) | 405 | 122 Pilotage - Délégation de responsabilité |  |
|  | 410 | ***Organisation*** |  |
|  | 415 | Q01 : Un organigramme à jour du service est-il disponible ? Correspond-il à la réalité ? |  |
|  | 420 | Q02 : Quelle organisation traduit-il notamment en termes hiérarchiques et fonctionnels ? |  |
|  | 425 | Q03 : Est-il intégré au règlement intérieur de fonctionnement du service ? |  |
|  | 430 | Q04 : Existe-t-il des dispositifs de contrôle interne ? |  |
|  | 435 | Q05 : Existe-t-il des fiches de poste ou de fonction pour le chef de pôle ? |  |
|  | 440 | Q06 : Existe-t-il des fiches de poste ou de fonction pour le chef de service ? |  |
|  | 445 | Q07 : Existe-t-il des fiches de poste ou de fonction pour le cadre de santé ainsi que pour tous les intervenants dans le service? |  |
|  | 450 | Q08: Le cadre de service est-il titulaire du diplôme de cadre ? |  |
|  | 455 | Q09 : Est-il dédié au service concerné ou partage-t-il ses fonctions avec d’autres ? |  |
|  | 460 | Q10 : Un contrat et un projet de pôle ont-ils été élaborés ? |  |
|  | 465 | Q11 : Quelle est la procédure de nomination du chef de service ou du responsable de ce service ? |  |
|  | 470 | Q12 : Est-elle conforme à la réglementation ? |  |
|  | 475 | Q13 : Le contrat de pôle définit-il une délégation particulière au chef de service et/ou aux cadres de santé ? Laquelle ? |  |
|  | 480 | Q14 : Cette délégation est-elle mise en œuvre dans les faits ? |  |
|  | 485 | Q15 : Est-elle évaluée ? |  |
|  | 490 | Q16 : Certains professionnels disposent-ils de délégations particulières ? Si oui, lesquels et pour quelles tâches ? |  |
|  | 495 | Conclusions : 122 Pilotage - Délégation de responsabilité |  |
| [F123](#_Communication_interne_et) | 500 | 123 Communication interne et externe |  |
|  | 505 | ***Communication interne*** |  |
|  | 510 | Q01 : Comment la communication interne est-elle organisée au sein du service et de l’établissement ? |  |
|  | 515 | Q02 : A-t-elle un caractère systématique, ou occasionnel ? |  |
|  | 520 | Q03 : Quels en sont les supports écrits et oraux (réunions, publications, site intranet) ? |  |
|  | 525 | Q04 : Quelles en sont les périodicités ? |  |
|  | 530 | Q05 : Quels sont les thèmes abordés ? |  |
|  | 535 | Q06 : Concernent-ils les personnels ? |  |
|  | 540 | Q07 : Concernent-ils les personnes accueillies ? |  |
|  | 545 | Q08 : Reposent-ils sur une personne identifiée ? |  |
|  | 550 | Q09 : Pour l’organisation de la prise en charge et le fonctionnement du service, l’avis des patients a-t-il été sollicité ? Si oui, de quelle manière ? |  |
|  | 555 | ***Communication externe*** |  |
|  | 560 | Q10 : Existe-t-il une stratégie de communication externe ? |  |
|  | 565 | Q11 : Le site Internet de l’établissement comporte-t-il des données sur le service ? |  |
|  | 570 | Q12 : Le site Internet de l’établissement comporte-t-il des données sur les prises en charge des patients dans le service ? |  |
|  | 575 | Q13 : Le site Internet de l’établissement comporte-t-il des données sur les professionnels du service (présentation des équipes, qualifications…) ? |  |
|  | 580 | Q14 : Les praticiens et autres professionnels de santé organisent-ils des séances d’information et de formation à l’extérieur de l’établissement ? |  |
|  | 585 | Q15 : Auprès de quels publics ? |  |
|  | 590 | Q16 : Sur quels thèmes ? |  |
|  | 595 | Q17 : L’établissement soutient-il les projets et les initiatives du service dans le domaine de la communication externe ? |  |
|  | 600 | Q18 : De quelle manière ? |  |
|  | 605 | Q19 : Quelle est la nature de cette implication ? |  |
|  | 610 | Q20 : Le service organise-t-il des journées thématiques à destination du public ? |  |
|  | 615 | Q21 : Sur quels thèmes et avec quelle périodicité ? |  |
|  | 620 | Conclusions : 123 Communication interne et externe |  |
|  | 625 | 1.3. Fonctionnement de l’activité |  |
| [F131](#_Conseil_d’administration_et) | 630 | 131 Structures de concertation au sein du pôle ou du service - Staffs médicaux |  |
|  | 635 | Q01 : Les actions de la direction de l’établissement et du responsable médical du service sont-elles en cohérence et convergentes ? |  |
|  | 640 | Q02 : Leurs relations permettent-elles la résolution de problèmes ou entrainent-elles des blocages ? |  |
|  | 645 | Q03 : Les actions du responsable du service et du chef de pôle sont-elles en cohérence et convergentes ? |  |
|  | 650 | Q04 : Leurs relations permettent-elles la résolution de problèmes ou entrainent-elles des blocages ? |  |
|  | 655 | Q05 : Les responsables de l’activité sont-ils accompagnés par la direction et le président de la CME dans la mise en œuvre des projets ? |  |
|  | 660 | ***Structure(s) de concertation au sein du pôle*** |  |
|  | 665 | Q06 : Quelles sont les structures de concertation mises en place par le chef de pôle au sein du pôle ? |  |
|  | 670 | Q07 : Quelle est la fréquence de leurs réunions ? |  |
|  | 675 | Q08 : Quel est le contenu de ses réunions à la lecture des ordres du jour ? |  |
|  | 680 | Q09. : Les praticiens du service y sont-ils associés ? |  |
|  | 685 | Q10 : Les autres professionnels du service y participent-ils ? De quelle manière ? |  |
|  | 690 | Q11 : Le chef du pôle et le cadre de pôle prennent-ils en compte les problèmes du service ? |  |
|  | 695 | Q12 : Soutiennent-ils les projets du service ? Comment ? |  |
|  | 700 | Q13 : Les informations communiquées par le chef de pôle permettent-elles le bon fonctionnement de la structure de concertation ? |  |
|  | 705 | Q14 : Les réponses aux questions posées par le responsable du service sont-elles claires et sont-elles apportées dans des délais adaptés ? |  |
|  | 710 | Q15 : Les réunions font-elles l’objet d’un ordre du jour et d’un procès-verbal ou d’un relevé de conclusions ? |  |
|  | 715 | Q16 : Le management du pôle permet-il la participation des professionnels à la conception du projet du pôle et à sa mise en œuvre ainsi qu’au traitement des problèmes du service ? |  |
|  | 720 | Q17 : Comment les responsables du pôle veillent-ils à adapter les ressources du service à l’activité ? |  |
|  | 725 | Q18 : Comment le responsable médical et le cadre du service qualifient-ils la relation du service avec le pôle ? |  |
|  | 730 | ***Réunions d’équipe concernant le service*** |  |
|  | 735 | Q19 : Des réunions d’équipe sont-elles organisées ? |  |
|  | 740 | Q20 : Quelle en est la fréquence ? |  |
|  | 745 | Q21 : Quel est le contenu des ordres du jour et des relevés de conclusions ? |  |
|  | 750 | Q22 : Les mêmes sujets y sont-ils régulièrement abordés ? |  |
|  | 755 | Q23 : Les praticiens du service y sont-ils associés ? |  |
|  | 760 | Q24 : Les autres professionnels du service y participent-ils ? Le personnel de nuit peut-il y participer ? |  |
|  | 765 | Q25 : De quelle manière ? |  |
|  | 770 | Q26 : En quelle proportion par rapport à l’effectif ? |  |
|  | 775 | Q27 : Le chef de pôle et le cadre de pôle assistent-ils à des réunions de service ? |  |
|  | 780 | Q28 : Comment le responsable médical du service associe-t-il l’équipe médicale ? |  |
|  | 785 | Q29 : Comment cette association est-elle qualifiée par les praticiens et le médecin responsable ? |  |
|  | 790 | Q30 : Comment sont organisées les relations entre le responsable médical et l’encadrement ? |  |
|  | 795 | Q31 : Quel est le système de coordination mis en place ? |  |
|  | 800 | Q32 : Selon eux donne-t-il satisfaction aux professionnels ? |  |
|  | 805 | Q33 : Sur quels sujets porte cette coordination ? |  |
|  | 810 | Q34 : Comment qualifient-ils le contenu de leur relation et de leur coordination ? |  |
|  | 815 | Q35 : Les questions relatives à l’organisation du travail de l’équipe sont-elles abordées lors de ces réunions ? |  |
|  | 820 | Q36 : Si oui, quels en ont été les motifs ? Quelles en ont été les conclusions ? |  |
|  | 825 | Q37 : Quels sont les documents-preuves disponibles ? |  |
|  | 830 | Q38 : Les questions relatives à la coordination entre l’organisation de l’équipe médicale et celle de l’équipe paramédicale sont-elles abordées ? Par exemple, l’organisation et la durée de la visite, de la contre-visite, ont-elles fait l’objet d’une analyse commune et d’une décision partagée ? |  |
|  | 835 | Q39 : D’autres professionnels de l’établissement participent-ils à ces réunions (qualiticien, médecin hygiéniste, ingénieur en organisation, médecin du travail…) ? |  |
|  | 840 | ***Réunions de staff relatives à la prise en charge des patients*** |  |
|  | 845 | Q40 : Des réunions de staff sont-elles organisées formellement ? |  |
|  | 850 | Q41 : Par qui sont-elles animées ? |  |
|  | 855 | Q42 : Tous les praticiens y participent-ils ? |  |
|  | 860 | Q43 : Les paramédicaux y participent-ils aussi ? Lesquels ? |  |
|  | 865 | Q44 : Un document écrit en formalise-t-il les conclusions ? |  |
|  | 870 | Q45 : Quelle est la fréquence des staffs médicaux ? |  |
|  | 875 | Q46 : La visite et la contre-visite sont-elles précédées de réunions de préparation ? |  |
|  | 880 | Q47 : Quels sont les professionnels qui participent aux unes et aux autres ? |  |
|  | 885 | Q48 : Quelle est la traçabilité des décisions prises? |  |
|  | 890 | Conclusions : 131 Structures de concertation au sein du pôle ou du service - Staffs médicaux |  |
|  | 895 | * 1. Gestion de la qualité |  |
| [F141](#_Démarche_d’amélioration_de) | 900 | 141 Démarche d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (à voir au niveau de l’établissement et du service) |  |
|  | 905 | Q01 : L’établissement a-t-il élaboré un programme d’amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins? |  |
|  | 910 | Q02 : Quels en sont les orientations et les objectifs essentiels ? |  |
|  | 915 | Q03 : Quel est le contenu des évaluations de sa mise en œuvre ? |  |
|  | 920 | Q04 : Le contrat de pôle définit-il des objectifs en matière de qualité des soins et de sécurité des soins ? |  |
|  | 925 | Q05 : Le projet du service définit-il des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins ? |  |
|  | 930 | Q06 : Y-a-t-il des liens entre eux ? |  |
|  | 935 | Q07 : La démarche d’amélioration de la qualité des soins du service s’articule-t-elle avec la politique de prévention et de gestion des risques de l’établissement ? De quelle manière et sur quels thèmes ? |  |
|  | 940 | Q08 : Le service est-il engagé dans des procédures de certification particulières : ISO, Jacie… ? |  |
|  | 945 | ***Adhésion des professionnels*** |  |
|  | 950 | Q09 : Un responsable « qualité » a-t-il été désigné pour le service ? |  |
|  | 955 | Q10 : Est-il spécifique au service ou partagé entre plusieurs ? |  |
|  | 960 | Q11 : L’établissement, le responsable de pôle, le responsable médical de l’unité et l’encadrement du service affichent-ils une volonté claire de mise en place d’une démarche d’amélioration continue de la qualité ? |  |
|  | 965 | Q12 : Comment cela se traduit-il ? |  |
|  | 970 | Q13 : L’ensemble du personnel est-il associé à la démarche ? |  |
|  | 975 | Q14 : Comment y participe-t-il ? |  |
|  | 980 | Q15 : Comment la Direction Qualité de l’établissement s’investit-elle dans le suivi du service ? |  |
|  | 985 | Q16 : De quelle manière et avec quelle fréquence ? |  |
|  | 990 | ***Formation*** |  |
|  | 995 | Q17 : Les professionnels bénéficient-ils de formations sur les thèmes de la qualité et de la sécurité des soins ? Sur l'audit, la méthodologie des EPP, le patient traceur? |  |
|  | 1000 | Q18 : Si oui combien d’agents y ont participé au cours des 3 dernières années? |  |
|  | 1005 | Q19 : Sur quels thèmes ? |  |
|  | 1010 | ***Elaboration et utilisation de documents de référence*** |  |
|  | 1015 | Q20 : Est-ce que des procédures ou des protocoles ont été établis et validés ? |  |
|  | 1020 | Q21 : Sont-ils portés par un système de gestion documentaire ? |  |
|  | 1025 | Q22 : Dans quels domaines et sur quelles actions ? |  |
|  | 1030 | Q23 : Sont-ils évalués ? Qu’indiquent les documents d’évaluation ? |  |
|  | 1035 | Q24 : Les procédures et/ou les protocoles sont-ils mis à jour ? |  |
|  | 1040 | Q25 : Quelles sont les modalités de révision de ces documents ? |  |
|  | 1045 | Q26 : D’autres services spécialisés de l’établissement sont-ils associés à l’élaboration de protocoles et à leur révision (ex : EOHH) ? |  |
|  | 1050 | Q27 : Les références aux procédures, aux recommandations ou guides de bonnes pratiques validées ou élaborées par la HAS et les sociétés savantes ont-elles été utilisées pour élaborer les procédures et protocoles internes à l’établissement ? |  |
|  | 1055 | Q28 : Sont-elles connues des équipes y compris médicales ? |  |
|  | 1060 | Q29 : Qu’est-ce qui a été mis en place pour que les équipes s’approprient les procédures et les protocoles ? |  |
|  | 1065 | Q30 :Qu’est-ce qui a été mis en place pour que les équipes s’approprient les recommandations et guides de bonnes pratiques et les mettent en œuvre ? |  |
|  | 1070 | Q31 : Certains processus de travail font-ils l’objet de procédure ? Si oui, lesquels ? |  |
|  | 1075 | Q32 : Quelles sont les formations éventuellement mises en place ? |  |
|  | 1080 | ***Evaluation des pratiques professionnelles*** |  |
|  | 1085 | Q33 : Des Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) ont-elles été organisées à l’échelle de l’établissement ? |  |
|  | 1090 | Q34 : Quel est le nombre d’EPP menées dans le service depuis trois ans ? Combien d’EPP spécifiques au service ? Combien d’EPP communes à un groupe de services ? |  |
|  | 1095 | Q35 : Quels en sont les thèmes ? |  |
|  | 1100 | Q36 : Quels en sont les suivis ? Des actions sont-elles mises en œuvre au vu des résultats ? |  |
|  | 1105 | Q37 : Des Revues Morbidité Mortalité (RMM) sont-elles organisées dans le service ? |  |
|  | 1110 | Q38 : A quelle fréquence ? |  |
|  | 1115 | Q39 : Sur quels thèmes ? |  |
|  | 1120 | Q40 : Des RMM ou des CREX (comités de retour d’expériences) ont-ils été organisés suite à la survenue et à la déclaration d’évènements indésirables ou évènements indésirables graves ou signalements ou réclamations ? |  |
|  | 1125 | Q41 : Sur quels thèmes ? |  |
|  | 1130 | Q42 : Quels sont les documents disponibles ? |  |
|  | 1135 | Q43 : Des EPP portant sur des processus de travail ont-elles été réalisées dans le service ? Lesquelles ? Préparation et pose de cathéters, par exemple. |  |
|  | 1140 | Q44 : Est-ce que l’analyse de certains processus de travail a été intégrée dans certaines EPP ? Lesquels ? |  |
|  | 1145 | ***Certification et accréditation des professionnels, IPAQSS*** |  |
|  | 1150 | Q45 : Quelles sont les conclusions de la HAS contenues dans le dernier rapport de certification sur l’établissement ? |  |
|  | 1155 | Q46 : Est-ce qu’il y figure des recommandations concernant le service ? |  |
|  | 1160 | Q47 : La méthode du Patient traceur est-elle utilisée dans le service ? |  |
|  | 1165 | Q48 : Si oui, quels en ont été les résultats et de quelle manière ont-ils été exploités ? |  |
|  | 1170 | Q49 : La méthode de l’audit des processus a-t-elle été utilisée dans le service ? |  |
|  | 1175 | Q50 : Combien de professionnels sont accrédités par la HAS ? |  |
|  | 1180 | Q51 : Comment l’établissement ou/et le service intègrent-ils la certification et l’accréditation des professionnels à sa démarche d’amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ? |  |
|  | 1185 | Q52 : Est-ce que l’établissement utilise les IPAQSS comme outils d’évaluation interne ? |  |
|  | 1190 | ***Satisfaction des patients*** |  |
|  | 1195 | Q53 : Comment est apprécié le degré de satisfaction des patients ? |  |
|  | 1200 | Q54 : Comment sont traités les témoignages d’insatisfaction et ceux de remerciements ? |  |
|  | 1205 | Q55 : Existe-t-il une procédure de traitement d’une plainte, d’un signalement, d’une réclamation ? Quelles en sont ses principales caractéristiques ? |  |
|  | 1210 | ***Politique de bientraitance*** |  |
|  | 1215 | Q56 : L’établissement a-t-il mis en œuvre une politique de bientraitance conformément aux recommandations de la HAS ? |  |
|  | 1220 | Q57 : Si oui, comment se traduit-elle dans le service? |  |
|  | 1225 | Q58 : Comment ont été traitées des situations avérées de maltraitance ? |  |
|  | 1230 | ***Veille réglementaire et documentaire*** |  |
|  | 1235 | Q59 : Comment est organisée la veille réglementaire et documentaire permettant une mise à jour régulière des procédures et protocoles internes ? |  |
|  | 1240 | Q60 : Comment est organisée la veille réglementaire et documentaire permettant une mise à jour régulière des recommandations et guides de bonnes pratiques ? |  |
|  | 1245 | ***Qualité de vie au travail*** |  |
|  | 1250 | Q61 : L’établissement a-t-il mis en place un programme d’amélioration de la qualité de vie au travail s’appuyant sur les recommandations de la HAS ? Le service y participe-t-il ? |  |
|  | 1255 | Q62 : Si oui, à quelle étape en est la réalisation du programme ? |  |
|  | 1260 | Q63 : Un diagnostic a-t-il été réalisé ? Un plan d’action est-il mis en œuvre ? Sur quels thèmes? |  |
|  | 1265 | Q64 : En cas d’absence de programme, le service a-t-il entrepris néanmoins des réflexions sur ce sujet ? |  |
|  | 1270 | Q65 : Si oui, qu’ont-elles permis d’entreprendre ? |  |
|  | 1275 | Conclusions : 141 Démarche d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (à voir au niveau de l’établissement et du service) |  |
| [F142](#_Certification_-_Accréditation) | 1280 | 142 Certification - Accréditation des professionnels |  |
|  | 1285 | ***Certification*** |  |
|  | 1290 | Q01 : Quelles sont les observations et/ou recommandations de la HAS sur l’activité du service contenues dans le dernier rapport de certification ? |  |
|  | 1295 | Q02 : Comment le service les a-t-il traitées ? Avec quelle évaluation ? |  |
|  | 1300 | Q03 : L’établissement a-t-il établi son compte qualité (CQ) ? |  |
|  | 1305 | Q04 : La méthode du Patient traceur a-t-elle été utilisée dans le service ? (*voir également fonction 1.4.1*) |  |
|  | 1310 | Q05 : Si oui, quels en ont été les résultats ? |  |
|  | 1315 | Q06 : De quelle manière ont-ils été exploités ? |  |
|  | 1320 | Q07 : La méthode de l’audit des processus a-t-elle été utilisée dans le service ? |  |
|  | 1325 | Q08 : Si oui, quels en ont été les résultats ? |  |
|  | 1330 | Q09 : De quelle manière ont-ils été exploités ? |  |
|  | 1335 | Q10 : Pouvez-vous les détailler ? |  |
|  | 1340 | Q11 : Quelle est la période prévue pour la prochaine certification ? |  |
|  | 1345 | Q12 : Comment le service s’y prépare-t-il ? |  |
|  | 1350 | *Accréditation des professionnels de santé* |  |
|  | 1355 | Q13 : Quel est le nombre de médecins engagés dans la procédure d’accréditation ? A titre individuel ou en équipe ? |  |
|  | 1360 | Q14 : Comment le service intègre-t-il l’accréditation des praticiens à sa démarche d’amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ? (*voir également fonction 1.4.1*) |  |
|  | 1365 | Conclusions : 142 Certification - Accréditation des professionnels |  |
| [F143](#_Indicateurs_IPAQSS_1) | 1370 | 143 Indicateurs IPAQSS |  |
|  | 1375 | Q01 : L’établissement utilise-t-il les IPAQSS pour développer la politique Qualité au sein des diverses activités ? |  |
|  | 1380 | Q02 : L’établissement restitue-t-il- en complément les résultats par pôle et par service ? |  |
|  | 1385 | Q03 : Le service utilise-t-il les IPAQSS comme outils d’évaluation interne dans le cadre de la démarche d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ? (*voir également fonction 1.4.1)* |  |
|  | 1390 | Q04 : Quelle est la méthode utilisée ? |  |
|  | 1395 | Q05 : Comment les résultats sont-ils analysés et utilisés par le service ? |  |
|  | 1400 | Q06 : Sont-ils connus des professionnels ? |  |
|  | 1405 | Q07 : Le service surveille-t-il certaines infections associées aux soins ? |  |
|  | 1410 | Q08: La surveillance s'opère-t-elle dans le cadre d'un réseau (Réa raisin, ISO, Néocath…)? |  |
|  | 1415 | Q09 : De quelle manière le service et/ou l’établissement met-il à disposition du public les résultats des IPAQSS ? |  |
|  | 1420 | Conclusions : 143 Indicateurs IPAQSS |  |
| [F144](#_Politique_de_promotion) | 1425 | 144 Politique de promotion de la bientraitance |  |
|  | 1430 | Q01 : L’établissement a-t-il mis en œuvre en politique de bientraitance conformément aux recommandations de la HAS ? |  |
|  | 1435 | Q02 : Si oui, comment se traduit-elle dans le service ? |  |
|  | 1440 | Q03 : Comment ont été traitées des situations avérées de maltraitance, s’il s’en est produit ? |  |
|  | 1445 | Q04 : Comment les cas de maltraitance ont-ils été signalés? |  |
|  | 1450 | Conclusions : 144 Politique de promotion de la bientraitance |  |
|  | 1455 | 1.5 Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables |  |
| [F151](#_Politique_de_prévention) | 1460 | 151 Politique de prévention et de gestion des risques, situations d’urgence |  |
|  | 1465 | Q01 : Une politique d’accueil du public et des familles est-elle mise en œuvre ? |  |
|  | 1470 | Q02 : Le personnel est-il formé à la gestion de certaines situations exceptionnelles (exemples : agressions, situations de tension avec des patients ou des familles, entre professionnels) ? |  |
|  | 1475 | ***Politique de prévention et de gestion des risques notamment des risques associés aux soins*** |  |
|  | 1480 | Q03 : L’établissement a-t-il nommé un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins? Q04 : Quelle est sa profession ? Quelle est sa place dans l’organigramme de l’établissement ? |  |
|  | 1485 | Q05 : Une cartographie des risques associés aux soins (à priori et/ou à postériori) a-t-elle été effectuée pour le service ? |  |
|  | 1490 | Q06 : Si oui, sur quels risques le service a-t-il priorisé ses actions ? |  |
|  | 1495 | Q07 : Quelles procédures ont été élaborées à la suite à de la réalisation de cette cartographie ? |  |
|  | 1500 | Q08 : Sont-elles évaluées ? |  |
|  | 1505 | Q09 : Sont-elles actualisées ? |  |
|  | 1510 | Q10 : Le programme de prévention et de gestion des risques du service tient-il compte de l’analyse des EI, EIG, signalements et plaintes ? (*voir également fiche 1.5.2)* |  |
|  | 1515 | Q11 : Le service ou l’unité est-il considéré comme un secteur à risques et suivi en tant que tel par l’Equipe Opérationnelle d’Hygiène Hospitalière (EOHH) ? |  |
|  | 1520 | Q12 : Quelles sont les modalités d’intégration et de participation de l’EOHH ? |  |
|  | 1525 | Q13 : Comment le médecin hygiéniste et le responsable médical du service qualifient-ils la gestion du risque infectieux dans le service ? |  |
|  | 1530 | Q14 : L'unité dispose-t-elle d'un correspondant en hygiène? Si oui, propre au service ou partagé? |  |
|  | 1535 | Q15 : Existe-t-il une déclinaison des indicateurs ICALIN (Indice Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales) pour le service ? |  |
|  | 1540 | Q16 : Des objectifs de consommation de SHA (solution hydro-alcoolique) sont-ils fixés au service et si oui, quelles en sont les évaluations ? |  |
|  | 1545 | Q17 : Le service a-t-il développé une politique d’antibiothérapie en lien avec le comité des anti-infectieux ? |  |
|  | 1550 | Q18 : Pour prescrire, les praticiens ont-ils la possibilité de faire appel à des référents ? |  |
|  | 1555 | Q19 : Quelle est la pratique du service dans la gestion des patients porteurs de bactéries multi-résistantes (BMR) ? |  |
|  | 1560 | Q20 : Y a-t-il un protocole institutionnel ? Est-il connu des équipes ? |  |
|  | 1565 | Q21 : Son application dans le service a-t-elle été évaluée ? |  |
|  | 1570 | Q22 : Le service est-il concerné par les protocoles de préparation du patient opéré ? |  |
|  | 1575 | Q23 : Si oui, quels sont les résultats des évaluations effectuées ? |  |
|  | 1580 | Q24 : Le service est-il concerné par le suivi des infections du site opératoire (ISO) ? |  |
|  | 1585 | Q25 : Si oui, quels sont les résultats des 3 années précédentes ? |  |
|  | 1590 | Q26 : Ont-ils conduit le service à prendre des mesures particulières ? Lesquelles ? |  |
|  | 1595 | Q27 : Existe-t-il dans le service un plan d’entretien des locaux validé par l’EOHH ? |  |
|  | 1600 | Q28 : Des prélèvements air et/ou surface sont-ils effectués et avec quelle fréquence? |  |
|  | 1605 | Q29 : Si oui, quels en sont les résultats sur l’année précédente ? |  |
|  | 1610 | Q30 : Si le service dispose de protocoles particuliers concernant directement ou indirectement le risque infectieux, l’EOHH a-t-elle contribué à leur élaboration et participé à leur validation ? |  |
|  | 1615 | ***Plans de réponse aux situations de risques exceptionnels*** |  |
|  | 1620 | Q31 : Le service a-t-il connu des situations de risques exceptionnels nécessitant un traitement en urgence ? Si oui, lesquelles ? |  |
|  | 1625 | Q32 : Comment l’établissement et le service y ont-ils répondu ? |  |
|  | 1630 | Q33 : Le service est-il spécifiquement concerné par les dispositions du plan blanc ? |  |
|  | 1635 | Q34 : Dans ce cadre, les modalités de rappel des professionnels sont-elles fixées ? |  |
|  | 1640 | Q35 : Sont-elles connues ? Ont-elles déjà été appliquées ? Avec quels résultats ? |  |
|  | 1645 | Q36 : Le service a-t-il déjà été impliqué dans un exercice de simulation ? |  |
|  | 1650 | Q37 : Si oui, quelles en ont été les conclusions ? |  |
|  | 1655 | Conclusions : 151 Politique de prévention et de gestion des risques, situations d’urgence |  |
| [F152](#_Évènements_indésirables_ou) | 1660 | 152 Gestion des évènements indésirables, réclamations, signalements |  |
|  | 1665 | Q01 : Existe-t-il une procédure institutionnelle de traitement interne des évènements indésirables, des réclamations et des signalements (recueil, traitement, rapport, suivi…) ? |  |
|  | 1670 | Q02 : De quelle manière le pôle et le service l’appliquent-ils? |  |
|  | 1675 | Q03 : Combien d’EIG ont été déclarés par le service à la direction de l’établissement au cours des deux dernières années ? |  |
|  | 1680 | Q04 : Quels en sont les thèmes ? |  |
|  | 1685 | Q05 : Quels sont les délais de transmission de ces signalements à la direction ? |  |
|  | 1690 | Q06 : Quelles sont les modalités habituelles d’instruction et de traitement de ces évènements ? |  |
|  | 1695 | Q07 : Les professionnels du service sont-ils associés au traitement de ces évènements ainsi qu’à l’élaboration des réajustements de pratique que cela peut nécessiter ? |  |
|  | 1700 | Q08 : Comment est effectuée la restitution auprès des équipes médicales et paramédicales ? |  |
|  | 1705 | Q09 : La direction de l’établissement a-t-elle transmis à l’ARS les signalements conformément aux règles en vigueur et/ou avec un protocole conclu ? |  |
|  | 1710 | Q10 : Quels sont les évènements qui ont fait l’objet d’une saisine du Parquet, d’un article 40 du CPP ? |  |
|  | 1715 | Q11 : Des RMM ou des CREX (comités de retour d’expériences) ont-ils été organisés suite à la survenue d’évènements indésirables ou évènements indésirables graves ou signalements ou réclamations et sur quels thèmes ? (*voir également fonction 1.4.1*) |  |
|  | 1720 | Q12 : Les équipes médicales et para médicales y participent-elles? Participent-elles à la réflexion sur les réajustements de pratiques rendus nécessaires? Comment s'approprient-elles les décisions prises? |  |
|  | 1725 | Conclusions : 152 Gestion des évènements indésirables, réclamations, signalements |  |
|  | 1730 | **2. Fonctions support** |  |
|  | 1735 | 2.1. Gestion des ressources humaines |  |
| [F211](#_Personnels) | 1740 | 211 Personnels, qualifications |  |
|  | 1745 | ***Effectifs-plannings*** |  |
|  | 1750 | Q01 : Quels sont les effectifs par corps et par grade ? |  |
|  | 1755 | Q02 : Comment se répartissent-ils : catégories professionnelles, qualifications, statuts (titulaires, stagiaires, contrats à durée indéterminée (CDI), contrats à durée déterminée (CDD), mis à disposition, intérimaires,…), |  |
|  | 1760 | Q03 : Quel est le nombre de cadres de santé ? Sont-ils titulaires du diplôme ? Sont-ils faisant-fonction ? |  |
|  | 1765 | Q04 : Quelle est l’évolution des effectifs des personnels sur les 3 dernières années ? |  |
|  | 1770 | Q05 : Dans le planning, combien de postes de travail IDE, AS, ASH… sont-ils prévus par jour et par week-end (matin, après-midi, nuit ?) |  |
|  | 1775 | Q06 : Le jour de survenue d’un événement indésirable grave, l’effectif présent était-il adapté à la charge de travail ? |  |
|  | 1780 | Q07 : Quel est le taux de rotation par corps et par grade des personnels (ratio de rotation, ancienneté dans les postes du service…) |  |
|  | 1785 | Q08 : Quels sont les enseignements à tirer de l’analyse des plannings réels (par comparaison avec les plannings prévisionnels) des 6 derniers mois ? (exemple : linéarité du nombre d’agents présents) |  |
|  | 1790 | Q09 : Les plannings sont-ils issus de trames institutionnelles ou bien sont-ils spécifiques au service ? |  |
|  | 1795 | Q10 : Quels sont les effectifs présents le jour du contrôle ? |  |
|  | 1800 | Q11 : Sont-ils conformes aux plannings prévisionnels ? |  |
|  | 1805 | Q12 : L’élaboration des plannings correspond-elle aux exigences réglementaires ? |  |
|  | 1810 | Q13 : L’équipe participe-t-elle à son élaboration ? |  |
|  | 1815 | Q14 : Sont-ils affichés dans le service ? |  |
|  | 1820 | Q15 : Le planning fait-il l’objet de modifications fréquentes ? Sont-elles évaluées ? |  |
|  | 1825 | Q16 : Proviennent-elles de demandes du cadre ou de demandes des agents ? |  |
|  | 1830 | Q17 : Les plannings permettent-ils l’octroi régulier d’un week-end ou dimanche de repos tous les 15 jours ? |  |
|  | 1835 | Q18 : Si non pour quelles raisons ? |  |
|  | 1840 | Q19 : L’organisation des plannings permet-elle l’application des dispositions statutaires concernant les repos hebdomadaires, les repos de dimanche ainsi que le temps de repos entre deux séquences de travail ? |  |
|  | 1845 | Q20 : Vérifier l’application réelle à partir des plannings des 6 derniers mois. |  |
|  | 1850 | Q21 : Les récupérations de jours fériés et une partie des jours RTT sont-ils inclus dans le planning ? |  |
|  | 1855 | Q22 : A quel moment et comment est arrêté le planning des congés annuels de l’équipe paramédicale ? |  |
|  | 1860 | Q23 : Au vu des congés de l’année précédente, cette planification est-elle correctement étalée dans le temps et équitable pour tous les agents ? |  |
|  | 1865 | Q24 : A quel moment et comment sont arrêtés les congés annuels des praticiens du service ? |  |
|  | 1870 | Q25 : Existe-t-il une corrélation entre le planning des congés des praticiens et celui de l’équipe paramédicale ? |  |
|  | 1875 | Q26 : Existe-t-il une corrélation entre la planification générale des congés et certains événements tels que fermeture de lits, congrès médicaux… ? |  |
|  | 1880 | Q27 : Existe-t-il un tableau de service mensuel prévisionnel et réel pour les membres de l’équipe médicale ? |  |
|  | 1885 | Q28 : Est-il affiché dans le service ? |  |
|  | 1890 | ***Personnels*** |  |
|  | 1895 | Q29 : Quelles sont les procédures appliquées pour les recrutements? (PM-PNM)[[9]](#footnote-9) Existe-t-il une délégation aux pôles ? Respecte-t-elle ces procédures ? |  |
|  | 1900 | Q30 : Quel est le contenu des dossiers (embauche, diplôme, suivi de la carrière, preuves des vérifications du diplôme et du casier judiciaire…) ? (PM-PNM) |  |
|  | 1905 | Q31: Y-a-t-il eu des déclarations auprès de l’ARS concernant des personnes présentant de faux diplômes ? |  |
|  | 1910 | Q32 : Le parcours antérieur des candidats à une embauche ou à l’exercice d’une fonction est-il systématiquement vérifié ? (PM-PNM) |  |
|  | 1915 | Q33 : Existe-t-il des fiches de poste pour les différentes fonctions définissant précisément le niveau de compétences requises et éventuellement des pré-requis ? |  |
|  | 1920 | Q34 : Existe-t-il une politique d’intégration et d’accompagnement des professionnels en situation de handicap ? |  |
|  | 1925 | Q35 : Existe-t-il une procédure d’évaluation pour les PNM ? L’entretien annuel d’évaluation est-il systématisé ? |  |
|  | 1930 | Q36 : Intègre-t-il des objectifs personnels ? Font-ils l’objet d’une contractualisation ? |  |
|  | 1935 | Q37 : Intègre-t-il l’évaluation de l’atteinte des objectifs de chaque agent ? |  |
|  | 1940 | Q38 : Les entretiens annuels d'évaluation sont-ils tracés dans le dossier pour tout agent ? |  |
|  | 1945 | Q39 : Vérifier les fiches d’évaluation d’un quart des personnels affectés. |  |
|  | 1950 | Q40 : Les évaluations annuelles ciblent-elles des formations indispensables ? |  |
|  | 1955 | Q41 : Si oui, sur les deux dernières années ont-elles été réalisées ? |  |
|  | 1960 | Q42 : Des éléments d’alerte ont-ils été rapportés concernant les aptitudes de certains professionnels du service ? Sur quel support ? |  |
|  | 1965 | Q43 : Certains professionnels ont-ils fait l’objet de situations d’alerte dans leur affectation précédente ? |  |
|  | 1970 | Q44 : Les visites médicales effectuées par un médecin du travail sont-elles régulièrement assurées pour chaque agent, comme prévu par le Code du travail ? (PM-PNM) |  |
|  | 1975 | Q45 : Existe-t-il des fiches d’aptitude au poste concerné ? |  |
|  | 1980 | Q46 : Les postes de travail permettent-ils de respecter les éventuelles restrictions posées par la médecine du travail ? |  |
|  | 1985 | Q47 : La couverture vaccinale est-elle systématiquement recherchée, vérifiée et assurée ? |  |
|  | 1990 | Q48 : La vaccination antigrippale annuelle est-elle proposée à chaque agent ? Fait-elle l'objet d'une sensibilisation des personnels ? |  |
|  | 1995 | Q49 : Quel est le taux de vaccination antigrippale pour le personnel (PM et PNM) du service? |  |
|  | 2000 | Q50 : Le document unique d’évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévu à l’article R. 4121-1 du code du travail existe-t-il ? |  |
|  | 2005 | Q51 : Le médecin du travail est-il consulté pour les conditions de travail, l'adaptation des postes, l'hygiène, la prévention et l'éducation sanitaire et avant toute modification importante sur l'organisation du travail de nuit, conformément aux dispositions de l’article R. 4623-1 du code du travail ? |  |
|  | 2010 | Q52 : Quel est le volume d’heures supplémentaires effectué annuellement par les personnels non-médicaux (moyenne par agent) ? |  |
|  | 2015 | Q53 : Pour les professionnels concernés (praticiens, internes), le repos de sécurité est-il respecté après une garde ou après un déplacement au cours de la permanence et de la continuité des soins (en fonction de sa durée) ? |  |
|  | 2020 | Q54 : Les personnels disposent-ils de fiches de poste adaptées (description des fonctions, conduites à tenir, marge d’initiative et limites en cas d’évènement inattendu, possibilité de recours auprès des cadres de permanence ou d’astreinte) ? |  |
|  | 2025 | Q55 : Les délégations de tâches sont-elles expressément décrites ? |  |
|  | 2030 | Q56 : Des glissements de tâches sont-ils constatés ? Lesquels ? Pour quelles fonctions ? |  |
|  | 2035 | Q57 : Selon les soignants, quels impacts négatifs génèrent-ils ? |  |
|  | 2040 | Q58 : Combien d’étudiants infirmiers sont présents en moyenne par poste de travail (matin, après-midi, nuit) ? Comment est opéré leur encadrement? |  |
|  | 2045 | Q59 : Leurs tâches sont-elles clairement définies ? Font-elles l’objet de débordement ? |  |
|  | 2050 | Q60 : Quelles évaluations en sont faites ? |  |
|  | 2055 | ***Éléments de bilan social*** |  |
|  | 2060 | Q61 : Existe-t-il des statistiques sur l’absentéisme des personnels par catégorie, par services, en distinguant les principaux motifs (congés de maternité, accidents du travail, absences de courtes durées pour maladie…) ? |  |
|  | 2065 | Q62 : Combien de jours de grève ont concerné ce service au cours des deux dernières années ? |  |
|  | 2070 | ***Signalement d’incidents*** |  |
|  | 2075 | Q63 : Des incidents ont-ils eu lieu dans le service mettant en cause le comportement ou les pratiques d’un praticien ou d’un professionnel paramédical ? |  |
|  | 2080 | Q64: Si oui, cela concernait-il les rapports avec les patients et leur famille ? Cela a-t-il empêché une bonne évaluation des besoins des patients ? |  |
|  | 2085 | Q65 : Cela concernait-il les rapports entre les professionnels ? |  |
|  | 2090 | Q66 : Cela a-t-il empêché une bonne coordination entre les soignants ? |  |
|  | 2095 | Q67 : Comment ces incidents ont-ils été traités ? Par qui ? |  |
|  | 2100 | Q68 : Ont-ils donné lieu à une évaluation avec le professionnel concerné ? Par qui? |  |
|  | 2105 | Q69 : Ont-ils donné lieu à un rapport adressé à la direction ? |  |
|  | 2110 | Q70 : Dans ce cas, ces rapports ont-ils donné lieu à des sanctions disciplinaires ? Combien et de quelle nature ? Sinon, y-a-t-il eu d'autres suites? Lesquelles? |  |
|  | 2115 | Conclusions : 211 Personnels, qualifications |  |
| [F212](#_Affectation_des_personnels) | 2120 | 212 Continuité du fonctionnement |  |
|  | 2125 | ***Présentéisme-Absentéisme*** |  |
|  | 2130 | Q01: Comment est contrôlée la présence des agents ? |  |
|  | 2135 | Q02 : L’établissement et le service disposent-ils d’un système informatisé de gestion des présences et du temps de travail ? Pour les praticiens ? Pour les personnels paramédicaux ? |  |
|  | 2140 | Q03 : Quel est le volume d’absentéisme pour maladie du service ? |  |
|  | 2145 | Q04 : Quel est le nombre moyen de jours d’absence par agent et par an ? |  |
|  | 2150 | Q05 : Quel est le nombre d’agents ayant bénéficié de congés pour maternité au cours des 3 dernières années ? |  |
|  | 2155 | Q06 : Ont-ils été remplacés ? |  |
|  | 2160 | Q07 : Le service dispose-t-il des moyens humains pour faire face à l’absentéisme de courte durée (inférieure à 5 jours) ? |  |
|  | 2165 | Q08 : Existe-t-il une procédure particulière pour réorganiser le travail en cas d’absentéisme imprévu inférieur à 3 jours par exemple ? |  |
|  | 2170 | Q09 : Si oui, l’équipe et les médecins ont-ils contribué à son élaboration ? Et à son évaluation ? |  |
|  | 2175 | Q10 : Une partie de l’absentéisme est-il pris en charge par une équipe de remplacement ? |  |
|  | 2180 | Q11 : Combien de jours ont-ils ainsi été pris en charge au cours de l’année précédente ? |  |
|  | 2185 | Q12 : Combien de fois les agents du service ont-ils été rappelés pendant leur repos au cours des 12 derniers mois pour pallier un absentéisme impromptu ? |  |
|  | 2190 | Q13 : Quels sont les ressentis exprimés par les agents sur le sujet ? |  |
|  | 2195 | Q14 : L’unité a-t-elle recours à l’intérim ? Si oui, combien de jours au cours des 2 dernières années ? |  |
|  | 2200 | ***Transmissions-Staffs*** |  |
|  | 2205 | Q15 : Quelles sont les modalités (durée, supports utilisés, participants…) mises en œuvre pour organiser les transmissions dans le service ? |  |
|  | 2210 | Q16 : Sur la base de l’analyse du dossier des patients présents, quels constats peuvent être opérés sur la qualité et la fiabilité de ces transmissions ? |  |
|  | 2215 | Q17 : Des différences sont-elles observées dans la pratique des transmissions jour-nuit, nuit-jour et méridienne ? |  |
|  | 2220 | Q18 : Des staffs médicaux sont-ils organisés ? Quels en sont les participants ? Quelle est leur fréquence ? |  |
|  | 2225 | Q19 : Les décisions prises au cours de ces staffs font-elles l’objet d’une formalisation particulière ? |  |
|  | 2230 | Q20 : Comment l’équipe paramédicale est-elle informée des décisions prises au cours de ces staffs ? |  |
|  | 2235 | Q21 : S’il s’agit d’un service de chirurgie, existe-t-il des staffs d’indications opératoires ainsi que des staffs de programmation opératoire ? |  |
|  | 2240 | ***Organisation des liens entre les équipes médicales et paramédicales*** |  |
|  | 2245 | Q22 : Comment est préparée la visite du matin et la contre-visite du soir ? |  |
|  | 2250 | Q23 : Qui participe à la visite du matin et à la contre-visite du soir ? |  |
|  | 2255 | Q24 : Un médecin senior y participe-t-il systématiquement ? |  |
|  | 2260 | Q25 : A quelles heures ont-elles lieu et quelle est leur durée ? |  |
|  | 2265 | Q26 : Ont-elles lieu le samedi et le dimanche ? |  |
|  | 2270 | Q27 : En dehors des visites, un médecin senior est-il disponible pour l’équipe paramédicale ? Quand ? Sur place ? Ou au téléphone ? |  |
|  | 2275 | ***Organisation de la permanence des soins*** |  |
|  | 2280 | Q28 : La permanence des soins est-elle spécifique au service ou bien partagée avec d’autres ? |  |
|  | 2285 | Q29 : S’agit-il d’une permanence opérationnelle ou de sécurité ? Est-elle forfaitisée ? |  |
|  | 2290 | Q30 : S’agit-il d’un système de garde sur place ? |  |
|  | 2295 | Q31: Y a-t-il des demi-gardes ? |  |
|  | 2300 | Q32 : Les dispositions réglementaires sont-elles respectées ? |  |
|  | 2305 | Q33 : Comment sont contrôlés les déplacements déclarés pendant la permanence des soins ? |  |
|  | 2310 | Q34 : Lorsqu’il est dû, le repos de sécurité est-il respecté ? |  |
|  | 2315 | Q35 : En cas de problème, à qui fait appel l’infirmière la nuit ou le week-end ? |  |
|  | 2320 | Q36 : Qui établit et signe les modifications de prescriptions lorsque cela est nécessaire pendant les périodes de permanence des soins ? |  |
|  | 2325 | ***Fermeture du service-Réduction ponctuelle du capacitaire*** |  |
|  | 2330 | Q37 : Au cours des 12 derniers mois le service a-t-il été fermé ? |  |
|  | 2335 | Q38 : Pendant combien de temps ? Pour quelles raisons ? |  |
|  | 2340 | Q39 : Pendant les éventuelles périodes de fermeture où étaient hospitalisés les patients correspondant à la discipline ? |  |
|  | 2345 | Q40 : Pendant les éventuelles périodes de fermeture quel était le mode d’exercice de l’équipe paramédicale (réaffectation dans un autre service, congés ou RTT…)? |  |
|  | 2350 | Q41 : Au cours des 12 derniers mois des lits ont-ils été fermés ? Si oui, combien, à quels moments et pour quelles raisons ? |  |
|  | 2355 | ***Patients hospitalisés dans un service inadéquat*** |  |
|  | 2360 | Q42 : Au cours des 12 derniers mois, combien de patients relevant de la discipline du service ont-ils été hébergés et pris en charge dans un autre service de l’établissement ? |  |
|  | 2365 | Q43 : Dans ce cas comment s’organise l’équipe médicale du service ? |  |
|  | 2370 | Q44: Est-ce que les modalités de prise en charge existent? Si oui, ont été validées au niveau du service ? Du pôle ? De l’établissement ? |  |
|  | 2375 | Q45 : Au cours des 12 derniers mois, combien de patients relevant d’une autre discipline ont-ils été hébergé dans le service? |  |
|  | 2380 | Q46 : Qui en a assuré la prise en charge médicale ? |  |
|  | 2385 | Q47 : L’équipe paramédicale a-t-elle été confrontée à des difficultés dans la continuité de ces prises en charge ? Si oui, lesquelles? |  |
|  | 2390 | Conclusions : 212 Continuité du fonctionnement |  |
| [F213](#_Pratiques_professionnelles,_éthique) | 2395 | 213 Pratiques professionnelles, éthique |  |
|  | 2400 | Q01 : Qu’est-ce qui est mis en place pour que les praticiens s’approprient les guides de bonnes pratiques (sociétés savantes, HAS…) ? |  |
|  | 2405 | Q02 : Quel est le dispositif mis en place pour partager la connaissance de nouveaux protocoles ? |  |
|  | 2410 | Q03 : Qu’est-ce qui est mis en place pour que les paramédicaux s’approprient les protocoles élaborés dans l’établissement et dans le service ? Existe-t-il des staffs paramédicaux ? |  |
|  | 2415 | Q04 : Participent-ils à leur élaboration ? |  |
|  | 2420 | Q05: Les professionnels peuvent-ils échanger sur leurs pratiques professionnelles ? |  |
|  | 2425 | Q06 : Si oui, à quelles occasions et selon quelle méthode ? |  |
|  | 2430 | Q07 : Des évaluations de pratiques professionnelles (EPP) sont-elles réalisées dans le service ? |  |
|  | 2435 | Q08 : Combien au cours des 3 dernières années ? |  |
|  | 2440 | Q09 : Associent-elles praticiens et paramédicaux ? |  |
|  | 2445 | Q10 : La méthode du patient traceur a-t-elle été utilisée dans le service ? |  |
|  | 2450 | Q11 : Si oui sur quels thèmes ? |  |
|  | 2455 | Q12 : Quelle réflexion collective a été organisée pour que l’équipe s’en approprie les résultats ? |  |
|  | 2460 | Q13 : Existe-t-il une démarche de questionnement éthique permettant des réflexions préalables à des décisions dans l’intérêt des personnes ? |  |
|  | 2465 | Q14 : Les staffs médicaux constituent-ils l’espace de ces réflexions collectives ? |  |
|  | 2470 | Q15 : Ce questionnement éthique associe-t-il praticiens et paramédicaux ? |  |
|  | 2475 | Q16 : Selon quelles modalités et sur quels thèmes? |  |
|  | 2480 | Q17 : Si l’établissement dispose d’un espace éthique ? A-t-il été sollicité par les équipes du service ? |  |
|  | 2485 | Q18 : Sur quels thèmes précis ? Ou à quelles occasions ? |  |
|  | 2490 | Q19 : Le service a-t-il sollicité l’espace régional éthique ? |  |
|  | 2495 | Q20 : Sur quels thèmes ? Ou sur quelles situations ? |  |
|  | 2500 | Q21 : Des formations à l’éthique dans les pratiques ont-elles concerné les professionnels du service ? |  |
|  | 2505 | Q22 : Si oui, combien d’agents ont participé à ces formations ? |  |
|  | 2510 | Q23 : Certaines fonctions font-elles partie d’un protocole de coopération ? Si oui, quelle évaluation en est faite ? |  |
|  | 2515 | Conclusions : 213 Pratiques professionnelles, éthique |  |
| [F214](#_Formation,_accompagnement_à) | 2520 | 214 Formation - Développement professionnel continu (DPC) - promotion - Soutien des professionnels |  |
|  | 2525 | Q01 : Le plan de formation de l’établissement concerne-t-il des besoins identifiés par le service ? |  |
|  | 2530 | Q02 : Existe-t-il un plan de formation pour le pôle ? |  |
|  | 2535 | Q03 : Existe-t-il un système de délégation de gestion de la formation continue prévu dans le contrat de pôle ? |  |
|  | 2540 | Q04 : Les besoins individuels de formation sont-ils abordés par le cadre et les agents au cours des entretiens d’évaluation ? |  |
|  | 2545 | Q05 : Si oui, sont-ils consignés dans le document d’évaluation ? |  |
|  | 2550 | Q06 : Les besoins collectifs de formation sont-ils abordés en réunion de service ? |  |
|  | 2555 | Q07 : Les praticiens participent-ils à cette réflexion ? |  |
|  | 2560 | Q08 : Pour les établissements de droit privé, existe-t-il un plan de formation conformément à l’article L. 2323-34 du code du travail ? |  |
|  | 2565 | Q09 : Quels sont les principaux champs abordés par le plan ? |  |
|  | 2570 | Q10 : Correspondent-ils aux problématiques spécifiques ou prioritaires du service? |  |
|  | 2575 | Q11 : Correspondent-ils aux besoins individuels identifiés pour certains agents ? |  |
|  | 2580 | Q12 : A-t-il été soumis au comité technique d’établissement (CTE), à la commission médicale d’établissement (CME) pour les établissements publics, au comité d’entreprise pour les établissements privés ? |  |
|  | 2585 | Q13: Pour le lancement des sessions de formation, quelle est la procédure d’information du personnel et celle de l’inscription ? |  |
|  | 2590 | Q14 : Quel est le suivi des formations réalisées ? |  |
|  | 2595 | Q15: Existe-t-il un bilan annuel ? |  |
|  | 2600 | Q16 : Combien d’agents du service ont participé à des sessions de formation continue collectivement et à titre individuel au cours des 3 dernières années ? La participation d'agents à certaines sessions a-t-elle dû être annulée pour nécessités de service? |  |
|  | 2605 | Q17 : Existe-t-il des actions de soutien aux professionnels (d'analyse des pratiques, tutorat, groupes de parole…) |  |
|  | 2610 | Q18 : Existe-t-il dans l'établissement une formation spécifique pour les nouveaux agents? |  |
|  | 2615 | Q19 : Si oui, aborde-t-elle les thèmes de la qualité, de la gestion des risques et plus particulièrement du risque infectieux? |  |
|  | 2620 | Q20 : Certains agents ont-ils bénéficié d’une formation particulière avant de prendre leurs fonctions dans le service ? |  |
|  | 2625 | Q21 : Certains agents, au moment de leur affectation dans le service, ont-ils été placés en binôme avec un autre professionnel ? Pendant combien de temps ? |  |
|  | 2630 | Q22 : Ou bien ont-ils bénéficié d’un accompagnement particulier ? Lequel ? |  |
|  | 2635 | Q23 : Combien d’agents ont bénéficié d’une promotion professionnelle les cinq dernières années ? |  |
|  | 2640 | Q24 : Quels sont les corps concernés ? |  |
|  | 2645 | Q25 : Les soignants et les médecins du service ont-ils eu accès à des formations dans un centre de simulation ? Lesquelles et de quelle manière ? |  |
|  | 2650 | Q26 : Sur quel thème ou quelle pratique professionnelle? |  |
|  | 2655 | Q27 : Combien de personnes sont concernées ? |  |
|  | 2660 | Q28 : Comment les praticiens du service sont-ils intégrés à la politique du DPC ? |  |
|  | 2665 | Q29 : Combien de praticiens ont participé à des congrès au cours des trois dernières années ? |  |
|  | 2670 | Q30 : Sur quels thèmes ? |  |
|  | 2675 | Q31 : Les praticiens du service ont-ils suivi les procédures d’accréditation ? |  |
|  | 2680 | Q32: Si oui combien ? |  |
|  | 2685 | Q33 : Combien d’EPP et de RMM ont été menées dans le service au cours des 3 dernières années ? Sur quels thèmes ? |  |
|  | 2690 | Q34 : Y a-t-il une pratique de restitution des connaissances acquises au cours des formations auprès des autres professionnels du service (médecins et paramédicaux) ? |  |
|  | 2695 | Q35 : Selon quelle méthode ? |  |
|  | 2700 | Conclusions : 214 Formation - Accompagnement à la mobilité et à la promotion - Soutien des professionnels |  |
|  | 2705 |  |  |
|  | 2710 | 2.2. Gestion budgétaire et financière |  |
| [F221](#_Organisation_des_responsabilités) | 2715 | 221 Organisation des responsabilités |  |
|  | 2720 | Q01 : Le chef de pôle et/ou le chef de service (ou le responsable médical) informe-t-il les praticiens et les paramédicaux du suivi des dépenses et des recettes par rapport aux prévisions et à l’année précédente ? |  |
|  | 2725 | Q02 : Avec quelle périodicité et selon quelles modalités le chef de pôle et/ou le chef de service (ou le responsable médical) informe-t-il les praticiens et les paramédicaux des évolutions de l'activité? |  |
|  | 2730 | Q03 : Le cadre de santé du service est-il associé de façon spécifique ? Comment ? |  |
|  | 2735 | Q04 : Quelles sont les décisions qui en découlent ? |  |
|  | 2740 | Q05 : La direction de l’établissement associe-t-elle les praticiens, les cadres et les paramédicaux du service au suivi budgétaire et financier ? De quelle manière ? |  |
|  | 2745 | Q06 : Comment et par qui est assuré le suivi des effectifs non médicaux du service ? |  |
|  | 2750 | Q07 : Comment et par qui est assuré le suivi des mensualités de remplacement ? |  |
|  | 2755 | Q08 : Comment ce suivi associe-t-il le cadre de service et le cadre du pôle, la direction des soins et la DRH ? |  |
|  | 2760 | Q09 : Le service dispose-t-il chaque année d’un compte de résultat analytique (CREA) ? Comment est-il discuté et partagé avec les équipes ? Quels types d’enseignements en tire-t-on ? |  |
|  | 2765 | Q10 : Quel est le résultat financier présenté par le service pour les trois dernières années ? |  |
|  | 2770 | Q11 : Si un déficit a été constaté, les causes en ont-elles été recherchées ? |  |
|  | 2775 | Q12 : Quel est le contenu des analyses effectuées ? |  |
|  | 2780 | Q13 : Quelles actions ont été engagées pour le réduire ? |  |
|  | 2785 | Q14 : Existe-t-il des documents présentant des données statistiques sur l’activité du service ? (effectifs, budgets, données PMSI, consultations externes, activités opératoires…) |  |
|  | 2790 | Q15 : Les consommations pharmaceutiques font-elles l’objet d’un suivi régulier en nature, en volume et en coût ? |  |
|  | 2795 | Q16 : Ce suivi associe-t-il praticiens, infirmières et pharmaciens ? |  |
|  | 2800 | Q17 : Ce suivi a-t-il donné lieu à des changements dans la liste des médicaments ou des dispositifs médicaux utilisés ? |  |
|  | 2805 | Q18 : Le suivi du stock de médicaments et de dispositifs médicaux est-il assuré dans le service ? Selon quelles modalités ? |  |
|  | 2810 | Q19 : Un inventaire est-il réalisé ? Selon quelle périodicité ? |  |
|  | 2815 | Q20 : Existe-t-il un dispositif particulier pour surveiller les péremptions et éviter les périmés ? |  |
|  | 2820 | Conclusions : 221 Organisation des responsabilités |  |
|  | 2825 | 2.3. Gestion d’informations |  |
| [F231](#_Statistiques_et_rapports) | 2830 | 231 Statistiques et rapports - Rapport annuel d’activité |  |
|  | 2835 | Q01 : Le service produit-il un rapport annuel d’activité ? |  |
|  | 2840 | Q02 : Quel en est le contenu ? |  |
|  | 2845 | Q03 : Le cadre produit-il un rapport annuel d’activités ? |  |
|  | 2850 | Q04 : Comment est-il exploité ? |  |
|  | 2855 | Q05 : Existe-t-il des documents présentant des données statistiques portant sur l’activité, les données médicalisées sur les personnes prises en charge, élaborés avec ou par le DIM ? |  |
|  | 2860 | Q06 : Sont-ils présentés aux équipes ? |  |
|  | 2865 | Q07 : De quelle manière sont-ils exploités ? |  |
|  | 2870 | Q08 : Comment sont collectés les résultats du service sur les indicateurs IPAQSS ? |  |
|  | 2875 | Q09 : Comment sont diffusés et traités les résultats du service concernant les indicateurs sur la gestion du risque infectieux ? |  |
|  | 2880 | Conclusions : 231 Statistiques et rapports - Rapport annuel d’activité |  |
| [F232](#_Systèmes_d’information_) | 2885 | 232 Systèmes d’information – NTIC |  |
|  | 2890 | Q01 : Quel est le schéma des installations techniques (technologie des serveurs, des réseaux, des postes de travail) ? |  |
|  | 2895 | Q02 : Quel est l’état du parc de matériels dans le service ? |  |
|  | 2900 | Q03 : Quelles sont les sécurités du dispositif ? |  |
|  | 2905 | Q04 : Un responsable de la sécurité des systèmes d’information a-t-il été désigné au niveau de l’établissement ? |  |
|  | 2910 | Q05 : Quel est le système d’information de communication interne (Internet, Intranet, messagerie…) ? |  |
|  | 2915 | Q06 : Quelles sont les principales applications informatiques (bases de données, outils d’exploitation de données, outils bureautiques, gestion du dossier patient, gestion des prescriptions, transmission des résultats…) ? |  |
|  | 2920 | Q07 : Comment est assurée la confidentialité des informations personnelles ? |  |
|  | 2925 | Q08 : Comment sont gérés les droits d’accès aux bases de données et les habilitations pour traiter les informations ? |  |
|  | 2930 | Q09 : Existe-t-il des procédures de gestion des systèmes d’information (installation, sauvegarde, restauration…) ? |  |
|  | 2935 | Q10 : Quel est le système informatisé de gestion du dossier patient ? |  |
|  | 2940 | Q11 : Existe-t-il un logiciel-métier complémentaire ? Si oui, lequel ? |  |
|  | 2945 | Q12 : S’il est en lien avec le précédent, quelles données sont partagées ? |  |
|  | 2950 | Q13 : Le dossier patient est-il un dossier unique ou bien est-il un dossier spécifique au service ? |  |
|  | 2955 | Q14 : Le dossier patient contient-il le dossier médical et le dossier soins ou sont-ils séparés ? |  |
|  | 2960 | Q15 : L’imagerie (radiologie conventionnelle, imagerie de coupes, échographie) est-elle disponible en format numérique dans le dossier patient ou à partir d’un PACS (Picture archiving and communication system) ? |  |
|  | 2965 | Q16 : Les comptes rendus sont-ils intégrés automatiquement au dossier patient ? |  |
|  | 2970 | Q17 : D’autres images sont-elles intégrées (cœlioscopie, images per opératoires…) ? |  |
|  | 2975 | Q18 : Les professionnels du service disposent-ils en ligne des résultats de tous les bilans biologiques des patients et de leur historique ? |  |
|  | 2980 | Q19 : Le dossier patient intègre-t-il les résultats d’examens effectués à l’extérieur de l’établissement ? |  |
|  | 2985 | Q20 : Lors de l’hospitalisation d’un patient déjà connu dans l’établissement, le service a-t-il accès à son dossier dans le système d’informations ou doit-il récupérer le dossier papier ? |  |
|  | 2990 | Q21 : Dans ce cas, selon quelle procédure ? |  |
|  | 2995 | Q22 : Le service et l’établissement permettent-ils pour le patient la prise de rendez-vous en consultation externe sur Internet ? |  |
|  | 3000 | Q23 : Le service et l’établissement utilisent-ils des systèmes tels que la confirmation des rendez-vous par SMS ? |  |
|  | 3005 | Q24 : Après la sortie du patient, dans quel délai est réalisé le compte-rendu d’hospitalisation ? |  |
|  | 3010 | Q25 : Si le service est impliqué dans des activités chirurgicales, un compte-rendu opératoire est-il systématiquement établi ? Sous quel délai est-il réalisé ? |  |
|  | 3015 | Q26 : Quel est le système utilisé pour transmettre le compte-rendu d’hospitalisation au médecin traitant ? |  |
|  | 3020 | Q27 : La lettre de sortie est-elle adressée au médecin traitant le jour de la sortie du patient ? Sinon dans quels délais ? |  |
|  | 1555 | Q28 : Quels sont les documents du dossier qui sont mis à la disposition du patient lors de sa sortie ? |  |
|  | 1560 | Q29 : Les prescriptions de médicaments, de biologie, de radiologie et d’actes divers sont-elles informatisées ? |  |
|  | 1565 | Q30 : Si oui, les applications sont-elles reliées au dossier patient ? |  |
|  | 1570 | Q31 : Pour les services d’hospitalisation en chirurgie, existe-t-il une application informatisée de gestion du bloc opératoire ? |  |
|  | 1575 | Q32 : Est-elle en lien avec le dossier patient ? |  |
|  | 1580 | Q33 : Le système d’information (SI) permet-il la gestion des commandes de pharmacie (médicaments et dispositifs médicaux) et la gestion des stocks ? |  |
|  | 1585 | Q34 : Le SI permet-il la gestion automatisée des commandes de produits sanguins ? |  |
|  | 1590 | Q35 : Existe-t-il un lien direct automatisé avec l’établissement français du sang (EFS) ? Pour les commandes ? Pour les examens biologiques complémentaires (immunohématologie, RAI (recherche d’agglutinines irrégulières)) ? |  |
|  | 1595 | Q36 : Le SI permet-il la gestion automatisée d’autres types de commandes ? Repas, linge, produits divers, maintenance et réparation… ? |  |
|  | 1600 | Q37 : L’établissement dispose-t-il d’un système de gestion documentaire contenant les protocoles et les procédures Qualité concernant les soins ? |  |
|  | 1605 | Q38 : L’accès à la gestion documentaire est-il aisé pour les professionnels du service ? Y accèdent-ils régulièrement ? |  |
|  | 1610 | Q39 : Les professionnels sont-ils formés à l’utilisation des outils de gestion documentaire ? |  |
|  | 1615 | Conclusions : 232 Systèmes d’information – NTIC |  |
|  | 1620 | 2.4. Bâtiments, espaces extérieurs, équipements |  |
| [F241](#_Locaux_et_équipements) | 1625 | 241 Locaux |  |
|  | 1630 | Q01 : Le service fait-il partie de ceux pour lesquels il existe des dispositions réglementaires concernant la structuration des locaux ? Si oui, lesquelles ? |  |
|  | 1635 | Q02 : Sont-elles respectées ? |  |
|  | 1640 | Q03 : Ces locaux sont-ils adaptés à l’activité qui y est réalisée ? |  |
|  | 1645 | Q04 : Les locaux sont-ils correctement entretenus ? Sont-ils propres ? |  |
|  | 1650 | Q05 : Les locaux permettent-ils le respect de l’intimité et de la dignité des patients ? |  |
|  | 1655 | Q06 : La localisation des locaux de service (salle de soins, office) favorise-t-elle la surveillance du service et des chambres des patients ? |  |
|  | 1660 | Q07 : L’agencement de la salle de soins permet-il aux préparations d’être effectuées dans le respect des règles d’hygiène ? |  |
|  | 1665 | Q08 : La gestion et le rangement des divers chariots (de soins, d’entretien, de linge propre, de linge sale, de repas…) sont-ils assurés en respectant les règles d’hygiène ? |  |
|  | 1670 | Q09 : Existe-il une procédure d'entretien des divers supports mobiles? Comment est assurée la traçabilité des diverses opérations? |  |
|  | 1675 | Q10 : Comment sont sécurisés les locaux qui doivent être fermés ? |  |
|  | 1680 | Q11 : Le sont-ils ? |  |
|  | 1685 | Q12 : S’il s’agit d’un service de médecine gériatrique, les accès au service sont-ils sécurisés ? |  |
|  | 1690 | Q13 : Le service permet-il l’hospitalisation d’une personne handicapée en respectant les normes d’accessibilité ? |  |
|  | 1695 | Q14 : Des locaux sont-ils utilisés pour réaliser des actes qui devraient normalement l’être dans des locaux spécifiques (actes de petite chirurgie, endoscopies…) ? |  |
|  | 1700 | Conclusions : 241 Locaux |  |
| [F242](#_Sécurités) | 1705 | 242 Sécurités |  |
|  | 1710 | ***Sécurité incendie*** |  |
|  | 1715 | Q01 : Quelle est la date de la dernière visite de la commission de sécurité pour l’établissement ? |  |
|  | 1720 | Q02 : L’établissement a-t-il un avis favorable de la commission consultative départementale de sécurité et d’accessibilité (CCDSA) ? |  |
|  | 1725 | Q03 : Y a-t-il des mentions spécifiques relatives au service ? |  |
|  | 1730 | Q04 : Le personnel du service est-il formé à la gestion du risque incendie ? |  |
|  | 1735 | Q05 : Quelle est la fréquence des mises à niveau et des exercices ? |  |
|  | 1740 | Q06 : Quelle est la proportion des agents formés, de ceux qui participent aux remises à niveau, de ceux qui participent aux exercices ? |  |
|  | 1745 | ***Sécurité des installations techniques*** |  |
|  | 1750 | Q07 : Les installations électriques de l’établissement et plus particulièrement celles du service sont-elles conformes à la réglementation ? |  |
|  | 1755 | Q08 : Les installations des réseaux de fluides médicaux sont-elles conformes à la réglementation ? |  |
|  | 1760 | Q09 : La commission des gaz médicaux ou le pharmacien responsable a-t-il émis des recommandations particulières au service ? Si oui, lesquelles ? |  |
|  | 1765 | Q10 : Le système de production d’eau chaude et le réseau d’eau sont-ils surveillés sur le plan de la gestion du risque légionnelle ? (cf. la grille d’inspection légionnelles citée dans les références utiles ci-dessous) |  |
|  | 1770 | Q11 : Selon quelles procédures ? |  |
|  | 1775 | Q12 : Quels sont les résultats des prélèvements de l’année écoulée ? |  |
|  | 1780 | Q13 : Les points de tirage d’eau chaude sanitaire (lavabo, douche) sont-ils munis de filtre anti-légionnelle ? |  |
|  | 1785 | Q14 : La température de l’eau chaude distribuée dans les chambres des patients est-elle supérieure à 50 ? |  |
|  | 1790 | Q15 : Quel est le témoignage de l’EOHH sur la gestion du risque sanitaire dans le service ? |  |
|  | 1795 | ***Sécurisation des locaux*** |  |
|  | 1800 | Q16 : L’établissement a-t-il élaboré son plan de sécurisation de l’établissement (PSE) ? |  |
|  | 1805 | Q17 : Si le service est équipé d’un système anti-infraction est-il pertinent et adapté aux besoins du service ? |  |
|  | 1810 | Q18 : Quelles en sont les caractéristiques (digicode, portillons d’accès, vidéosurveillance…) ? |  |
|  | 1815 | Q19 : Comment le personnel peut-il alerter en cas d’urgence ? |  |
|  | 1820 | Q20 : Quels sont les personnels équipés d’un bip, d’un téléphone portable ? |  |
|  | 1825 | ***Sécurité sanitaire-hygiène*** |  |
|  | 1830 | Q21 : Existe-t-il des protocoles d’entretien des locaux pour le service et concernant plus particulièrement les chambres, la salle de soins ? |  |
|  | 1835 | Q22 : Existe-t-il un plan d'hygiène de l'unité? Est-il validé par l'EOHH? |  |
|  | 1840 | Q23 : Comment est assurée la traçabilité des opérations d'entretien? |  |
|  | 1845 | Q24 : Certains de ces locaux sont-ils considérés comme locaux à risques ? |  |
|  | 1850 | Q25 : Font-ils l’objet d’un suivi de l’Equipe Opérationnelle d’Hygiène Hospitalière (EOHH) ? |  |
|  | 1855 | Q26 : Selon quelle méthodologie et avec quelle périodicité ? Quels sont les résultats des différents prélèvements réalisés au cours des 12 derniers mois ? |  |
|  | 1860 | Q27 : Quelle est la consommation des solutions hydro-alcoolique du service ? Comment se situe-t-elle par rapport aux prévisions ? |  |
|  | 1865 | Q28 : Quelle est son évolution par rapport à l’année précédente ? |  |
|  | 1870 | Q29 : Existe-t-il des procédures particulières destinées à éviter les contaminations croisées ? |  |
|  | 1875 | Q30 : Sont-elles évaluées ? |  |
|  | 1880 | Q31 : Les précautions standards et complémentaires sont-elles connues des professionnels de l'unité? |  |
|  | 1885 | Q32 : Existe-il une procédure d'entretien des matériels utilisés pour plusieurs patients (chariot douche, chaise percée, pieds à perfusion…)? |  |
|  | 1890 | Q33 : L'unité dispose-il d'un laveur désinfecteur de bassin? |  |
|  | 1895 | Q34 : Quelle est la procédure d'évacuation des excrétas mise en place dans l'unité? |  |
|  | 1900 | ***Déchets d’activité de soins à risque infectieux*** |  |
|  | 1905 | Q35 : Les modalités de gestion des DASRI sont-elles conformes à la réglementation ? (cf. grille de contrôle citée dans les références utiles ci-dessous) |  |
|  | 1910 | Q36 : Quelles sont les modalités d'entretien de ce local? |  |
|  | 1915 | Q37 : Existe-il un local spécifique pour le stockage intermédiaire des déchets? Si oui, est-il fermé et sécurisé? |  |
|  | 1920 | Conclusions : 242 Sécurités |  |
| [F243](#_Équipements_et_matériels) | 1925 | 243 Équipements et matériels |  |
|  | 1930 | Q01 : Quel est l’état général des équipements du service ? Sont-ils inventoriés ? |  |
|  | 1935 | Q02 : Quel est l’état général des équipements installés dans les chambres des patients ? |  |
|  | 1940 | Q03 : Le plan pluriannuel d’investissement (PPI) de l’établissement prévoit-il des acquisitions ou des travaux pour le service ? |  |
|  | 1945 | Q04 : Lesquels ? |  |
|  | 1950 | Q05: Les équipements acquis par l'établissement font-ils l'objet d'un avis préalable et d'une expertise de l'EOHH? |  |
|  | 1955 | Q06 : Existe-t-il une procédure de gestion et de nettoyage des divers chariots (de soins, d’entretien, de linge propre, de linge sale, de repas…) ? |  |
|  | 1960 | Q07 : Si oui, a-t-elle été validée par l’EOHH ? |  |
|  | 1965 | Q08 : Est-elle respectée dans sa mise en œuvre ? |  |
|  | 1970 | Q09 : Le service dispose-t-il d’un nombre suffisant de pompes à perfusion, de seringues électriques, de dispositifs de prévention des escarres ? |  |
|  | 1975 | Q10 : Dispose-t-il d’appareils destinés à lever les personnes ? |  |
|  | 1980 | Q11 : Dispose-t-il de pèse-personnes ? |  |
|  | 1985 | Q12 : Ces équipements sont-ils mutualisés avec d’autres services ? Au sein d’un pôle ? |  |
|  | 1990 | Q13 : Le service dispose-t-il d’un chariot d’urgence ? Est-il correctement équipé ? Est-il sécurisé ? |  |
|  | 1995 | Q14 : Une procédure définit-elle les conditions de son entretien ? Est-elle évaluée ? |  |
|  | 2000 | Q15 : Existe-t-il des procédures de nettoyage des divers équipements et matériels dans le cadre de la gestion du risque infectieux ? |  |
|  | 2005 | Q16 : Ont-elles été validées par l’EOHH ? |  |
|  | 2010 | Q17 : Si oui, sont-elles mises en œuvre et sont-elles évaluées ? |  |
|  | 2015 | Q18 : Des actes d’endoscopie (endoscopie digestive et bronchique, naso-fibroscopie, cystoscopie…) sont-ils pratiqués dans le service ? |  |
|  | 2020 | Q19 : Si oui, comment est assuré le traitement des endoscopes utilisés ? |  |
|  | 2025 | Q20 : Est-il conforme aux règles de bonnes pratiques et aux dispositions réglementaires ? |  |
|  | 2030 | Q21 : Les pratiques du service sont-elles évaluées ? |  |
|  | 2035 | Q22 : L’entrée de chaque chambre est-elle munie d’un dispositif permettant d’utiliser une solution hydro-alcoolique (SHA) ? |  |
|  | 2040 | Q23 : Sont-ils tous munis de flacons de SHA ? |  |
|  | 2045 | Q24 : Vérifier la date d’ouverture des flacons et noter les éventuelles péremptions. |  |
|  | 2050 | Conclusions : 243 Équipements et matériels |  |
| [F244](#_Prestations_internes_et) | 2055 | 244 Prestations internes et externes |  |
|  | 2060 | Q01 : Quel est l’état d’entretien général des locaux affectés au service (propreté, état des peintures ou revêtements muraux et des sols) ? |  |
|  | 2065 | Q02 : Les locaux sont-ils correctement entretenus (locaux collectifs, autres) ? |  |
|  | 2070 | Q03 : Existe-t-il une organisation fonctionnelle permettant d’assurer le suivi des réparations et petits travaux quotidiens ? |  |
|  | 2075 | Q04 : Les équipements des chambres sont-ils correctement entretenus (lits, fauteuils, adaptables…) ? |  |
|  | 2080 | Q05 : Les prestations effectuées en interne ou en sous-traitance (restauration, entretien des locaux, entretien du linge personnel, blanchisserie…) font-elles l’objet d’une évaluation régulière ? |  |
|  | 2085 | Q06 : Le service peut-il retourner une évaluation de la qualité de ces prestations auprès du « fournisseur » ? Et auprès de la direction de l’établissement ? |  |
|  | 2090 | Q07 : Si oui, y-a-t-il eu des améliorations constatées ? Sur quels types de prestations ? |  |
|  | 2095 | Q08 : Un système de gestion de la relation client-fournisseur est-il établi avec les divers prestataires ? |  |
|  | 2100 | Q09 : Les diététiciens participent-ils à l’élaboration des menus ? |  |
|  | 2105 | Q10 : Les divers régimes prescrits pour les patients sont-ils respectés ? |  |
|  | 2110 | Q11 : Les équipements biomédicaux sont-ils correctement entretenus ? |  |
|  | 2115 | Q12 : Certains font-ils l’objet de pannes récurrentes ? |  |
|  | 2120 | Conclusions : 244 Prestations internes et externes |  |
|  | 2125 | 2.5. Gestion des médicaments et des dispositifs médicaux |  |
| [F251](#_Approvisionnement_et_stockage) | 2130 | 251 Approvisionnement et stockage |  |
|  | 2135 | ***Prescriptions*** |  |
|  | 2140 | Q01 : Les prescriptions pharmaceutiques sont-elles systématiquement écrites ou saisies ? |  |
|  | 2145 | Q02 : Les prescriptions pharmaceutiques sont-elles systématiquement écrites ou saisies pendant la journée les jours ouvrables ? Pendant les périodes de permanence des soins ? |  |
|  | 2150 | Q03 : Existe-t-il une pratique de prescriptions recopiées ? |  |
|  | 2155 | Q04 : Si oui, dans quelles situations et avec quelle fréquence ? |  |
|  | 2160 | Q05 : Quel est le support des prescriptions : papier ou support dématérialisé ? |  |
|  | 2165 | Q06 : Les prescriptions sont-elles adressées à la pharmacie ? |  |
|  | 2170 | Q07 : La pharmacie procède-t-elle à une analyse des prescriptions ? |  |
|  | 2175 | Q08 : Si oui, sur la totalité des classes thérapeutiques ? |  |
|  | 2180 | Q09 : Sur quelles classes et sur quelles molécules porte l’analyse pharmaceutique ? |  |
|  | 2185 | Q10 : Le comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles (CMDMS) a-t-il validé les produits utilisés par les praticiens du service ? |  |
|  | 2190 | Q11 : Les pratiques de prescription des antibiotiques correspondent-elles aux règles de bon usage et au cadre défini par le comité des anti-infectieux ? |  |
|  | 2195 | Q12 : La prescription d’antibiothérapie est-elle soumise à l’avis préalable d’un pharmacien ou d’un référent en antibiothérapie ? |  |
|  | 2200 | Q13 : Sur toutes les molécules ? Sinon, lesquelles ? |  |
|  | 2205 | Q14 : Existe-t-il des protocoles d’antibiothérapie dans le service ? |  |
|  | 2210 | Q15 : Sont-ils mis en œuvre de manière homogène par les praticiens de l’équipe ? |  |
|  | 2215 | Q16 : Leur application est-elle évaluée ? |  |
|  | 2220 | Q17 : Les internes prescrivent-ils ? |  |
|  | 2225 | Q18 : Si oui, une procédure décrit-elle les modalités de ces prescriptions ? |  |
|  | 2230 | Q19 : Sont-elles contrôlées par un praticien senior ? |  |
|  | 2235 | Q20 : Si oui, de quelles manières ? |  |
|  | 2240 | Q21 : Pendant la période de permanence des soins, comment sont contrôlées ou validées les prescriptions établies par un interne ? Existe-t-il des procédures de prescription anticipée ? |  |
|  | 2245 | Q22 : Des évaluations de prescriptions médicamenteuses sont-elles effectuées ? |  |
|  | 2250 | Q23 : Si oui, selon quelles modalités ? |  |
|  | 2255 | Q24 : Quels en sont les résultats disponibles ? |  |
|  | 2260 | Q25: Comment sont gérés les traitements prescrits en ville et suivis par les patients au moment de leur admission ? |  |
|  | 2265 | Q26 : Est-ce que l’établissement a défini une politique de gestion du risque iatrogène ? |  |
|  | 2270 | Q27 : Si oui, quelle est son organisation ? |  |
|  | 2275 | Q28 : Le service est-il impliqué dans cette politique ? De quelle manière ? |  |
|  | 2280 | Q29 : Cela a-t-il entrainé une révision des pratiques de prescription ? |  |
|  | 2285 | Q30 : Si oui, cela a-t-il été décidé en accord avec les pharmaciens ? |  |
|  | 2290 | Q31 : Des événements indésirables ont-ils été signalés suite à l’administration de certains médicaments ou de l’utilisation de certains dispositifs médicaux ? |  |
|  | 2295 | Q32 : Si oui, ont-ils fait l’objet d’une déclaration d’événement indésirable ? |  |
|  | 2300 | Q33 : Comment ont-ils été gérés ? |  |
|  | 2305 | Q34 : A quels types de décisions ont-ils donné lieu ? |  |
|  | 2310 | Q35 : Ont-ils fait l’objet d’une déclaration de pharmacovigilance et/ou de matériovigilance ? |  |
|  | 2315 | ***Dispensation par la pharmacie*** |  |
|  | 2320 | Q36 : Quel est le système d’approvisionnement en médicaments et dispositifs médicaux ? |  |
|  | 2325 | Q37 : Existe-t-il un système de dispensation individuel et nominatif ? |  |
|  | 2330 | Q38 : Est-il quotidien ? |  |
|  | 2335 | Q39 : Si oui, quelles molécules concerne-t-il ? |  |
|  | 2340 | Q40 : Si oui, est-il combiné à d’autres systèmes de dispensation ? Lesquels ? |  |
|  | 2345 | Q41 : La liste des médicaments et des dispositifs médicaux en stock dans le service a-t-elle fait l’objet d’une décision conjointe avec la pharmacie ? |  |
|  | 2350 | Q42 : A-t-elle fait l’objet d’une révision ? |  |
|  | 2355 | Q43 : Si oui, sur quels types de produits ? |  |
|  | 2360 | ***Stockage dans le service*** |  |
|  | 2365 | Q44 : Le système d’information (SI) permet-il la gestion des commandes de pharmacie (médicaments et dispositifs médicaux) et la gestion des stocks ? |  |
|  | 2370 | Q45 : Le système logistique d’approvisionnement est-il sécurisé ? |  |
|  | 2375 | Q46 : Les commandes passées à la pharmacie sont-elles automatisées ? |  |
|  | 2380 | Q47 : Si oui, avec quels supports ? |  |
|  | 2385 | Q48 : Quelles sont les modalités de stockage dans le service ? (armoire à pharmacie traditionnelle ? système « plein-vide » ?...) |  |
|  | 2390 | Q49 : Existe-t-il plusieurs lieux de stockage ? |  |
|  | 2395 | Q50 : Y-a-t-il stockage de produits pharmaceutiques dans le chariot à médicaments ? |  |
|  | 2400 | Q51 : Le stockage permet-il un repérage rapide et sécurisé des divers produits mis à la disposition du service ? |  |
|  | 2405 | Q52 : Qu’est-il mis en œuvre pour éviter la péremption des produits ? |  |
|  | 2410 | Q53 : L’inventaire des stocks est-il réalisé dans le service ? |  |
|  | 2415 | Q54 : Si oui, quelle en est la fréquence ? |  |
|  | 2420 | Q55 : Les supports destinés au stockage des médicaments et dispositifs médicaux font-ils l’objet d’un entretien ? Selon quelles modalités ? |  |
|  | 2425 | Q56 : Existe-t-il un protocole validé par l’EOHH concernant l’entretien de ces supports ? |  |
|  | 2430 | ***Préparations et administration*** |  |
|  | 2435 | Q57 : Les préparations sont-elles effectuées dans la salle de soins ? Si oui, lesquelles ? |  |
|  | 2440 | Q58 : Les préparations sont-elles effectuées en série pour tous les patients ? |  |
|  | 2445 | Q59 : Si non, les préparations pour chaque patient sont-elles suivies immédiatement de l’administration ? |  |
|  | 2450 | Q60 : Si les préparations ne sont pas effectuées dans la salle de soins, le sont-elles sur le chariot de soins ? |  |
|  | 2455 | Q61 : Si oui, lesquelles ? |  |
|  | 2460 | Q62 : Les traitements destinés à plusieurs patients sont-ils déposés ensemble sur le chariot de soins ? |  |
|  | 2465 | Q63 : Quelles sont les vérifications effectuées par les professionnels avant l’administration des médicaments ? |  |
|  | 2470 | Q64 : Comment est organisée la traçabilité de l’administration des produits pharmaceutiques ? |  |
|  | 2475 | Q65 : Quels en sont les supports ? |  |
|  | 2480 | Q66 : A quel moment l’acte d’administration est-il tracé ? |  |
|  | 2485 | Q67 : Lorsque l’administration de certains produits le nécessite, comment est organisée la surveillance du patient ? |  |
|  | 2490 | Q67 : Lorsque l’administration de certains produits le nécessite, comment est organisée la surveillance du patient ? |  |
|  | 2495 | Q68 : Avec quelles modalités de traçabilité ? |  |
|  | 2500 | Q69 : Les infirmières témoignent-elles d’interruptions fréquentes de tâches ? |  |
|  | 2505 | Q70 : Si oui, le service a-t-il mis en place des actions correctrices ? Lesquelles ? |  |
|  | 2510 | Q71 : Existe-t-il des règles de fonctionnement permettant d’éviter aux infirmières des interruptions de tâches pendant la préparation et l’administration ? Lesquelles ? |  |
|  | 2515 | Conclusions : 251 Approvisionnement et stockage |  |
| [F252](#_Produits_sanguins) | 2520 | 252 Produits sanguins labiles |  |
|  | 2525 | Q01 : De quelle manière la gestion des produits sanguins est-elle organisée par le comité de sécurité transfusionnelle ? |  |
|  | 2530 | Q02 : Quelles sont les procédures élaborées par le comité ? |  |
|  | 2535 | Q03 : Sont-elles conformes à la réglementation en vigueur ? |  |
|  | 2540 | Q04 : Quelles sont les évaluations effectuées ? |  |
|  | 2545 | Q05 : Le service était-il concerné par ces évaluations ? Le correspondant d’hémovigilance et de sécurité transfusionnelle a-t-il participé à certains travaux du service portant sur les pratiques transfusionnelles ? |  |
|  | 2550 | Q06 : Si, oui, avec quels résultats ? |  |
|  | 2555 | Q07 : Le service a-t-il mené des EPP sur la transfusion au cours des 2 dernières années ? Si oui, sur quel thème et avec quels résultats ? |  |
|  | 2560 | Q08 : Dans le service, un programme de DPC a-t-il concerné la pratique de la transfusion ? |  |
|  | 2565 | Q09 : Des formations spécifiques ont-elles-été organisées dans le service sur la transfusion pour les médecins, internes et infirmiers ? |  |
|  | 2570 | Q10 : Existe-t-il un dépôt de sang dans l’établissement? |  |
|  | 2575 | Q11 : Un dispositif de surveillance de la chaîne du froid des concentrés de globules rouges est-il en vigueur ? Quels sont les indicateurs de suivi ? |  |
|  | 2580 | Q12 : L’établissement a-t-il déclaré au cours des 24 derniers mois des EIG dans la chaîne transfusionnelle ? |  |
|  | 2585 | Q13 : Si oui, sur quoi ont-ils porté ? ? Ont-ils été déclarés à l’ANSM ? |  |
|  | 2590 | Q14 : Quel est le nombre de patients transfusés dans le service au cours des 12 derniers mois ? |  |
|  | 2595 | Q15 : Combien de PSL ont été transfusés dans le service au cours de l’année précédente ? Et combien de PSL prescrits n’ont pas été transfusés ? Dans ce cas sont-ils détruits dans le service ou retournés à l’EFS ? Peuvent-ils être repris par l’EFS ? |  |
|  | 2600 | Q16 : Vérifier la présence du dossier transfusionnel dans le dossier patient pour 50 % des patients transfusés, dans la limite de 20 dossiers informatisés ou en format papier. |  |
|  | 2605 | Q17 : Existe-t-il un lien direct automatisé, informatisé, avec l’établissement français du sang (EFS) ? Pour les commandes ? Pour les prescriptions de PSL ? Pour la traçabilité des PSL ? Pour les résultats des examens biologiques pratiqués à l’EFS ? S’ils sont pratiqués à l’EFS, les examens HLA sont-ils concernés par ces échanges de données ? |  |
|  | 2610 | ***Prescription des PSL et des examens immuno hématologiques*** |  |
|  | 2615 | Q18 : Quelles sont les modalités de prescription de produits sanguins ? |  |
|  | 2620 | Q19 : Quels sont les supports utilisés (application informatique « métier » spécifique ou dossier patient) ? |  |
|  | 2625 | Q20 : Quels sont les prescripteurs de produits sanguins ? |  |
|  | 2630 | Q21 : Comment est organisée la prescription des examens d’immunohématologie et des Recherche d’agglutinines irrégulières (RAI) du receveur ? |  |
|  | 2635 | Q22 : Le support de demande est-il informatisé ? Avec un mode de prescription connectée (sans bon papier accompagnant les échantillons sanguins) ? |  |
|  | 2640 | Q23 : Quelle est la structure qui réalise les examens de biologie (ES, EFS structure autre) ? |  |
|  | 2645 | Q24 : Quels sont les supports d’acheminement des prélèvements ? |  |
|  | 2650 | Q25 : Quels sont les supports de transmission des résultats ? |  |
|  | 2655 | Q26 : En cas de transmission informatisée, les résultats sont-ils reçus sur le serveur de résultats de l’ES ou sur une application « métier » spécifique? |  |
|  | 2660 | Q27 : Comment s’effectue la traçabilité des prescriptions dans le dossier transfusionnel du patient ? |  |
|  | 2665 | Q28 : Les prescriptions sont-elles conformes aux procédures de sécurité transfusionnelle ? |  |
|  | 2670 | ***Commande des PSL-livraisons-conditions de transport-stockage*** |  |
|  | 2675 | Q29 : Quels sont les supports utilisés pour la commande de ces produits ? |  |
|  | 2680 | Q30 : Le SI permet-il la gestion automatisée des commandes de produits sanguins ? Si oui, la prescription elle-même et sa transmission sont-elles totalement informatisées ? |  |
|  | 2685 | Q31 : Les conditions de passation de commandes et les conditions de transports des produits sont-elles conformes aux modalités prévues dans le protocole de sécurité transfusionnel ? |  |
|  | 2690 | Q32 : Y-a-t-il eu dans le service des événements indésirables graves relatifs au transport et au stockage des PSL au cours des 2 dernières années ? |  |
|  | 2695 | Q33 : Si oui, ont-ils été déclarés au sein de l’établissement? Si oui, ont-ils été déclarés à l’ANSM ? |  |
|  | 2700 | Q34 : Quelles ont été les modalités de traitement de ces incidents ? |  |
|  | 2705 | Q35 : Quels ont été les réajustements mis en œuvre ? |  |
|  | 2710 | Q36 : Ont-ils été évalués ? |  |
|  | 2715 | Q37 : Comment l’équipe y a été associée ? |  |
|  | 2720 | Q38 : Les conditions de stockage sont-elles conformes aux modalités prévues dans la procédure institutionnelle ? |  |
|  | 2725 | Q39 : Vérifier les conditions de stockage. |  |
|  | 2730 | ***Administration*** |  |
|  | 2735 | Q40 : L’information pré-transfusionnelle est-elle été donnée au patient (ou de ses représentants) ? Si oui, est-elle tracée sur le dossier transfusionnel ou le dossier du patient? |  |
|  | 2740 | Q41 : Le consentement du patient à la transfusion (ou de ses représentants) est-il demandé ? Si oui, est-il tracé sur le dossier transfusionnel ou le dossier du patient? |  |
|  | 2745 | Q42 : Les conditions d’administration sont-elles conformes aux modalités prévues dans la procédure institutionnelle ? |  |
|  | 2750 | Q43 : Selon quelle modalité est assurée la traçabilité des PSL transfusés ainsi que des PSL non transfusés ? Est-elle réalisée sur une application informatique « métier » ou dans le dossier patient ? Est-elle réalisée au moyen d’échanges de données avec l’EFS via les normes AFNOR dédiées ? |  |
|  | 2755 | Q44 : Vérifier dans les dossiers transfusionnels. |  |
|  | 2760 | ***Suivi du patient*** |  |
|  | 2765 | Q45 : Une information post transfusionnelle est-elle donnée et remise au patient ? |  |
|  | 2770 | Q46 : A sa sortie, une ordonnance de recherche d’agglutinines irrégulières est-elle remise au patient ? |  |
|  | 2775 | Q47 : Comment est organisé le suivi du patient transfusé dans le service? |  |
|  | 2780 | Q48 : Les modalités déclarées et/ou constatées dans le service sont-elles conformes à la procédure institutionnelle ? |  |
|  | 2785 | Q49 : Les conduites à tenir en cas d’EI sont-elles connues de l’équipe soignante? |  |
|  | 2790 | Q50 : Au cours des 24 derniers mois, y-a-t-il eu des EI constatés au cours ou au décours d’une transfusion ? |  |
|  | 2795 | Q51: Si oui, le correspond d’hémovigilance a-t-il été avisé ? La procédure de signalement a-t-elle été respectée ? |  |
|  | 2800 | Q52 : Comment ces EI ont-ils été analysés ? Ont-ils été déclarés à l’ANSM ? |  |
|  | 2805 | Q53 : Quelles en ont été les conclusions ? |  |
|  | 2810 | Q54: Les conduites à tenir ont-elles été modifiées ou précisées ? |  |
|  | 2815 | Q55 : De nouvelles évaluations ont-elles été réalisées ? |  |
|  | 2820 | Q56 : La fiche d’effet indésirable receveur est-elle archivée dans le dossier du patient ? |  |
|  | 2825 | Conclusions : 252 Produits sanguins labiles |  |
|  | 2830 | 3. Prise en charge |  |
|  | 2835 | 3.1. Organisation de la prise en charge de l’admission à la sortie |  |
| [F311](#_Admissions) | 2840 | 311 Admissions |  |
|  | 2845 | Q01 : Quelle est la part des patients dont l’admission a été programmée, la part de ceux passés par les urgences, la part de ceux provenant d’un autre service de l’établissement et la part de ceux provenant d’un autre établissement ? |  |
|  | 2850 | ***Entrées programmées*** |  |
|  | 2855 | Q02 : S’agissant des admissions programmées, le dossier de pré-admission a-t-il été constitué ? |  |
|  | 2860 | Q03 : Les opérations d’identitovigilance ont-elles été réalisées ? |  |
|  | 2865 | Q04 : Comment le dossier du patient est-il mis à la disposition du service ? |  |
|  | 2870 | Q05 : Les actes dont doit bénéficier le patient au cours de son séjour ont-ils tous été programmés avant son admission ? |  |
|  | 2875 | Q06 : Cette programmation a-t-elle été vérifiée par le service ? |  |
|  | 2880 | Q07 : A quelle heure les patients programmés sont-ils invités à se présenter dans le service ? |  |
|  | 2885 | Q08 : Pour les patients hospitalisés en chirurgie, les admissions ont-elles lieu la veille de l’intervention (sauf pour la chirurgie ambulatoire) ? |  |
|  | 2890 | Q09 : Pour certains actes, le service procède-t-il à des admissions le jour de l’intervention ? |  |
|  | 2895 | ***Entrées par le service des urgences*** |  |
|  | 2900 | Q10 : S’agissant des admissions par les urgences, les opérations d’identitovigilance ont-elles été réalisées ? |  |
|  | 2905 | Q11 : Quel est le contenu du dossier patient constitué par le service des urgences ? |  |
|  | 2910 | Q12 : Les données concernant les actes réalisés et les bilans biologiques demandés et obtenus, sont-elles précisées ? |  |
|  | 2915 | Q13 : Les orientations thérapeutiques et les prescriptions sont-elles clairement définies ? |  |
|  | 2920 | Q14 : Le temps écoulé entre l’arrivée dans le service des urgences et l’admission dans le service est-il évalué ? |  |
|  | 2925 | Q15 : Le service impose-t-il une heure précise ou une période de la journée pour recevoir les patients aux urgences en attente d’hospitalisation ? |  |
|  | 2930 | Q16 : Un praticien reçoit-il le patient au moment de son admission sinon dans quels délais ? |  |
|  | 2935 | Q17 : Si le service n’est pas en adéquation avec la pathologie du patient admis comment s’effectue le lien avec l’équipe médicale du service dans lequel le patient aurait dû être hospitalisé ? |  |
|  | 2940 | Q18 : Existe-t-il une procédure institutionnelle pour gérer les hospitalisations dans un service inadéquat ? La pratique du service la respecte-t-elle ? |  |
|  | 2945 | ***Entrées par transfert interne ou externe*** |  |
|  | 2950 | Q19 : S’agissant d’une admission par mutation interne, comment est préparé le transfert du patient ? |  |
|  | 2955 | Q20 : Comment en sont informées l’équipe médicale et l’équipe paramédicale du service d’accueil ? |  |
|  | 2960 | Q21 : Comment s’effectue la transmission du dossier du patient ? |  |
|  | 2965 | Q22 : Y-a-t-il une phase de transmission spécifique ? |  |
|  | 2970 | Q23 : S’agissant du transfert d’un autre établissement (y compris les personnes âgées hébergées en ESMS et admises via le service des urgences), comment en sont informées l’équipe médicale et l’équipe paramédicale du service d’accueil ? |  |
|  | 2975 | Q24 : Comment s’effectue la transmission du dossier du patient ? |  |
|  | 2980 | Q25 : Y-a-t-il une phase de transmission spécifique avec le service de l’établissement adresseur ? |  |
|  | 2985 | ***Quel que soit le mode d’admission*** |  |
|  | 2990 | Q26 : Le médecin traitant est-il informé de l’admission du patient ? |  |
|  | 2995 | Q27 : Si oui, existe-t-il une procédure spécifique ? |  |
|  | 3000 | Q28 : Qui assure ce contact et de quelle manière ? |  |
|  | 3005 | Q29 : Existe-t-il une procédure particulière concernant les patients étrangers ? |  |
|  | 3010 | Q30 : Le service observe-t-il des difficultés particulières pour l’élaboration de leur dossier médical ? |  |
|  | 3015 | Q31 : Le service peut-il avoir recours à une prestation d’interprétariat ? Selon quelles modalités ? |  |
|  | 3020 | Conclusions : 311 Admissions |  |
| [F312](#_Coordination_des_professionnels) | 3025 | 312 Coordination des professionnels pour la prise en charge interne ou externe |  |
|  | 3030 | ***Coordination de l’équipe médicale*** |  |
|  | 3035 | Q01 : Des réunions de staff sont-elles organisées formellement ? |  |
|  | 3040 | Q02 : Par qui sont-elles animées ? |  |
|  | 3045 | Q03 : Tous les praticiens y participent-ils ? |  |
|  | 3050 | Q04 : Les paramédicaux y participent-ils aussi ? Lesquels ? |  |
|  | 3055 | Q05 : Un document écrit en formalise-t-il les conclusions ? |  |
|  | 3060 | Q06: Quelle est la fréquence des staffs médicaux ? |  |
|  | 3065 | Q07 : La visite et la contre-visite sont-elles précédées de réunions de préparation ? |  |
|  | 3070 | Q08 : Quels sont les professionnels qui y participent ? |  |
|  | 3075 | Q09 : Le dossier patient est-il alimenté dès la fin de ces staffs ? |  |
|  | 3080 | Q10 : Les prescriptions sont-elles décidées et écrites à ce moment-là ? |  |
|  | 3085 | Q11: Les prescriptions pour les autres professionnels de santé (diététicien, kinésithérapeute…) sont-elles également formalisées dans le dossier ? |  |
|  | 3090 | Q12 : Comment l’équipe médicale du service prend-elle connaissance des résultats d’examens de biologie et d’imagerie ? |  |
|  | 3095 | Q13 : A quel moment ? |  |
|  | 3100 | Q14 : Sur quels supports ? |  |
|  | 3105 | Q15 : Comment s’effectue la coordination avec un praticien consultant extérieur au service, appelé à donner un avis sur le patient ? |  |
|  | 3110 | Q16 : Comment sont formalisées ses observations ? |  |
|  | 3115 | Q17 : Comment sont formalisées ses éventuelles prescriptions ? |  |
|  | 3120 | Q18 : La discipline médicale du service exige-t-elle des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) ? |  |
|  | 3125 | Q19 : Si oui, quel est le pourcentage des dossiers passant en RCP ? |  |
|  | 3130 | Q20 : Comment sont formalisés les avis des RCP ? |  |
|  | 3135 | Q21 : Comment sont-ils portés à la connaissance des équipes médicale et paramédicale ? |  |
|  | 3140 | ***Coordination de l’équipe paramédicale*** |  |
|  | 3145 | Q22 : Quelles sont les modalités (durée, supports utilisés, participants…) mises en œuvre pour organiser les transmissions dans le service ? |  |
|  | 3150 | Q23 : Sur la base de l’analyse du dossier des patients présents, quelle évaluation peut être faite sur la qualité et la fiabilité de ces transmissions ? |  |
|  | 3155 | Q24 : Des différences sont-elles observées dans la pratique des transmissions jour-nuit, nuit-jour et méridiennes ? |  |
|  | 3160 | Q25 : D’autres professionnels de santé participent-ils à ces transmissions (diététicien, kinésithérapeute, assistante sociale, cadre de santé de l’unité…) ? |  |
|  | 3165 | Q26 : Si oui, selon quelle fréquence ? |  |
|  | 3170 | Q27 : Comment ces professionnels de santé formalisent-ils leurs observations et leurs contributions à l’attention de l’équipe médicale et/ou de l’équipe paramédicale ? |  |
|  | 3175 | Q28 : L’ensemble des paramédicaux alimentent-ils le dossier patient ? |  |
|  | 3180 | Q29 : La traçabilité est-elle exhaustive ? |  |
|  | 3185 | ***Coordination de l’équipe médicale et de l’équipe paramédicale au sein du service*** |  |
|  | 3190 | Q30 : Comment est préparée la visite du matin et la contre-visite du soir ? |  |
|  | 3195 | Q31 : Qui participe à la visite du matin et la contre-visite du soir ? |  |
|  | 3200 | Q32 : Un médecin senior y participe-t-il systématiquement ? |  |
|  | 3205 | Q33 : A quelle heure ont-elles lieu et quelle est leur durée ? |  |
|  | 3210 | Q34 : Ont-elles lieu le samedi et le dimanche ? |  |
|  | 3215 | Q35 : Les infirmières ont-elles le temps de procéder au traitement des décisions prises au cours de la visite ou contre-visite avant la fin de leur poste de travail ? |  |
|  | 3220 | Q36 : En dehors des visites, un médecin senior est-il disponible pour l’équipe paramédicale ? Sur place ? Ou au téléphone ? |  |
|  | 3225 | Q37 : Les antécédents du patient et les observations médicales figurent-ils dans le dossier patient ? |  |
|  | 3230 | Q38 : Les prescriptions, quelle qu’en soit la nature, sont-elles écrites ? |  |
|  | 3235 | Q39 : Les prescriptions, quelle qu’en soit la nature, sont-elles écrites en situation d’urgence, la nuit, le week-end ? Sinon pour quelles raisons ? |  |
|  | 3240 | Q40 : Des revues de dossiers sont-elles organisées pour permettre de faire le bilan sur certaines modalités de prise en charge des patients ? |  |
|  | 3245 | Q41 : Qui participe à ces revues et quelle en est leur fréquence ? |  |
|  | 3250 | Conclusions : 312 Coordination des professionnels pour la prise en charge interne ou externe |  |
| [F313](#www313) | 3255 | 313 Sorties |  |
|  | 3260 | ***Modalités de préparation de la sortie*** |  |
|  | 3265 | Q01 : Existe-t-il une procédure spécifique à la préparation de la sortie ? Utilise-t-il un outil comme trajectoire ? |  |
|  | 3270 | Q02 : Comment la sortie du patient est-elle organisée ? |  |
|  | 3275 | Q03 : A quel moment de son séjour la question de la sortie du patient est-elle envisagée et traitée ? |  |
|  | 3280 | Q04 : La sortie du patient est-elle discutée en équipe ? |  |
|  | 3285 | Q05 : L’équipe paramédicale ainsi que les autres professionnels de santé intervenant (diététicien, masseur-kiné, assistante sociale…) participent-ils à la gestion de la sortie du patient ? |  |
|  | 3290 | Q06 : A quel moment du séjour la décision de sortie est-elle formellement prise ? |  |
|  | 3295 | Q07 : Comment se déroule l’information du patient et de sa famille sur la sortie ? |  |
|  | 3300 | Q08 : Le service éprouve-t-il des difficultés à mobiliser des structures extérieures pour poursuivre la prise en charge du patient après sa sortie (service de soins à domicile, hospitalisation à domicile, soins de suite et réadaptation, opérateurs techniques, professionnels libéraux…) ? |  |
|  | 3305 | Q09 : A quelle heure les patients sortent-ils habituellement du service ? |  |
|  | 3310 | Q10 : Quel est le pourcentage de patients sortant avant midi ? |  |
|  | 3315 | Q11 : Si la pratique des sorties avant midi est répandue, existe-t-il un salon permettant l’attente des patients ? |  |
|  | 3320 | Q12 : Comment le service informe-t-il le service des admissions et de la facturation de la sortie du patient ? |  |
|  | 3325 | Q13 : La sortie est-elle prise en compte en temps réel dans le système d’information ? |  |
|  | 3330 | Q14 : Le service des urgences est-il informé en temps réel de la disponibilité d’une place supplémentaire ? |  |
|  | 3335 | Q15 : Le service s’assure-t-il que le patient est informé suffisamment tôt de sa sortie ? |  |
|  | 3340 | Q16 : Le service s’assure-t-il que le patient dispose d’une modalité de transport adapté à son état de santé ? |  |
|  | 3345 | ***Retour au domicile*** |  |
|  | 3350 | Q17 : Le médecin traitant est-il informé de la sortie du patient ? |  |
|  | 3355 | Q18 : Comment ? |  |
|  | 3360 | Q19 : Le courrier de sortie lui est-il adressé le jour de la sortie du patient ? |  |
|  | 3365 | Q20 : Si le patient a besoin d’équipements particuliers à son domicile, comment cela est-il préparé ? |  |
|  | 3370 | Q21 : Un système de coordination entre le service et les intervenants extérieurs (SSIAD, HAD, EHPAD, USLD…) est-il mis en place ? |  |
|  | 3375 | Q22 : En cas de sortie vers un EHPAD ou une USLD, un médecin gériatre est-il venu dans le service pour procéder à l’évaluation du patient ? |  |
|  | 3380 | Q23 : S’il s’agit d’un service de chirurgie ambulatoire, le patient est-il appelé par téléphone le lendemain de son séjour ? |  |
|  | 3385 | Q24 : Le patient et son médecin traitant sont-ils informés des dispositions à prendre en cas d’aggravation de la santé du patient ou de survenue de difficultés particulières ? |  |
|  | 3390 | Q25 : Un rendez-vous en consultation externe est-il donné au patient ? |  |
|  | 3395 | Q26 : Sous quel délai le compte-rendu d’hospitalisation est-il adressé au médecin traitant ? |  |
|  | 3400 | Q27 : Quelles sont les pièces du dossier remises au patient ? |  |
|  | 3405 | Q28 : Pour les activités chirurgicales, un compte-rendu opératoire est-il systématiquement établi ? |  |
|  | 3410 | Q29 : Sous quel délai est-il réalisé ? Est-il adressé au médecin traitant ? |  |
|  | 3415 | Q30 : Quel est le système utilisé pour transmettre le compte-rendu d’hospitalisation au médecin traitant ? |  |
|  | 3420 | ***Sortie vers une structure de soins*** |  |
|  | 3425 | Q31: Comment s’organise la coordination entre les praticiens du service et ceux de la structure extérieure ? |  |
|  | 3430 | Q32 : En cas de sortie vers un service de soins de suite (de l’établissement ou extérieur à celui-ci), les médecins rééducateurs viennent-ils dans le service pour évaluer le patient et valider l’orientation de sortie ? |  |
|  | 3435 | Q33 : Quelles pièces du dossier du patient sont transmises à la structure de sortie ? |  |
|  | 3440 | Q34 : Selon quelles modalités ? |  |
|  | 3445 | Q35 : Le service considère-t-il que les structures extérieures vers lesquelles sont transférés les patients sont en adéquation avec les pathologies de ces derniers ? |  |
|  | 3450 | Q36 : La proximité géographique de ces structures est-elle jugée satisfaisante par les patients ou leur famille ? |  |
|  | 3455 | Q37 : Le patient est-il revu en consultation pendant son séjour dans la structure extérieure ? |  |
|  | 3460 | Q38 : Comment la structure extérieure informe-t-elle les praticiens du service de l’évolution de la prise en charge du patient ? |  |
|  | 3465 | Q39 : Y-a-t-il une coordination particulière entre l’équipe médicale du service et celle de la structure de sortie pour poursuivre la prise en charge du patient ? |  |
|  | 3470 | ***Sortie vers un autre service de l’établissement*** |  |
|  | 3475 | Q40 : Comment s’organise la coordination entre les praticiens des deux services ? |  |
|  | 3480 | Q41 : Comment s’organisent les transmissions concernant les soins ? |  |
|  | 3485 | Q42 : Le dossier patient est-il transféré ? En totalité ou en partie ? |  |
|  | 3490 | Q43 : Selon quelles modalités ? |  |
|  | 3495 | Q44 : Les praticiens du service adressent-ils un courrier spécifique à leurs confrères du service de transfert ? |  |
|  | 3500 | Q45 : Le service d’accueil informe-t-il le service de l’évolution du patient ? |  |
|  | 3505 | ***Sortie par décès*** |  |
|  | 3510 | Q46 : Un protocole spécifique existe-t-il pour les patients décédés dans le service ? |  |
|  | 3515 | Q47 : L’établissement dispose-t-il d’une chambre mortuaire ? |  |
|  | 3520 | Q48 : Qui a en charge le transport du patient vers la chambre mortuaire ? |  |
|  | 3525 | Q49 : Un règlement intérieur de celle-ci existe-t-il ? |  |
|  | 3530 | Q50 : Si oui, prévoit-il l’organisation des soins de conservation et les rapports avec une chambre mortuaire ou un funérarium extérieurs ? |  |
|  | 3535 | Q51 : Définit-il des règles précises d’identitovigilance ? |  |
|  | 3540 | Conclusions : 313 Sorties |  |
|  | 3545 | 3.2. Respect des droits des personnes |  |
| [F321](#_Les_droits_:) | 3550 | 321 La charte de la personne hospitalisée |  |
|  | 3555 | Q01: Le droit de la personne hospitalisée (si besoin via son représentant légal) au libre choix de son praticien ou établissement de santé est-il respecté selon les dispositions de l’article L. 1110-8 CSP ? |  |
|  | 3560 | Q02 : Les coordonnées du référent sont-elles tenues à jour ? |  |
|  | 3565 | Q03 : Les principes de « la charte de la personne hospitalisée » sont-ils connus ? Sont-ils appliqués ? La charte est-elle remise au patient ou à son représentant légal ? Le nom de la personne de confiance est-il indiqué dans le dossier ? |  |
|  | 3570 | Q04 : Le consentement du patient est-il systématiquement recueilli pour les actes ou les prises en charge qui le nécessitent ? |  |
|  | 3575 | Q05 : De quelle manière le consentement est-il recueilli ? |  |
|  | 3580 | Q06 : La pratique de tous les professionnels est-elle homogène ? |  |
|  | 3585 | Q07 : Les actes nécessitant un consentement spécifique font-ils l’objet d’un recueil systématique par le service ? |  |
|  | 3590 | Q08 : Le service ou l’établissement a-t-il reçu des réclamations de la part de patients ou enregistré des déclarations d’évènements indésirables concernant l’application de la charte de la personne hospitalisée ? |  |
|  | 3595 | Q09 : Quelles ont été les actions correctives mises en œuvre le cas échéant ? |  |
|  | 3600 | Q10 : Certains principes de la charte font-ils l’objet d’une EPP tels que « l’information patient, le recueil du consentement… » ? |  |
|  | 3605 | Q11 : Le dossier patient spécifie-t-il l’identité de la personne de confiance désignée par le patient ? Le formulaire de désignation est-il inséré dans le dossier patient ? |  |
|  | 3610 | Q12 : Les dispositions réglementaires concernant l’accès du patient à son dossier sont-elles respectées ? |  |
|  | 3615 | Conclusions : 321 La charte de la personne hospitalisée |  |
|  | 3620 | 3.4. Vie quotidienne et hébergement |  |
| [F341](#_Espace_individuel) | 3625 | 341 Organisation de l’espace |  |
|  | 3630 | Q01 : Le service dispose-t-il de chambres individuelles, avec sanitaires complets et douche ? |  |
|  | 3635 | Q02 : L'EOHH a-t-elle participé à l'organisation fonctionnelle du service et des chambres de patients ? |  |
|  | 3640 | Q03 : Quelle est la part des chambres individuelles au sein du service ? |  |
|  | 3645 | Q04 : En cas de chambre partagée, les patients ont-ils la possibilité d’aménager un espace préservant leur intimité ? Comment ? |  |
|  | 3650 | Q05 : L’aménagement des chambres et l’accès à la salle de bains sont-ils adaptés aux patients handicapés ? |  |
|  | 3655 | Q06 : L’agencement et les équipements de la chambre favorisent-ils la réalisation des soins ? Et des soins en urgence ? |  |
|  | 3660 | Q07 : La literie est-elle correctement entretenue ? |  |
|  | 3665 | Q08 : Existe-t-il une procédure de change du linge plat (lit, linge de toilette) ? |  |
|  | 3670 | Conclusions : 341 Espace individuel |  |
|  | 3675 | 3.5. Champ de l’éducation |  |
| [F351](#_Organisation_des_activités) | 3680 | 351 Organisation des actions d’éducation et de prévention |  |
|  | 3685 | Q01 : Le service dispose-t-il de documents d’information à l’attention des patients ? Repérer les thèmes. |  |
|  | 3690 | Q02 : Ces documents sont-ils connus de tous les professionnels ? |  |
|  | 3695 | Q03 : Ces documents ont-ils été élaborés en concertation avec d’autres professionnels impliqués ? |  |
|  | 3700 | Q04 : Comment ces documents sont-ils mis à disposition des patients et expliqués ? |  |
|  | 3705 | Q05 : En fonction de sa spécialité, le service met-il en œuvre un programme d’éducation thérapeutique patient (ETP) ? |  |
|  | 3710 | Q06 : Est-ce que l’ETP fait partie intégrante du projet de service ? |  |
|  | 3715 | Q07 : Est-il intégré à la politique institutionnelle d’ETP ? |  |
|  | 3720 | Q08 : Ce programme est-il appliqué par tous les soignants de manière homogène ? |  |
|  | 3725 | Q09 : Est-il mis en œuvre par des professionnels exclusivement dédiés à cette activité ? |  |
|  | 3730 | Q10 : Combien de patients ont été concernés au cours de l’année précédente ? |  |
|  | 3735 | Conclusions : 351 Organisation des actions d’éducation et de prévention |  |
|  | 3740 | 3.6. Champ de l’insertion sociale |  |
| [F361](#_Personnels_affectés_à_2) | 3745 | 361 Personnels affectés à l’accompagnement social |  |
|  | 3750 | Q01 : Le service dispose-t-il des personnels compétents pour l’accompagnement social des personnes prises en charge (assistants sociaux…) ? |  |
|  | 3755 | Q02 : Ces professionnels sont-ils associés directement à la prise en charge des patients ? |  |
|  | 3760 | Q03 : Ces professionnels participent-ils aux staffs ? Sont-ils associés à la préparation de la sortie des patients ? |  |
|  | 3765 | Q04 : Ces professionnels, le responsable médical et l’encadrement considèrent-ils que le service est à même d’effectuer un repérage suffisant des patients en difficulté sociale ? |  |
|  | 3770 | Q05 : Quel type de liens ces professionnels entretiennent-ils avec les travailleurs sociaux des circonscriptions et de la CAF ? |  |
|  | 3775 | Q06 : Des relations entre le service et la permanence d’accès aux soins de santé (PASS) sont-elles organisées ? |  |
|  | 3780 | Conclusions : 361 Personnels affectés à l’accompagnement social |  |
|  | 3785 | 3.8. Soins |  |
| [F381](#_Personnels_affectés_aux) | 3790 | 381 Environnement du soin |  |
|  | 3795 | Q01 : L'environnement est-il conforme aux recommandations de bonnes pratiques ? |  |
|  | 3800 | Q02 : La salle de soins du service était-elle sécurisée ? |  |
|  | 3805 | Q03 : L'armoire de stockage était-elle sécurisée? |  |
|  | 3810 | Q04 : Un système type « Plein Vide » était-il en place ? |  |
|  | 3815 | Q05 : L'étiquetage des casiers était-il harmonisé, standardisé et optimisé? |  |
|  | 3820 | Q06 : L'éclairage des locaux de stockage des médicaments était-il suffisant? |  |
|  | 3825 | Q07 : Les procédures de stockage étaient-elles standardisées et harmonisées? |  |
|  | 3830 | Q08 : Le risque de confusion lié à la ressemblance des noms et des emballages, était-il pris en compte ? |  |
|  | 3835 | Q09 : Les cassiers contenaient-ils un seul médicament et un seul dosage ? |  |
|  | 3840 | Q10 : Les conditions de conservation des médicaments étaient-elles conformes aux recommandations, préconisations de la Pharmacie concernant la lumière, les conditions et la température de stockage ? |  |
|  | 3845 | Q11 : La désignation d’un référent paramédical chargé de la gestion du stock était-elle effective ? |  |
|  | 3850 | Q12 : Un préparateur en pharmacie référent du service avait-il été désigné ? |  |
|  | 3855 | Q13 : Si oui, intervenait-il régulièrement dans le service pour effectuer les vérifications de l’armoire à pharmacie et des stocks ? |  |
|  | 3860 | Q14 : Un retour des dysfonctionnements constatés était-il réalisé auprès des professionnels du service? Si oui, était-il assorti de mesures correctives ? |  |
|  | 3865 | Q15 : Un plan d’actions permettait-il d’objectiver une amélioration continue des pratiques ? |  |
|  | 3870 | Q16 : Les médicaments à risque étaient-ils identifiés ? |  |
|  | 3875 | Q17 : Le choix d’une gamme restreinte de médicaments à risque avait-il fait l’objet d’un consensus d’équipe? |  |
|  | 3880 | Q18 : Une réflexion avait-elle été engagée pour limiter le nombre de concentrations possibles d’un même produit ? |  |
|  | 3885 | Q19 : Les médicaments délivrés nominativement mais non administrés faisaient-il l’objet d’un retour systématique à la pharmacie ? |  |
|  | 3890 | Q20 : Le stock réel par rapport à la dotation théorique était-il régulièrement évalué ? |  |
|  | 3895 | Q21 : Le retour des médicaments périmés était-il organisé ? |  |
|  | 3900 | Q22 : Les médicaments personnels des patients étaient-ils retournés à la pharmacie ? |  |
|  | 3905 | Q23 : Existait-il une liste de dotation pour des besoins en urgence adaptée qualitativement et quantitativement ? |  |
|  | 3910 | Q24 : La dotation du service était-elle à jour au moment de l’événement ? |  |
|  | 3915 | Q25 : Au moment de l’événement, les médicaments étaient-ils déconditionnés ? |  |
|  | 3920 | Q26: Le risque de confusion entre des médicaments à présentation ou à dénomination proche faisait-il l'objet d'une information aux professionnels de l'unité ? |  |
|  | 3925 | Q27 : Le risque de confusion lié à la ressemblance des noms et des emballages, était-il pris en compte ? Si oui, de quelle manière ? |  |
|  | 3930 | Q28 : Le retour à la Pharmacie des médicaments non utilisés était-il régulièrement assuré ? |  |
|  | 3935 | Q29 : Le retour à la Pharmacie des dispositifs médicaux (DM) non utilisés était-il régulièrement assuré ? |  |
|  | 3940 | Q30 : Les médicaments personnels des patients étaient-ils rangés dans un tiroir dédié à leur stockage? |  |
|  | 3945 | Q31 : Les médicaments personnels des patients étaient-ils identifiés au nom du patient avec une étiquette code barre? |  |
|  | 3950 | Q32 : Un livret des équivalences était-il intégré dans le module de prescription ? |  |
|  | 3955 | Q33 : Un guide de conversion gamma/Kg/mn en mg/h était-il à disposition des professionnels lors de l'utilisation d'un PSE ? |  |
|  | 3960 | Q34 : Un réfrigérateur était-il exclusivement dédié au stockage des médicaments devant être conservés à basse température ? |  |
|  | 3965 | Q35 : La traçabilité de la température de stockage était-elle assurée ? |  |
|  | 3970 | Q36 : Son entretien était-il assuré régulièrement et une traçabilité de cette vérification était-elle effective ? |  |
|  | 3975 | Q37 : Les substances et préparations classées comme stupéfiants étaient-elles détenues dans des armoires fermées à clé et exclusivement dédiées à ce stockage ? |  |
|  | 3980 | Q38 : La règle d'identification de l'IDE responsable de la clé du coffre était-elle en place pour le jour et comme pour la nuit ? |  |
|  | 3985 | Q39 : La livraison des stupéfiants dans l'unité de soins faisait-elle l'objet d'un accusé de réception ? |  |
|  | 3990 | Q40 : La prescription était-elle lisible, exhaustive, horodatée, signée ? |  |
|  | 3995 | Q41 : Une procédure d'homonymie était-elle en place et connue des professionnels? |  |
|  | 4000 | Q42 : Un comité "Gestion de l'Erreur médicamenteuse" était-il en place? |  |
|  | 4005 | Q43 : Des CREX ou EPP ont-ils été réalisés portant sur les produits pharmaceutiques? |  |
|  | 4010 | Q44 : Ces CREX associaient-ils les professionnels concernés par le circuit du médicament? |  |
|  | 4015 | Q45 : Le processus « prise en charge médicamenteuse» était-il formalisé? |  |
|  | 4020 | Q46 : Les médicaments à risque faisaient-ils l'objet de procédures? |  |
|  | 4025 | Q47 : Les EI liés au circuit du médicament faisaient-il l'objet de fiches d'alerte? |  |
|  | 4030 | Q48 : Un livret des équivalences était-il à disposition des professionnels dans les unités de soins? |  |
|  | 4035 | Q49 : La formation des professionnels à la prévention et la gestion des erreurs médicamenteuses était-elle effective dans le service au moment de l'EI? |  |
|  | 4040 | Q50 : Un suivi du signalement et de l'analyse des EI était-il en place? |  |
|  | 4045 | Q51: Le processus de conciliation médicamenteuse était-il en place? |  |
|  | 4050 | Q52 : Une procédure de non interruption de tâches était-elle en place? |  |
|  | 4055 | Q53 : Les règles de bonnes pratiques intégraient-elle que l'IDE ne soit pas dérangée par le téléphone pendant la préparation? Si oui, sont-elles respectées ? |  |
|  | 4060 | Q54 : Des règles de découpage des blisters de médicaments étaient-elles connues et respectées par les professionnels? |  |
|  | 4065 | Q55 : Les bonnes pratiques concernant le broyage des médicaments étaient-elles connues et appliquées par les professionnels ? |  |
|  | 4070 | Q56 : Une politique de prévention des risques chimiques liés aux médicaments cancérogènes mutagènes reprotoxiques (CMR) était-elle effective? |  |
|  | 4075 | Q57 : La préparation des médicaments à risque CMR était-elle réalisée en Unité de Reconstitution des Chimiothérapies ? |  |
|  | 4080 | Q58 : Existait-il un protocole spécifique de préparation des chimiothérapies en unités de soins ? |  |
|  | 4085 | Q59 : Le protocole de préparation d'une chimiothérapie dans l'unité de soins incluait-il l'utilisation de hottes? |  |
|  | 4090 | Q60 : Les effluents, déchets cytotoxiques, excrétas et liquides biologiques faisaient-ils l'objet d'un traitement spécifiques quant à leur élimination ? |  |
|  | 4095 | Q61 : Les professionnelles enceintes étaient-elles exclues des manipulations des cytotoxiques? |  |
|  | 4100 | Q62 : Le protocole antidote était-il connu des professionnels et permettait-il d'intervenir rapidement si besoin? |  |
|  | 4105 | Q63 : Quelles sont les mesures prise pour harmoniser les pratiques de prescriptions au sein de l’équipe médicale ? Les évaluations permettent-elles d’attester de l’atteinte de l’objectif ? |  |
|  | 4110 | Q64 : Quels sont les outils utilisés pour sécuriser la prescription d’antibiothérapie ? |  |
|  | 4115 | Q65 : Quelles formations sont délivrées aux internes sur la prescription des produits pharmaceutiques et plus particulièrement sur l’antibiothérapie? |  |
|  | 4120 | Conclusions : 381 Environnement du soin |  |
| [F382](#_Organisation_et_dispensation) | 4125 | 3.8.2.1 Administration des médicaments et des produits injectables (dispositions communes) |  |
|  | 4130 | Q01 : L'identification du patient était-elle complète (nom, prénom, sexe, date de naissance, sexe, taille surface corporelle) ? |  |
|  | 4135 | Q02 : Le support de prescription-administration était-il unique? |  |
|  | 4140 | Q03 : La prescription comportait-elle le nom du médicament ? |  |
|  | 4145 | Q04 : La prescription était-elle écrite en dénomination commerciale ou en dénomination commune internationale (DCI) ? |  |
|  | 4150 | Q05 : La prescription comportait-elle le dosage du médicament ? |  |
|  | 4155 | Q06 : La prescription comportait-elle la posologie du médicament ? |  |
|  | 4160 | Q07 : La prescription comportait-elle la voie d'administration du médicament ? |  |
|  | 4165 | Q08 : La prescription était-elle écrite lisiblement (majuscules)? |  |
|  | 4170 | Q09 : La prescription comportait-elle des abréviations? |  |
|  | 4175 | Q10 : La prescription comportait-elle la durée du traitement ? |  |
|  | 4180 | Q11 : La durée du traitement figurait-elle sur la prescription ? |  |
|  | 4185 | Q12 : La prescription était-elle horodatée ? |  |
|  | 4190 | Q13 : La prescription était-elle signée ? |  |
|  | 4195 | Q14 : Existait-il un registre des médecins prescripteurs habilités à prescrire ? |  |
|  | 4200 | Q15 : Leur signature figurait-elle dans ce registre ? |  |
|  | 4205 | Q16 : La signature du praticien était-elle identifiable ? |  |
|  | 4210 | Q17 : La prescription était-elle informatisée? |  |
|  | 4215 | Q18 : La prescription avait-elle fait l'objet d'une validation par le pharmacien? |  |
|  | 4220 | Q19 : Le recopiage de la prescription était-il prohibé? |  |
|  | 4225 | Q20 : La prescription non écrite était-elle prohibée? |  |
|  | 4230 | Q21 : S’agissait-il d’une délivrance nominative ? |  |
|  | 4235 | Q22 : La prescription médicamenteuse avait-elle fait l’objet d’une ré-évaluation en fonction de l’état clinique du patient, des examens éventuels? |  |
|  | 4240 | Q23 : L'utilisation du guide de substitution était-elle systématique? |  |
|  | 4245 | Q24 : Le service dispose-t-il de protocoles thérapeutiques ? Si oui, comment ont-ils été élaborés ? Q25 : Leur rédaction avait-elle associé les paramédicaux chargés de les appliquer? Sont-ils connus et acceptés des praticiens du service ? |  |
|  | 4250 | Prescriptions spécifiques de produits stupéfiants et de chimiothérapies |  |
|  | 4255 | Q26 : La prescription était-elle informatisée? |  |
|  | 4260 | Q27 : La prescription d'une chimiothérapie avait-elle été réalisée dans un logiciel spécifique à la prescription de chimiothérapies? |  |
|  | 4265 | Q28 : Si oui, le logiciel de prescription utilise-t-il la base de données patients de l’établissement? |  |
|  | 4270 | Q29 : Si non, la coexistence de deux logiciels entrainait-elle des recopiages ? |  |
|  | 4275 | Q30 : La signature des prescripteurs figurait-elle dans un registre spécifique? |  |
|  | 4280 | Q31 : Le protocole thérapeutique était-il validé par le médecin prescripteur avant l'administration (« feu vert chimio ») ? |  |
|  | 4285 | Q32 : La conduite à tenir en cas de survenue d'un évènement indésirable était-elle protocolisée ? |  |
|  | 4290 | Q33 : Les bilans et examens cliniques radiologiques ou biologiques avaient-ils permis la détection d'un évènement indésirable? |  |
|  | 4295 | Q34 : Des mesures préventives étaient-elles proposées pour éviter l'apparition d'événements indésirables ? |  |
|  | 4300 | Q35 : Les règles de prescription ont-elles été respectées? |  |
|  | 4305 | Q36 : La prescription avait-elle été validée par le pharmacien? |  |
|  | 4310 | Q37 : La prescription était-elle conforme au protocole référentiel et/ou validé en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) ? |  |
|  | 4315 | Q38 : La concordance entre le protocole et la RCP / le référentiel avait-elle été vérifiée par le pharmacien ? |  |
|  | 4320 | Q39 : La vérification entre la date, le numéro de cure et d'intercure avait-elle été vérifiée par le médecin prescripteur ? |  |
|  | 4325 | Q40 : Les résultats des bilans sanguins, et autres examens, avaient-ils été pris en compte lors de la prescription ? |  |
|  | 4330 | Q41 : L’état nutritionnel et le poids du patient avaient-ils été vérifiés avant la prescription ? |  |
|  | 4335 | Q42 : La toxicité des traitements pris antérieurement avait-elle été prise en compte ? |  |
|  | 4340 | Q43 : Un traitement antiémétique avait-il été prescrit ? |  |
|  | 4345 | Q44 : Les traitements antérieurs incompatibles avec le protocole avaient-ils été pris en compte avant la prescription ? |  |
|  | 4350 | Q45 : La prescription s'insérait-elle dans un programme personnalisé de soins ? |  |
|  | 4355 | Q46 : L’état nutritionnel du patient avait-il été pris en compte? Si oui, de quelle manière la prescription avait-t-elle été adaptée ? |  |
|  | 4360 | Q47 : La voie d'administration était-elle clairement indiquée ? |  |
|  | 4365 | Q48 : La durée du traitement / de la cure figurait-elle en toutes lettres sur la prescription ? |  |
|  | 4370 | Q49 : Les blisters des stupéfiants par voie orale et injectables étaient-ils systématiquement fournis pour le renouvellement du stock ? |  |
|  | 4375 | Q50 : La prescription de stupéfiant s'effectuait-elle sur une ordonnance sécurisée ? |  |
|  | 4380 | Q51 : S'agissait-il d'une prescription nominative ? |  |
|  | 4385 | 3.8.2.2 Le médicament « *per os* » |  |
|  | 4390 | ***La préparation*** |  |
|  | 4395 | Q01 : S'agissait-il d'une délivrance nominative ? |  |
|  | 4400 | Q02 : Le conditionnement de la dose était-il unitaire ? |  |
|  | 4405 | Q03 : Les actes de préparation et d’administration étaient-ils planifiés dans le plan de soins ? |  |
|  | 4410 | Q04 : L’absence de contre-indication (allergies, état du patient, âge, poids), avait-elle été vérifiée avant la réalisation du soin ? |  |
|  | 4415 | Q05 : L'identification du patient était-elle complète? (Nom, prénom, sexe, date de naissance, sexe, taille surface corporelle) |  |
|  | 4420 | Q06 : La concordance entre l’identité du patient et la prescription avait-elle été vérifiée ? |  |
|  | 4425 | Q07 : Les médicaments étaient-ils déconditionnés ? |  |
|  | 4430 | Q08 : La date de péremption des différents médicaments avait-elle été vérifiée ? |  |
|  | 4435 | Q09 : La date d'ouverture des médicaments multi doses figurait-elle sur le conditionnement ? |  |
|  | 4440 | Q10 : La préparation médicamenteuse s'était-elle opérée juste avant l'administration ? |  |
|  | 4445 | Q11 : Les préparations médicamenteuses se faisaient-elle en série ? |  |
|  | 4450 | Q12 : La concordance entre le médicament préparé́ et la prescription avait-elle été vérifiée ? |  |
|  | 4455 | Q13 : La cohérence entre la posologie prescrite et celle habituellement utilisée pour le poids et l’âge du patient avait-elle été vérifiée ? |  |
|  | 4460 | Q14 : La concordance entre le médicament préparé et la prescription, portant notamment sur le nom, le dosage, la forme galénique, la concentration et la voie d’administration avait-elle été vérifiée ? |  |
|  | 4465 | Q15 : Les conditions de conservation, l'intégrité́ de l’emballage avaient-ils été vérifiés ? |  |
|  | 4470 | Q16 : L'étiquette du médicament avait-elle été relue attentivement avant la préparation? |  |
|  | 4475 | Q17: Les règles de broyage des comprimés avaient-elles respecté les précautions d'usage (incompatibilités…) ? |  |
|  | 4480 | Q18 : Les règles d'hygiène (utilisation de SHA) étaient-elles respectées par le professionnel responsable de l'acte ? |  |
|  | 4485 | Q19 : La préparation des médicaments s'était-elle effectuée dans une salle de soins sécurisée? |  |
|  | 4490 | Q20 : La préparation s'était-elle effectuée dans la chambre du patient? |  |
|  | 4495 | Q21 : Le patient était-il en chambre individuelle ou en chambre double? |  |
|  | 4500 | Q22 : La préparation s'était-elle effectuée sur un chariot dans le couloir du service? |  |
|  | 4505 | Q23 : Un protocole de non interruption de tâches pendant la préparation du pansement était-il en place? |  |
|  | 4510 | Q24 : La préparation des médicaments se faisait-elle en série? |  |
|  | 4515 | Q25 : Le chariot de préparation du médicament comportait-il plusieurs médicaments ? |  |
|  | 4520 | Q26 : La reconstitution s’était-elle effectuée dans le respect des conditions d’hygiène, voire de stérilité́ et selon le résumé́ des caractéristiques du produit en veillant notamment aux contre-indications de certaines pratiques (solvant, broyage des comprimés, mise en solution ou en suspension dans un liquide) et aux incompatibilités physiques? |  |
|  | 4525 | Q27 : Au moment de l’événement, les médicaments étaient-ils déconditionnés ? |  |
|  | 4530 | Q28 : Les dimensions du pilulier ou du tiroir étaient-elles adaptées au conditionnement du médicament à administrer ? |  |
|  | 4535 | Q29 : L’étiquetage et l’identification des piluliers avaient-ils été réalisés par le professionnel qui avait administré le médicament ? |  |
|  | 4540 | Q30 : La préparation des piluliers relevait-elle exclusivement du rôle propre infirmier ? |  |
|  | 4545 | ***L’administration*** |  |
|  | 4550 | Q31 : Le patient était-il connu dans le service au moment de l'administration ? (Etait-ce un nouveau patient?) |  |
|  | 4555 | Q32 : L'administration médicamenteuse respectait-elle l'horaire prescrit ? |  |
|  | 4560 | Q33 : L'administration médicamenteuse a-t-elle été effectuée dans un contexte d'urgence ? |  |
|  | 4565 | Q34 : La procédure d'identitovigilance était-elle connue des professionnels ? |  |
|  | 4570 | Q35 : La procédure d'identitovigilance avait-elle été respectée ? |  |
|  | 4575 | Q36 : L'identité du patient avait-elle été vérifiée avant d'administration ? |  |
|  | 4580 | Q37 : Le patient était-il en capacité de décliner son identité au moment de l'administration? |  |
|  | 4585 | Q38 : Une procédure de gestion des homonymies était-elle en place ? |  |
|  | 4590 | Q39 : L'état du patient était-il compatible avec le traitement prescrit ? |  |
|  | 4595 | Q40 : La voie d'administration per os correspondait-elle à la voie d'administration prescrite ? |  |
|  | 4600 | Q41 : L'étiquette du médicament avait-elle été relue attentivement avant l'administration ? |  |
|  | 4605 | Q42 : La posologie était-elle adaptée au patient ? |  |
|  | 4610 | Q43 : Les connaissances pharmacologiques du professionnel chargé de l'administration étaient-elles à jour (connaissances des doses habituelles utilisées) ? |  |
|  | 4615 | Q44 : Le consentement du patient avait-il été recueilli ? |  |
|  | 4620 | Q45 : La compatibilité entre plusieurs médicaments par os avait-elle été vérifiée ? |  |
|  | 4625 | Q46 : Le patient avait-il une sonde d'alimentation entérale? |  |
|  | 4630 | Q47 : La perméabilité et le bon positionnement de la sonde d'alimentation avaient-ils été vérifiés avant l'administration médicamenteuse? |  |
|  | 4635 | Q48 : Un protocole particulier "patients confus" était-il en place ? |  |
|  | 4640 | Q49 : Les médicaments avaient-ils été « déblistérés » avant l'administration ? |  |
|  | 4645 | Q50 : Les contre-indications selon certaines pathologies avaient-elles été prise en compte avant l'administration ? |  |
|  | 4650 | Q51 : L’administration médicamenteuse relevait-elle de l'initiative du professionnel sans avoir fait l'objet d'une prescription (ex: antalgique sur un patient douloureux) ? |  |
|  | 4655 | Q52 : L'administration médicamenteuse était-elle faite par un infirmier? |  |
|  | 4660 | Q53 : L'administration médicamenteuse avait-elle été réalisée par un étudiant en soins infirmiers ? Par un aide-soignant? Si oui, était-ce en présence d’un IDE ? |  |
|  | 4665 | Q54 : Le patient avait-il des troubles de la déglutition? |  |
|  | 4670 | Q55 : Le patient avait-il une sonde d'alimentation entérale? |  |
|  | 4675 | Q56 : La perméabilité et le bon positionnement de la sonde d'alimentation avaient-ils été vérifiés avant l'administration médicamenteuse? |  |
|  | 4680 | Q57 : L'administration médicamenteuse était-elle inscrite dans le plan de soins ? |  |
|  | 4685 | Q58 : Le tiroir ou le pilulier utilisé pour les doses à administrer était-il identifié avec l'étiquette propre du patient ? |  |
|  | 4690 | Q59 : La distribution des médicaments se faisait-elle en série ? |  |
|  | 4695 | *L****a traçabilité*** |  |
|  | 4700 | Q60 : L'administration des médicaments était-elle tracée sur le même support que la prescription ? |  |
|  | 4705 | Q61 : La traçabilité de l'administration était-elle réalisée en temps réel, juste après l'administration par le professionnel responsable de l'administration ? |  |
|  | 4710 | Q62 : Le support d'enregistrement de l'administration se trouvait-il sur le chariot de soins de l'infirmier ? |  |
|  | 4715 | Q63 : Les causes éventuelles de non administration figuraient-elles sur le logiciel de prescription ? |  |
|  | 4720 | Q64 : L’absence d’administration et son motif figuraient-ils dans le dossier du patient ? |  |
|  | 4725 | Q65 : L'information au patient était-elle tracée dans le dossier patient ? |  |
|  | 4730 | Q66 : Les effets indésirables étaient-ils systématiquement tracés ? |  |
|  | 4735 | 3.8.2.3 L’intraveineux |  |
|  | 4740 | ***La préparation*** |  |
|  | 4745 | Q01 : La concordance entre l’identité du patient et la prescription avait-elle été vérifiée ? |  |
|  | 4750 | Q02 : L'identification du patient était-elle complète? (nom, prénom, sexe, date de naissance, sexe, taille surface corporelle) |  |
|  | 4755 | Q03 : Une procédure de gestion du risque d’homonymie était-elle en place ? |  |
|  | 4760 | Q04 : S'agissait-il d'une délivrance nominative ? |  |
|  | 4765 | Q05 : Les actes de préparation étaient-ils planifiés dans le plan de soins ? |  |
|  | 4770 | Q06 : Les médicaments à administrer étaient-ils concernés par des voies d’administration différentes ? |  |
|  | 4775 | Q07 : Les médicaments étaient-ils déconditionnés ? |  |
|  | 4780 | Q08 : La concordance entre le médicament préparé́ et la prescription avait-elle été vérifiée ? |  |
|  | 4785 | Q09 : Les résultats biologiques (créatinémie, international normalised ratio (INR), glycémie, etc.) et/ou cliniques avaient-ils été pris en compte avant la préparation de l’injection ? |  |
|  | 4790 | Q10 : L’absence de contre-indication (allergies, état du patient, âge, poids), avait-elle été vérifiée avant la préparation? |  |
|  | 4795 | Q11 : Le statut infectieux du patient commandait-il des précautions particulières quant à l'administration ? |  |
|  | 4800 | Q12 : La cohérence entre le volume /posologie préparé́ et ceux habituellement utilisés pour le poids et l’âge du patient avait-elle été vérifiée ? |  |
|  | 4805 | Q13 : L'aspect du médicament, les conditions de conservation, l'intégrité́ de l’emballage avaient-ils été vérifiés ? |  |
|  | 4810 | Q14 : La limpidité́ de la solution avait-elle été vérifiée ? |  |
|  | 4815 | Q15 : La date de péremption des différents médicaments avait-elle été vérifiée ? |  |
|  | 4820 | Q16 : La reconstitution s’était-elle effectuée dans le respect des conditions d’hygiène, voire de stérilité́ et selon le résumé́ des caractéristiques du produit en veillant notamment aux contre-indications de certaines pratiques (solvant, broyage des comprimés, mise en solution ou en suspension dans un liquide) et aux incompatibilités physiques? |  |
|  | 4825 | Q17 : Le conditionnement de la dose était-il unitaire ? |  |
|  | 4830 | Q18 : Le calcul de dose avait-il été vérifié ? |  |
|  | 4835 | Q19 : Les méthodes de calcul de dose étaient-elles maîtrisées par les professionnels paramédicaux ? |  |
|  | 4840 | Q20 : Les règles d'hygiène (utilisation de SHA) étaient-elles respectées par le professionnel responsable de l'acte ? |  |
|  | 4845 | Q21 : La préparation s'était-elle effectuée dans une salle de soins sécurisée? |  |
|  | 4850 | Q22 : Dans la salle de soins, une zone était-elle clairement identifiée pour la préparation des médicaments ? |  |
|  | 4855 | Q23 : Cette zone permettait-elle d'éviter tout risque de contamination pendant la préparation médicamenteuse ? |  |
|  | 4860 | Q24 : Les médicaments sensibles à la lumière étaient-ils conditionnées / administrés de manière spécifique ? |  |
|  | 4865 | Q25 : La préparation était-elle effectuée dans la chambre du patient? |  |
|  | 4870 | Q26 : Si oui, le patient était-il en chambre individuelle ou en chambre double? |  |
|  | 4875 | Q27 : La préparation était-elle effectuée sur un chariot dans le couloir du service? |  |
|  | 4880 | Q28 : Le chariot de préparation du médicament comportait-il plusieurs produits disposés côte à côte? |  |
|  | 4885 | Q29 : La préparation des injectables se faisait-elle en série? |  |
|  | 4890 | Q30 : Un protocole de non interruption de tâches pendant la préparation médicamenteuse était-il en place? |  |
|  | 4895 | Q31 : Le calcul de débit permettait-il de respecter la posologie prescrite ? |  |
|  | 4900 | Q32 : Un tableau de compatibilités et précipités des médicaments injectables était-il à disposition des professionnels ? |  |
|  | 4905 | Q33 : L’étiquetage et l’identification des seringues avaient-ils été effectués par le professionnel qui avait réalisé l’injection? |  |
|  | 4910 | ***L’administration*** |  |
|  | 4915 | Q34 : L’administration de produits intra veineux faisait-elle l’objet d’une procédure institutionnelle ou spécifique au service ? |  |
|  | 4920 | Q35 : Si oui, avait-elle été validée par l’EOHH ? |  |
|  | 4925 | Q36 : Des évaluations de pratiques avaient-elles déjà été réalisées ? Si oui avec quels résultats ? |  |
|  | 4930 | Q37 : Les connaissance pharmacologiques du professionnel chargé de l'administration étaient-elles à jour et permettaient-elles d'identifier un problème de prescription (connaissance des doses habituelles utilisées)? |  |
|  | 4935 | Q38 : Le matériel utilisé était-il connu du professionnel responsable de l'injection ? |  |
|  | 4940 | Q39 : Le patient était-il connu dans le service au moment de l'injection ou était-ce un nouveau patient? |  |
|  | 4945 | Q40 : L'injection a-t-elle été effectuée dans un contexte d'urgence ? |  |
|  | 4950 | Q41 : L'identité du patient avait-elle été vérifiée avant d'administration ? |  |
|  | 4955 | Q42 : La procédure d'identitovigilance était-elle connue des professionnels ? |  |
|  | 4960 | Q43 : La procédure d'identitovigilance avait-elle été respectée ? |  |
|  | 4965 | Q44 : L'état du patient était-il compatible avec l'injection prescrite ? |  |
|  | 4970 | Q45 : Le patient était-il fébrile ou apyrétique? |  |
|  | 4975 | Q46 : Le consentement du patient avait-il été recueilli? Si oui, comment avait-t-il été tracé ? |  |
|  | 4980 | Q47 : L'horaire d'administration avait-il été respecté ? |  |
|  | 4985 | Q48 : L'injection avait-elle respecté les règles d'hygiène ? |  |
|  | 4990 | Q49 : A quels moments l’IDE s’est frictionné les mains avec une SHA ? |  |
|  | 4995 | Q50 : De quelle manière le matériel et les produits nécessaires à l’injection ont-ils été acheminés auprès du patient ? |  |
|  | 5000 | Q51 : Si un chariot (ou guéridon roulant) a été utilisé, est-il introduit dans les chambres des patients et quelles sont les modalités et la fréquence de son nettoyage et de sa désinfection ? |  |
|  | 5005 | Q52 : L'injection en intra veineux respectait-elle les recommandations de bonnes pratiques (port de gants…) ? |  |
|  | 5010 | Q53 : Quelle procédure de désinfection de la peau a-t-elle été utilisée ? A-t-elle été respectée ? |  |
|  | 5015 | Q54 : L'étiquette du médicament avait-elle été relue attentivement avant l'administration ? |  |
|  | 5020 | Q55 : La voie d'administration correspondait-elle à la voie d'administration prescrite ? |  |
|  | 5025 | Q56 : La voie d'administration était-elle perméable au moment de l'injection ? |  |
|  | 5030 | Q57 : Sa perméabilité avait-elle été contrôlée ? |  |
|  | 5035 | Q58 : Le calcul du débit avait-il été réglé ? |  |
|  | 5040 | Q59 : La compatibilité entre plusieurs médicaments avait-elle été vérifiée ? |  |
|  | 5045 | Q60 : Le solvant utilisé pour la dilution était-il compatible avec le produit utilisé ? |  |
|  | 5050 | Q61 : La vitesse d'injection avait-elle été respectée ? |  |
|  | 5055 | Q62 : L'utilisation d'un pousse seringue électrique (PSE) avait-elle été requise ? |  |
|  | 5060 | Q63 : La voie d'abord avait-elle été respectée par rapport à la prescription ? |  |
|  | 5065 | Q64 : L'injection avait-elle était réalisée sur un cathéter périphérique? |  |
|  | 5070 | Q65 : L'injection avait-elle était réalisée sur un cathéter central ? |  |
|  | 5075 | Q66 : La date de pose du cathéter central figurait-elle sur le pansement ? |  |
|  | 5080 | Q67 : Le changement du cathéter central avait-il eu lieu dans un délai conforme aux bonnes pratiques ? |  |
|  | 5085 | Q68 : Le cathéter avait-il été envoyé au laboratoire ? |  |
|  | 5090 | ***La traçabilité*** |  |
|  | 5095 | Q69 : La traçabilité de l'administration figurait-elle sur un document, informatique ou en format papier accessible à tous les professionnels ? |  |
|  | 5100 | Q70 : La traçabilité des conditions de stockage des médicaments à conserver au réfrigérateur était-elle en place ? |  |
|  | 5105 | Q71 : L’absence d’administration et son motif figuraient-ils dans le dossier du patient ? |  |
|  | 5110 | Q72 : La traçabilité comportait-elle le nom du médicament administré, sa forme, la voie d'administration, la date, l'heure, éventuellement le soluté de perfusion, la durée de l'administration, l'identification du professionnel responsable de l'administration ? |  |
|  | 5115 | Q73 : L'information au patient était-elle tracée dans le dossier patient ? |  |
|  | 5120 | Q74 : Les effets indésirables étaient-ils systématiquement tracés ? |  |
|  | 5125 | Q76 : L'erreur médicamenteuse faisait-elle l'objet d'une déclaration systématique ? |  |
|  | 5130 | Conclusions : 3.8.2.1 Prescription du médicament (dispositions communes) |  |
| [F383](#_Réalisation_des_pansements) | 5135 | 383 Réalisation des pansements |  |
|  | 5140 | ***La prescription*** |  |
|  | 5145 | Q01 : Le support de prescription-administration était-il unique? |  |
|  | 5150 | Q02 : S’agissait-il d’une délivrance nominative ? |  |
|  | 5155 | Q03 : L'identification du patient était-elle complète? (Nom, prénom, sexe, date de naissance, sexe, taille surface corporelle) |  |
|  | 5160 | Q04 : Une procédure de gestion des homonymies était-elle en place ? |  |
|  | 5165 | Q05 : La prescription du pansement comportait-elle des produits médicamenteux ? |  |
|  | 5170 | Q06 : La prescription comportait-elle le nom du (ou des) médicament à utiliser? |  |
|  | 5175 | Q07 : La prescription était-elle écrite en dénomination commerciale ou en DCI ? |  |
|  | 5180 | Q08 : La prescription était-il écrite lisiblement (en majuscules)? |  |
|  | 5185 | Q09 : La prescription comportait-elle des abréviations? |  |
|  | 5190 | Q10 : La prescription était-elle horodatée ? |  |
|  | 5195 | Q11 : La prescription était-elle signée ? |  |
|  | 5200 | Q12 : Existait-il un registre des médecins prescripteurs habilités à prescrire ? |  |
|  | 5205 | Q13 : La signature du médecin prescripteur figurait-elle dans un registre ? |  |
|  | 5210 | Q14 : La prescription était-elle informatisée? |  |
|  | 5215 | Q15 : La signature du praticien était-elle identifiable ? |  |
|  | 5220 | Q16 : La prescription avait-elle fait l'objet d'une validation par le pharmacien? |  |
|  | 5225 | Q17 : Le recopiage de la prescription était-il prohibé? |  |
|  | 5230 | Q18 : La prescription avait-elle pris en compte les allergies du patient ? |  |
|  | 5235 | Q19 : L'état du patient avait-il été réévalué avant la prescription? |  |
|  | 5240 | Q20 : L'état douloureux du patient avait-il été réévalué avant la prescription? |  |
|  | 5245 | Q21 : La prescription avait-elle fait l’objet d’une réévaluation en fonction de l'évolution de la plaie ? |  |
|  | 5250 | Q22 : La prescription relevait-elle du rôle propre infirmier (article R4311-5 du CSP) ? |  |
|  | 5255 | Q23 : Les conditions particulières d’utilisation des produits figuraient-elles sur la prescription ? |  |
|  | 5260 | Q24 : Les incompatibilités entre plusieurs produits étaient-elles connues du personnel soignant ? |  |
|  | 5265 | Q25 : La prescription précisait-elle de quel type de surveillance relevait le pansement ? |  |
|  | 5270 | Q26 : La prescription comportait-elle la désignation du produit à utiliser? |  |
|  | 5275 | Q27 : La prescription détaillait-elle les conditions particulières d’utilisation du produit? |  |
|  | 5280 | Q28 : La prescription comportait-elle la fréquence de réfection du pansement? |  |
|  | 5285 | Q29 : Le service dispose-t-il de protocoles de prescription et de réalisation des pansements ? |  |
|  | 5290 | Q30 : La rédaction de protocoles thérapeutiques (de réfection de pansement en fonction du type de plaie et de son évolution) avait-elle associé les paramédicaux chargés d'appliquer ces protocoles? |  |
|  | 5295 | Q31 : La prescription des différents pansements primaires (en dehors des pansements au charbon actif) respectait-elle les incompatibilités d'association sur une même plaie? |  |
|  | 5300 | Q32 : La prescription mentionnait-elle la classe de pansement à utiliser, le caractère adhésif, stérile ou non ? |  |
|  | 5305 | ***La préparation*** |  |
|  | 5310 | Q33 : Un référent "pansement" avait-il été désigné au sein de l'équipe ? |  |
|  | 5315 | Q34 : La réfection du pansement et sa préparation était-elle planifiée dans le plan de soins ? |  |
|  | 5320 | Q35 : La date de réfection du pansement figurait-elle sur celui-ci ? |  |
|  | 5325 | Q36 : Un protocole de non interruption de tâches pendant la préparation du pansement était-il en place? |  |
|  | 5330 | Q37 : La concordance entre l’identité du patient et la prescription avait-elle été vérifiée avant la préparation? |  |
|  | 5335 | Q38 : Le statut infectieux ou l'état du patient requerrait-il des précautions complémentaires (isolement septique / protecteur?) |  |
|  | 5340 | Q39: Le patient était-il immunodéprimé ? |  |
|  | 5345 | Q40 : Le patient était-il porteur d'une BMR ? |  |
|  | 5350 | Q41 : Si ces éléments ont été vérifiés, est-ce-que cela a entrainé une adaptation de la préparation ? |  |
|  | 5355 | Q42: Ces précautions avaient-elles été repérées et respectées ? |  |
|  | 5360 | Q43 : L’absence de contre-indication (allergies, état du patient, poids), avait-elle été vérifiée avant la préparation ? |  |
|  | 5365 | Q44 : Le pansement avait-il été précédé d'un traitement antalgique? |  |
|  | 5370 | Q45 : Le personnel infirmier était-il formé à l'utilisation du mélange équimolaire oxygène protoxyde d’azote (MEOPA) ? |  |
|  | 5375 | Q46 : Le patient était-il diabétique ou porteur d'une maladie vasculaire? |  |
|  | 5380 | Q47 : Le patient était-il dénutri/obèse? |  |
|  | 5385 | Q48 : Le patient était-il sous corticoïdes ? |  |
|  | 5390 | Q49 : Le pansement relevait-il d'une prescription médicale ou du rôle propre infirmier ? |  |
|  | 5395 | Q50 : La préparation du pansement était-elle protocolisée ? |  |
|  | 5400 | Q51 : La plaie était-elle chronique ou aigue ? |  |
|  | 5405 | Q52 : Si le pansement relevait d'une technique particulière, était-il possible de faire appel à une équipe "Plaies et cicatrisation" ? |  |
|  | 5410 | Q53 : Le personnel infirmier avait-il été formé aux différentes étapes de la cicatrisation? |  |
|  | 5415 | Q54 : Les différentes étapes du processus de cicatrisation étaient-elles documentées (photos par exemple) ? |  |
|  | 5420 | Q55 : Un tableau référençant les différents types de pansements en fonction de la phase de cicatrisation était-il mis à la disposition des professionnels ? |  |
|  | 5425 | Q56 : La fréquence de réfection du pansement en fonction du type de dispositif médical (DM) utilisé était-elle connue du personnel paramédical ? |  |
|  | 5430 | Q57 : Cette fréquence avait-elle été respectée ? |  |
|  | 5435 | Q58 : La concordance entre le matériel et les produits préparés (type d'antiseptique, type de DM) et la prescription avait-elle été vérifiée ? |  |
|  | 5440 | Q59 : L'aspect du dispositif, les conditions de conservation, l'intégrité́ de l’emballage avaient-ils été vérifiés ? |  |
|  | 5445 | Q60 : Les précautions standard avaient-elles été respectées ? |  |
|  | 5450 | Q61 : L’absence de bijoux, de vernis à ongle, de faux ongles était-il respecté par l'infirmier responsable de la réfection du pansement ? |  |
|  | 5455 | Q62 : La date d'ouverture figurait-elle sur les flacons de solution utilisés lors de la réalisation du pansement? |  |
|  | 5460 | Q63 : La date de péremption des différents dispositifs et solutions avait-elle été vérifiée ? |  |
|  | 5465 | Q64 : Si celui-ci était nécessaire, le port de gants stériles avait-il été respecté ? |  |
|  | 5470 | Q65 : Aux différentes étapes de la préparation, l’hygiène des mains, avec l’utilisation d’une SHA, a-t-elle été respectée par le professionnel responsable de l'acte ? |  |
|  | 5475 | Q66 : L'échelle colorielle des plaies était-elle connue du personnel paramédical responsable de la réfection du pansement ? |  |
|  | 5480 | Q67 : L'usage de sets de pansements stériles était-il en place ? |  |
|  | 5485 | Q68 : Le temps de contact des différents antiseptiques était-il connu des professionnels ? |  |
|  | 5490 | Q69 : La préparation du pansement s'était-elle effectuée dans une salle de soins sécurisée? |  |
|  | 5495 | Q70 : La préparation s'était-elle effectuée dans la chambre du patient? |  |
|  | 5500 | Q71 : Le patient était-il en chambre individuelle ou en chambre double? |  |
|  | 5505 | Q72 : La préparation a-t-elle été effectuée sur un chariot dans le couloir du service? |  |
|  | 5510 | Q73 : La réfection des pansements pour les patients du service se faisait-elle en série? |  |
|  | 5515 | Q74 : Le pansement était-il occlusif ? |  |
|  | 5520 | Q75 : La préparation était-elle effectuée dans le respect des conditions d’hygiène et d’asepsie? |  |
|  | 5525 | Q76 : La préparation était-elle effectuée selon le résumé́ des caractéristiques du produit en veillant notamment aux contre-indications de certaines pratiques et aux incompatibilités physiques? |  |
|  | 5530 | ***La confection- la réfection*** |  |
|  | 5535 | Q77 : Le pansement a-t-il été réalisé dans un contexte d'urgence ? |  |
|  | 5540 | Q78 : La réfection des pansements se faisait-elle en série? |  |
|  | 5545 | Q79 : La procédure d'identitovigilance était-elle connue des professionnels ? |  |
|  | 5550 | Q80 : La procédure d'identitovigilance avait-elle été respectée ? |  |
|  | 5555 | Q81 : L'identité du patient avait-elle été vérifiée avant la réfection du pansement ? |  |
|  | 5560 | Q82 : Le consentement du patient avait-il été recueilli ? |  |
|  | 5565 | Q83 : La réfection du pansement était-elle planifiée dans le plan de soins ? |  |
|  | 5570 | Q84 : La toilette du patient avait-elle été effectuée avant la réfection du pansement ? |  |
|  | 5575 | Q85 : La réfection du lit du patient avait-elle précédé la réfection du pansement ? |  |
|  | 5580 | Q86 : L'état du patient était-il compatible avec la réfection du pansement prescrit (statut douloureux)? |  |
|  | 5585 | Q87 : La réalisation du pansement s'était-elle faite sous analgésie (MEOPA)? |  |
|  | 5590 | Q88 : La technique du MEOPA était-elle connue du personnel soignant ? La pratique d’utilisation était-elle fréquente ? |  |
|  | 5595 | Q89 : S'agissait-il d'une plaie chronique ? |  |
|  | 5600 | Q90 : La réfection du pansement avait-elle respecté les précautions standards? |  |
|  | 5605 | Q91 : La réfection du pansement a-t-elle respecté les règles d’utilisation des antiseptiques ? |  |
|  | 5610 | Q92 : La compatibilité entre plusieurs produits avait-elle été vérifiée ? |  |
|  | 5615 | Q93 : Le temps de contact des antiseptiques a-t-il été respecté ? |  |
|  | 5620 | Q94 : Une détersion a-t-elle été effectuée ? |  |
|  | 5625 | Q95 : Le matériel utilisé était-il connu du professionnel responsable de la réfection du pansement ? |  |
|  | 5630 | Q96 : S'agissait-il de la première réfection du pansement ? |  |
|  | 5635 | Q97 : Le premier pansement a-t-il été réalisé sous le contrôle du médecin qui avait prescrit les modalités de la prise en charge et définit la fréquence à laquelle il souhaitait revoir la plaie. |  |
|  | 5640 | Q98 : Son renouvellement relevait-il du rôle propre de l'infirmier? |  |
|  | 5645 | Q99 : L'infirmier connaissait-il les différents stades de cicatrisation ? |  |
|  | 5650 | Q100 : Après la réalisation du pansement, le matériel a-t-il été éliminé en respectant le tri des déchets ? |  |
|  | 5655 | Q101 : S’il existe un protocole institutionnel sur le nettoyage des matériels après la réalisation d’un pansement, ses recommandations ont-elles été respectées ? Si un tel protocole n’existe pas, quelle est la méthode utilisée par l’IDE responsable de l’acte ? |  |
|  | 5660 | ***La traçabilité*** |  |
|  | 5665 | Q102 : L'information au patient et- son consentement étaient-ils tracés dans le dossier patient ? |  |
|  | 5670 | Q103 : Les effets indésirables étaient-ils systématiquement tracés ? |  |
|  | 5675 | Q104 : La réfection du pansement était-elle tracée sur le même support que la prescription ? |  |
|  | 5680 | Q105 : Les photos du stade d'évolution de la plaie étaient-elles téléchargées dans le dossier informatisé patient avec des commentaires sur l'évolution de la plaie? Figuraient-elles dans le dossier papier ? |  |
|  | 5685 | Q106 : La traçabilité de l'administration était-elle réalisée en temps réel, juste après l'administration, par le professionnel responsable de la réfection du pansement? |  |
|  | 5690 | Q107 : Le support d'enregistrement de la réfection du pansement se trouvait-il sur le chariot de soins de l'infirmier ? |  |
|  | 5695 | Q108 : Tout événement indésirable en rapport avec la réfection du pansement faisait-elle l'objet d'une fiche d'événement indésirable? |  |
|  | 5700 | Q109 : Les éventuelles causes de non réfection du pansement figuraient-elles et étaient-elles prévues sur le logiciel de prescription ? |  |
|  | 5705 | Conclusions : 383 Réalisation des pansements |  |
| [F384](#T385) | 5710 | 384 Partage des informations patients |  |
|  | 5715 | ***Dossier Patient*** |  |
|  | 5720 | Q01: L’unité de soins dispose-t-elle de dossiers médicaux et/ou de dossiers de soins pour les personnes prises en charge ? Est-ce que les deux sont regroupés dans un dossier unique ? |  |
|  | 5725 | Q02 : S’agit-il d’un dossier propre à l’unité ou d’un dossier personnel utilisé et partagé par l’ensemble de l’établissement en fonction des besoins ? |  |
|  | 5730 | Q03 : S’agit-il d’un dossier informatisé ou d’un dossier « papier » ? |  |
|  | 5735 | Q04 : Comment est sécurisée l’accès au dossier ? |  |
|  | 5740 | Q05 : L’imagerie (radiologie conventionnelle, imagerie de coupes, échographie) est-elle disponible en format « cliché » dans le dossier patient ou à partir d’un PACS (*Picture archiving and communication system*) ? |  |
|  | 5745 | Q06 : D’autres images sont-elles intégrées (cœlioscopie, images per opératoires…) ? |  |
|  | 5750 | Q07 : Quel est le score IPAQSS sur la tenue du dossier patient ? |  |
|  | 5755 | Q08 : Le service mène-t-il des EPP sur le contenu du dossier ? |  |
|  | 5760 | Q09 : Quelles en sont les conclusions ? |  |
|  | 5765 | Q10 : Quels réajustements ont été mis en œuvre le cas échéant ? |  |
|  | 5770 | Q11 : Les différents professionnels de santé du service participent-ils au renseignement du dossier patient ? |  |
|  | 5775 | Q12 : Le dossier d’anesthésie est-il inclus dans le dossier patient ? |  |
|  | 5780 | Q13 : Les différents professionnels extérieurs à la structure intervenant dans la prise en charge (autres praticiens, kinésithérapeutes, psychologue, assistante sociale, etc.) renseignent-ils le dossier ? |  |
|  | 5785 | Q14 : Si le dossier est informatisé, subsiste-t-il un dossier « papier » ? Si oui, quel en est le contenu ? |  |
|  | 5790 | Q15 : Est-il utilisé également pour les consultations externes ? |  |
|  | 5795 | Q16 : Quelles sont les modalités d’accès des différents professionnels à ces dossiers ? |  |
|  | 5800 | Q17 : Est-ce que les règles d’accès sont respectées ? |  |
|  | 5805 | Q18 : Comment la structure veille-t-elle à la confidentialité des données personnelles ? |  |
|  | 5810 | Q19 : Le dossier informatisé inclut-il la gestion des prescriptions de produits pharmaceutiques ? D’examens complémentaires (imagerie, biologie…) ? La réception des résultats ? |  |
|  | 5815 | Q20: Le dossier informatisé sert-il à la planification des soins pour l’équipe paramédicale ? |  |
|  | 5820 | Q21 : Si non, quel est le support à partir duquel la planification des soins est organisée ? Quelles en sont les modalités ? |  |
|  | 5825 | Q22 : Quelle évaluation l’équipe soignante fait-elle du système de planification ? |  |
|  | 5830 | ***Partage d’information, transmissions et réunions*** |  |
|  | 5835 | Q23 : Comment les transmissions entre les professionnels et entre les équipes sont-elles organisées, notamment entre le personnel de jour et de nuit ? |  |
|  | 5840 | Q24 : Quels sont les horaires et le temps dédiés à ces échanges ? |  |
|  | 5845 | Q25 : Quels sont les supports utilisés ? |  |
|  | 5850 | Q26 : Quelles sont les méthodes (transmissions ciblées ou autres) ? |  |
|  | 5855 | Q27 : Des staffs pluri professionnels sont-ils organisés ? |  |
|  | 5860 | Q28 : Existe-t-il des réunions entre les professionnels de santé du service ? |  |
|  | 5865 | Q29 : Quels professionnels y sont associés ? |  |
|  | 5870 | Q30: Comment est organisée la coordination de tous les professionnels extérieurs intervenants ? |  |
|  | 5875 | Q31 : Quels sont les objectifs et les thèmes abordés lors de ces réunions ? |  |
|  | 5880 | Q32 : Quelle en est leur périodicité ? |  |
|  | 5885 | ***Archivage des données*** |  |
|  | 5890 | Q33 : Comment les dossiers médicaux sont-ils archivés ? |  |
|  | 5895 | Q34 : Comment les dossiers de radiologie et les dossiers dématérialisés sont-ils archivés ? |  |
|  | 5900 | Q35 : Existe-t-il une procédure d’archivage ? |  |
|  | 5905 | Q36: Existe-t-il un lieu dédié à l’archivage des dossiers médicaux « papier » ? |  |
|  | 5910 | Q37 : Les conditions d’archivage permettent-elles de respecter le secret médical ? |  |
|  | 5915 | Conclusions : Partage des informations patients |  |
|  | 5920 | 4. Relations du service avec l’extérieur |  |
|  | 5925 | 4.1. Environnements |  |
| [F411](#_Environnement_culturel_et) | 5930 | 411 Environnement culturel et religieux |  |
|  | 5935 | Q01: L’environnement culturel, linguistique et/ou religieux engendre-t-il des conséquences spécifiques sur la prise en charge des patients ? |  |
|  | 5940 | Q02 : Quelles en sont les caractéristiques ? |  |
|  | 5945 | Q03 : Quelles sont les mesures prises par le service pour les traiter ? |  |
|  | 5950 | Q04 : Le service rencontre-t-il des difficultés dans l’application des textes ? Lesquelles ? |  |
|  | 5955 | Q05 : Comment les gère-t-il ? |  |
|  | 5960 | 4.2. Coordination avec les autres acteurs |  |
| [F421](#_Partenaires_du_secteur) | 5965 | 421 Partenaires du territoire et de la région |  |
|  | 5970 | Q01 : Y-a-t-il un lien formalisé avec les médecins généralistes et spécialistes libéraux ? |  |
|  | 5975 | Q02 : Si oui, quelle en est la nature ? |  |
|  | 5980 | Q03 : Participent-ils à l’activité du service ? Sur quels champs ? |  |
|  | 5985 | Q04 : Quels liens ont été construits entre le service et les médecins de ville dans le suivi des patients ? |  |
|  | 5990 | Q05 : Le service a-t-il intégré un programme d'accompagnement au retour à domicile du patient après hospitalisation (PRADO) ? |  |
|  | 5995 | Q06 : Si oui, quelles en sont les évaluations ? |  |
|  | 6000 | Q07 : Le service a-t-il passé une convention avec une ou plusieurs structures d’HAD, de SSIAD ? |  |
|  | 6005 | Q08 : Le service a-t-il passé une convention avec une ou plusieurs structures de SSR ? |  |
|  | 6010 | Q09: Les praticiens du service organisent-ils des Enseignements Post Universitaires (EPU) ? |  |
|  | 6015 | Q10 : Si oui, quelle en est la fréquence ? |  |
|  | 6020 | Q11 : Le service ou l’établissement adhère-t-il à un réseau ? Lequel ? |  |
|  | 6025 | Q12 : Y participe-t-il activement ? |  |
|  | 6030 | Q13 : Les liens sont-ils évalués ? |  |
|  | 6035 | Q14 : Les praticiens du service participent-ils aux activités d’autres établissements du territoire ? |  |
|  | 6040 | Q15 : Si oui, selon quelles modalités ? |  |
|  | 6045 | Q16 : Si l’activité du service est orientée sur la cancérologie, ses équipes participent-elles à l’activité du réseau régional et d’une structure 3 C (consultation, concertation, coordination) ? |  |
|  | 6050 | Q17 : Les recommandations sur la qualité de la prise en charge des patients sont-elles appliquées dans le service ? Sont-elles évaluées ? |  |
|  | 6055 | Q18 : Si oui, quelles sont les conclusions tirées de ces évaluations ? |  |
|  | 6060 | Q19 : S’il ne s’agit pas d’un établissement régional, l’équipe médicale du service entretient-elle des liens réguliers avec un service de référence (CHU ou autre) ? |  |
|  | 6065 | Q20 : Si oui, quel en est le contenu précis ? |  |
|  | 6070 | Q21 : Sur quoi portent les rapports du service avec les services de même discipline du GHT ? |  |
|  | 6075 | Q22 : Ces liens ont-ils conduit à une modification des pratiques du service ? A ses organisations de travail ? |  |
|  | 6080 | Q23 : L’équipe paramédicale du service participe-t-elle à ces rapports ? Si oui, selon quelles modalités ? |  |
|  | 6085 | Conclusions : 421 Partenaires du territoire et de la région |  |

1. Mission IGAS

**[Notice](#_Annexe_4_:) d’utilisation de l’outil de préparation d’un questionnaire de contrôle**

L’outil d’aide à la construction d’un questionnaire de contrôle figurant dans cette annexe F, comporte :

* une carte des principales fonctions identique à celle figurant au chapitre E de ce cahier
* un tableau récapitulant les questions des fiches de fonction de ce cahier.

Pour construire le questionnaire d’un contrôle, il est possible :

* d’identifier dans la carte de cette annexe les fonctions prises en compte (par exemple en surlignant chaque fonction retenue) puis, pour chaque fonction retenue, d’aller dans la partie correspondante du tableau des questions afin de choisir les questions retenues pour le questionnaire du contrôle,
* d’aller directement dans le tableau des questions afin de choisir les questions retenues pour le questionnaire du contrôle.

Dans le tableau des questions, les liens indiqués dans la première colonne « Liens » permettent d’aller vers la fiche de fonction correspondante dans la partie F de ce cahier.

La construction d’un questionnaire de contrôle se fait à partir d’un logiciel de traitement de texte (le document a été établi sur *Word 2007*) en utilisant une version informatique permettant de faire des tris sur un tableau.

Pour préparer un contrôle en conservant les liens hypertextes, il est conseillé de travailler sur un « dossier » obtenu par copie de ce cahier. Vous pouvez alors personnaliser ce « dossier » (entête au nom du ou des organismes etc.).

Les questions proposées peuvent être modifiées ou des questions supplémentaires peuvent être ajoutées. Pour insérer une question à celles proposées, vous créez une ligne à la suite des questions de la fonction concernée ou entre deux questions et vous lui donnez un numéro suivant le précédent dans la colonne « N° ligne ».

En face de chaque question retenue, vous mettez le chiffre « 1 » dans la colonne « Choix quest. ».

Pour sélectionner l’ensemble des questions retenues (celles cochées « 1 »), vous faites le tri sur le tableau en prenant comme critères de tri :

* + 1er : « Choix quest. » en ordre décroissant
  + 2ème : « N° Ligne » ou « Codes » en ordre croissant

[*Dans le tableau proposé, les lignes des titres des fonctions ont été codées « 1 », ce qui les fera apparaitre lors du tri. Vous visualiserez ainsi les fonctions pour lesquelles vous aurez ou non prévu des questions.]*

A la fin des questions concernant chaque fonction, une ligne a été prévue pour rédiger, sous forme d’une conclusion, la synthèse des constats effectués. En utilisant la fonction tri sur tableau, vous pourrez sélectionner les seules lignes de conclusion lorsqu’elles seront rédigées en mettant en face de chacune par exemple le chiffre « 2 » dans la colonne « Choix quest » et en triant sur cette colonne (selon un ordre décroissant).

Pour remplir le questionnaire lors du contrôle, vous pouvez ensuite continuer à travailler sur le « dossier » que vous avez constitué. Vous pouvez supprimer les questions non retenues pour alléger le questionnaire. Vous pouvez modifier la forme du tableau selon vos pratiques par exemple en ajoutant des lignes sous celles des questions retenues ou une colonne pour saisir les réponses aux questions.

Vous pouvez aussi choisir de transférer les questions dans le tableau que vous utilisez habituellement pour établir un questionnaire de contrôle. Si lors du transfert vous souhaitez « emporter » les lignes « conclusion » avec celles des questions retenues, vous indiquer « 1 » en face de chaque ligne de conclusion retenue dans la colonne « Choix quest ».

Lorsque vous faites des tris, vous pouvez revenir à l’ordre initial des lignes en triant sur la colonne « N° ligne » (selon un ordre croissant).

[Si votre logiciel de traitement de texte ne permet pas de faire des tris sur tableau, le tableau de l’annexe F peut être transféré dans un « tableur » de type *Excel* mais les liens hypertextes ne seront peut-être plus directement actifs. Dans ce cas, pour faciliter le travail, vous pouvez créer un lien entre ce tableau du tableur et cette annexe F dans le dossier que vous aurez créé.]

Elaboration du cahier

Ce cahier a été établi par Angel PIQUEMAL et Anne TISON, membres de l’IGAS, en collaboration avec :

Le docteur Marie-Ange DESAILLY-CHANSON, membre de l’IGAS, relectrice de la mission.

En collaboration avec :

Des professionnels de santé:

* Praticiens hospitaliers, dont spécialiste en hygiène hospitalière, et spécialiste en hémovigilance
* directrice des soins, coordinatrice générale des soins et cadre de santé

Et la participation de :

ARS :

* Pedro CONCHES, Infirmier de Santé Publique, Inspecteur de l’action sanitaire et sociale, ARS Bourgogne Franche-Comté
* Dr Patrick BRISACIER, Conseiller Médical et Christophe RICHARD, Inspecteur de l’action sanitaire et sociale ARS Centre Val de Loire

DGOS :

* Brigitte SCHERB, Equipe nationale GHT

Sigles et abréviations utilisés

|  |  |
| --- | --- |
| AFNOR | Association française de normalisation |
| Ag | Agent |
| Al | Alinéa |
| AMP | Aide médico-psychologique |
| ANAES | Agence nationale d’accréditation et d’évaluation en santé |
| ANESM | Agence nationale de l’évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux |
| ARS | Agence régionale de santé |
| AS | Aide-soignante |
| ASE | Aide sociale à l’enfance |
| ASH | Agent de service hospitalier |
| BMR | Bactéries multi-résistantes |
| CA | Conseil d’administration |
| CAA | Cour administrative d’appel |
| CAF | Caisse d’allocations familiales |
| CASF | Code de l’action sociale et des familles |
| CCDSA | Commission consultative départementale de sécurité et d’accessibilité |
| CDD | Contrat à durée déterminée |
| CDI | Contrat à durée indéterminée |
| CE | Conseil d’État |
| CHSCT | Comité d’hygiène, de sécurité et des conditions de travail |
| CJN | Casier judiciaire nationale |
| CLIC | Centre local d’information et de coordination gérontologique |
| CLUD | Comité de lutte contre la douleur |
| CMDMS | Comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles |
| CME | Commission médicale d’établissement |
| CNG | Centre national de gestion |
| CNGOF | Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français |
| COFRAC | Comité français d’accréditation |
| CPOM | Contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens |
| CQ | Compte qualité |
| CREA | Compte de résultats analytique |
| CREX | Comités de retour d’expériences |
| CRUQPC | Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge |
| CSP | Code de la santé publique |
| CTE | Comité technique d’établissement |
| CVS | Conseil de la vie sociale |
| DADS | Déclaration annuelle des salaires |
| DARDE | Document d’analyse des risques de défaillance électrique |
| DARI | Document d’analyse des risques infectieux |
| DASRI | Déchets d’activité de soins à risques infectieux |
| Départ. | Département |
| DGARS | Directeur général d’agence régionale de santé |
| DGAS | Direction générale de l’action sociale |
| DGOS | Direction générale de l’offre de soins |
| DGS | Direction générale de la santé |
| DIRECCTE | Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l’emploi |
| DMS | Durée moyenne de séjour |
| DPC | Développement professionnel continu |
| DRJSCS | Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale |
| DSV | Direction des services vétérinaires |
| EFS | Etablissement français du sang |
| EHPAD | Etablissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes |
| EIAS | Evènement indésirable associé aux soins |
| EIG | Evènement indésirable grave |
| EOHH | Equipe Opérationnelle d’Hygiène Hospitalière |
| EPP | Evaluation des Pratiques Professionnelles |
| EPU | Enseignement Post Universitaire |
| ERP | Etablissement recevant du public |
| ESPIC | Etablissement de santé privé d'intérêt collectif |
| ESSMS | Établissements et services sociaux et médico-sociaux |
| ETP | Equivalent temps plein |
| FINESS | Fichier national des établissements sanitaires et sociaux |
| GBPIC | Guide de bonnes pratiques d’inspection contrôle |
| GHS | Groupe homogène de séjour |
| GHT | Groupement hospitalier de territoire |
| HACCP | Hazard Analysis Critical Control Point (Analyse des dangers - points critiques pour leur maîtrise) |
| HAD | Hospitalisation à domicile |
| HAS | Haute autorité de santé |
| IASS | Inspecteur de l’action sanitaire et sociale |
| ICALIN | Indice Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales |
| IDE | Infirmier(ère) diplômé(e) d’Etat |
| IES | Ingénieur d’études sanitaires |
| IGAS | Inspection générale des affaires sociales |
| IGS | Ingénieur du génie sanitaire |
| IPAQSS | Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins |
| LMNSS | Loi de modernisation de notre système de santé |
| MEOPA | Mélange équimolaire oxygène protoxyde d’azote |
| MISP | Médecin inspecteur de santé publique |
| NTIC | Nouvelles technologies de l'information et de la communication |
| PACS | Picture archiving and communication system |
| PASS | Permanence d’accès aux soins de santé |
| PCD | Président de conseil départemental |
| PE-PS | Projet d’établissement – projet de service |
| PHISP | Pharmacien inspecteur de santé publique |
| PM | Personnel médical |
| PNM | Personnel non médical |
| PPI | Plan pluriannuel d’investissement |
| PRADO | Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile |
| PSE | Plan de sécurisation de l’établissement |
| PSL | Produits sanguins labiles |
| PUI | Pharmacie à usage intérieur |
| PV | Procès-verbal |
| RMM | Revues Morbidité Mortalité |
| RCP | Réunion de concertation pluridisciplinaire |
| SG | Secrétaire général |
| SGMAS | Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales |
| SHA | Solution hydro-alcoolique |
| SI | Système d’information |
| SROS | Schéma régional d’organisation sanitaire |
| SSIAD | Service de soins infirmiers à domicile |
| SSR | Soins de suite et de réadaptation |
| TS | Technicien sanitaire |
| USLD | Unités de soins de longue durée |

1. Cahier d’aide à la construction du contrôle de l’activité « Obstétrique » d’un établissement de santé, Anne TISON et Angel PIQUEMAL, IGAS, Décembre 2016, 2015-147R [↑](#footnote-ref-1)
2. Contrôle des structures sociales et médico-sociales Guide méthodologique pour la construction d’un contrôle d'une structure sociale ou médico-sociale, Dominique TRICARD et Joëlle VOISIN, IGAS, Novembre 2014, RM2013-171P [↑](#footnote-ref-2)
3. Rapports IGAS RM2012-021P et 2014-083R [↑](#footnote-ref-3)
4. Rapport IGAS RM2013-165Z [↑](#footnote-ref-4)
5. Rapport IGAS 2015-147R [↑](#footnote-ref-5)
6. Utilisez la fonction « Précédent » ou équivalente de votre ordinateur pour revenir au départ d’un lien hypertexte activé. Vous pouvez aussi vous reporter au tutoriel proposé pour le cahier « obstétrique » sur le site de l’IGAS. [↑](#footnote-ref-6)
7. PM : personnel médical ; PNM : personnel non médical [↑](#footnote-ref-7)
8. Rapport IGAS 2014-083R Amélioration de la qualité des rapports d’inspection, Amélioration de l’homogénéité des suites données aux inspections, travaux d’actualisation de la partie 3 du guide de bonnes pratiques d’inspection-contrôle, septembre 2015 [↑](#footnote-ref-8)
9. PM : personnel médical ; PNM : personnel non médical [↑](#footnote-ref-9)