



# **POLITIQUE QUALITE GESTION DES RISQUES CENTRE HOSPITALIER DE HAM 2025-2028**

Version 3, 30/10/2025

Validée en CQGRV du 24/11/2025, CME du 4/12/2025, CSIRMT du  
15/12/2025 et CDU du 16/12/2025

Présenté au Conseil de Surveillance du 10/02/2026, au CVS du 13/03/2025 et  
au CSE du 10/03/2026



# Politique qualité gestion des risques

## Table des matières

<b>Glossaire</b> .....	<b>3</b>
<b>Contexte</b> .....	<b>4</b>
<b>Cadre réglementaire</b> .....	<b>4</b>
<b>Méthodologie</b> .....	<b>5</b>
<b>Engagement de la gouvernance</b> .....	<b>7</b>
<b>Les enjeux</b> .....	<b>9</b>
<b>Les ressources disponibles</b> .....	<b>9</b>
<b>Le pilotage</b> .....	<b>10</b>
<b>Objectifs</b> .....	<b>11</b>
1. Promouvoir une culture qualité et gestion des risques reposant sur la confiance et l'écoute (organisation apprenante et juste).....	11
2. Anticiper, maîtriser, gérer les risques des usagers et des professionnels.....	11
3. Favoriser l'implication de l'usager et développer l'évaluation de l'expérience patient ...	13
4. Pérenniser la dynamique d'évaluation des pratiques professionnelles pour en améliorer l'efficacité et l'efficience .....	15
5. Assurer un suivi des risques spécifiques en fonction de la population accueillie .....	16
6. Coordonner la gestion documentaire (procédure, protocoles, doc d'enregistrement) .....	18
7. Promouvoir la qualité de vie au travail pour favoriser la qualité de la prise en charge en lien avec les services des RH et la politique QVT.....	18
8. Promouvoir un environnement confortable et sur .....	19
9. Assurer un suivi de l'évaluation de la qualité des fonctions supports et des prestations externalisées .....	19



## Glossaire

- **AFGSU** : Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence
- **ALARM** : Association of Litigation And Risk Management (approche structurée pour analyser les événements indésirables en santé qui permet d'identifier causes profondes et les facteurs contributifs des incidents)
- **ARS** : Agence Régionale de Santé
- **CDU** : Commission Des Usagers
- **CDSPE** : Comité Douleur Soins Palliatifs Ethique
- **CLAN** : Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition
- **CLIN** : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
- **CLMP** : Correspondant Local Matériovigilance
- **CLPV** : Correspondant Local Pharmacovigilance
- **COPIL** : Comité de Pilotage
- **CPIAS** : Centres d'appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins
- **CQGRV** : Comité Qualité Gestion des Risques et des Vigilances
- **CME** : Commission Médicale d'Etablissement
- **COMEDIMS** : Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
- **CREX** : Comité de Retour d'Expérience
- **CMR santé** : Crew Resource Management en Santé (CRM Santé)
- **CSE** : Conseil Social d'Etablissement
- **CSIRMT** : Commission Soins Infirmiers Rééducation Médico-Technique
- **CVS** : Conseil de la Vie Sociale
- **DSI** : Direction des Soins Infirmiers
- **DUERP** : Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels
- **ELSA** : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
- **EIAS** : Evènement Indésirable Associés aux Soins
- **EIG** : Evènement Indésirable Grave
- **EOH** : Equipe Opérationnelle d'Hygiène
- **EPP** : Evaluation des Pratiques Professionnelles
- **ESMS** : Etablissement Social et Médico-Social
- **ETP** : Education Thérapeutique du Patient
- **FALC** : Facile A Lire et à Comprendre
- **FEI** : Fiche d'Evènement Indésirable
- **F3SCT** : Formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et des conditions de travail
- **GHT ANHS** : Groupement Hospitalier de Territoire Aisne Nord Haute Somme
- **HACCP** : Hazard Analysis of Critical Control Point (système permettant d'identifier, d'évaluer et de maîtriser les dangers au regard de l'hygiène alimentaire)
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **IMC** : Indice de Masse Corporelle
- **IQSS** : Indicateurs Qualité Sécurité des Soins
- **PACTE** : Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe
- **PAPRIPACT** : Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail
- **PAQSS** : Plan d'Actions Qualité Sécurité des Soins
- **PCRA** : Plan de Continuité et de Reprise de l'Activité
- **PCRA SSI** : Plan de Continuité et de Reprise d'Activité Sécurité Système Informatique
- **PECM** : Prise En Charge Médicamenteuse
- **PREMs** : patient-reported experience measures
- **PROMs** : patient-reported outcomes measures
- **PSE** : Plan de Sécurisation de l'Etablissement
- **RABC** : Risk Analysis and Biocontamination Control (système visant à analyser et à contrôler les risques de contamination microbiologique du linge)
- **RSQR HDF** : Réseau Santé Qualité Risques Hauts de France
- **SAED** : Situation Antécédent Evaluation Demande
- **SIH** : Système d'Information Hospitalier
- **SOSI** : Schéma d'Organisation de la Sécurité Incendie



## Contexte



L'établissement de santé est certifié qualité des soins confirmée depuis septembre 2022. La prochaine visite est prévue en juin 2026.



L'EHPAD a été évalué par STRATELYS avec un niveau global de qualité atteint à B (démarche qualité structurée) obtenu en juin 2024. Il sera de nouveau évalué en T4 2028



Le SSIAD a été évalué en novembre 2024 par SOCOTEC. Il sera de nouveau évalué en T1 2027.

Cette politique vient en continuité de celle définie en 2015-2024.

Afin d'évaluer régulièrement le niveau des prestations qu'il propose et en complément des évaluations externes, le CH de Ham s'implique dans les différentes procédures d'évaluation interne des services sanitaires et médico-sociaux. Il favorise l'implication des usagers aux groupes de réflexion et de conduite de cette démarche.

La politique qualité gestion des risques respecte les valeurs décrites dans la note d'orientation stratégique 2025-2028.

## Cadre réglementaire

Elle s'appuie prioritairement sur le manuel de certification HAS V2025 et sur les textes réglementaires suivants :

**Article L.6111-2 CSP : obligation d'un système de management de la qualité et de la sécurité des soins**

**Article L6113-2 CSP : développement d'une politique d'évaluation des pratiques professionnelles**

**Article L.1413-14 et R.6111-1 CSP : obligations de signalement des EIG**

• **Décret n° 2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé**

R.6144-2 : Contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins

R.6164-4 : Contribue à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge

R.6164-5 : Propose un programme d'actions qualité et gestion des risques associés aux soins



- **Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte dans les établissements de santé contre les événements indésirables associés aux soins et sa circulaire d'application N°DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011**

R.6111-2 : le représentant légal, après concertation avec le président de CME arrête l'organisation de la lutte contre les EI associés aux soins

R.6111-3 : le représentant légal arrête, après proposition du président de CME, les mesures à mettre en place dans le cadre du programme d'actions

R.6111-4 : le représentant légal désigne, en concertation avec le président de CME, un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins afin d'assurer les missions du R.6111-2

- **Arrêté 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé**

Article 5 : La direction de l'établissement après concertation avec le président de la CME désigne un responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

Article 8 : Etude des risques encourus par les patients lors de la prise en charge médicamenteuse.

Article 9 : Déclaration interne des événements indésirables, des erreurs médicamenteuses ou des dysfonctionnements liés à la prise en charge médicamenteuse en vue de leur analyse et de la détermination des actions d'amélioration

- **Programme national pour la sécurité des patients (2023-2025)**

Axe 1 : Information du patient, le patient co-acteur de sa sécurité

Axe 2 : Améliorer la déclaration et la prise en compte des événements indésirables associés aux soins

Axe 3 : Formation, culture de sécurité, appui

Axe 4 : Innovation, recherche

- **Instruction N°DGOS/PF2/DGS/RI1/DGCS/2015/ 202 du 15 juin 2015 relative au programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS)**

Axe 1 – Valoriser le travail en équipe

Axe 2 – Encourager la déclaration des EIG associés aux soins.

Axe 3 – Capitaliser sur les retours d'expérience

Axe 4 – Poursuivre des actions ciblées sur certaines thématiques

Axe 5 – Promouvoir le rôle des patients et des proches

## Méthodologie

### 1. Données prises en compte pour l'élaboration de la politique

- Axes prioritaires identifiés dans le projet de l'établissement (projet médico-soignant, projet institutionnel, projet social, projet des usagers...) et du GHT



- ANHS (Projet Médical Partagé, Projet Soins Infirmiers Rééducation Médico-Technique de Territoire, qualité GHT),
- Obligations légales et réglementaires : manuel de certification des établissements de santé, recommandations de bonnes pratiques, référentiel d'évaluation des ESMS ;
  - Avis des tutelles en lien avec les autorisations d'activité ;
  - Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens sanitaire et médico-social
  - Rapports des organismes d'évaluation externe
  - Recommandations des organismes de contrôles de la sécurité réglementaire des équipements de radioprotection ;
  - Décisions institutionnelles au regard d'objectifs propres au centre hospitalier et à ses différences instances ou commissions ;
  - Etudes ou de recherches bibliographiques sur le sujet ;
  - Risques et événements indésirables repérés dans le parcours de soins de la personne prise en charge - Retours d'expérience
  - Résultats des évaluations des pratiques professionnelles et audits internes
  - Résultats des questionnaires de satisfaction et expérience patient
  - Résultats des indicateurs nationaux et internes

## 2. Elaboration de la politique

La politique qualité gestion des risques a été élaborée en tenant compte des éléments ci-dessus et en associant les professionnels, encadrements et référents institutionnels de par les nombreux échanges réalisés en groupes de travail thématique, formation qualité gestion des risques, instances. Elle est copilotée par la direction et la CME.

## 3. Evaluation de la politique

Le Comité Qualité Gestion des Risques et des Vigilances et la CME sont les garants de l'accomplissement de cette politique qualité, en déclinant sa mise en œuvre dans un PAQSS qui sera revue annuellement et en fonction des résultats des évaluations internes et externes.

## 4. Communication de la politique

Elle est validée/présentée aux instances suivantes :

- CQGRV
- CME
- CSIRMT
- CSE
- Conseil de surveillance
- CDU et CVS

Elle est présentée en réunion de service et diffusée sur le logiciel YES et sur le site internet de l'établissement.

## 5. Les politiques et chartes associées

- Charte bientraitance



- Politique Prise en charge médicamenteuse
- Politique Prise en charge médicamenteuse personne âgée
- Politique de Bon usage des antibiotiques
- Programme de Lutte contre les infections associées aux soins
- Projet des usagers
- Politique Qualité de Vie au Travail (en cours d'élaboration)
- Charte identitévigilance
- Charte d'incitation au signalement des évènements indésirables
- Charte SIH
- Charte de Lutte contre la douleur
- Charte développement durable
- Plan de maîtrise sanitaire HACCP

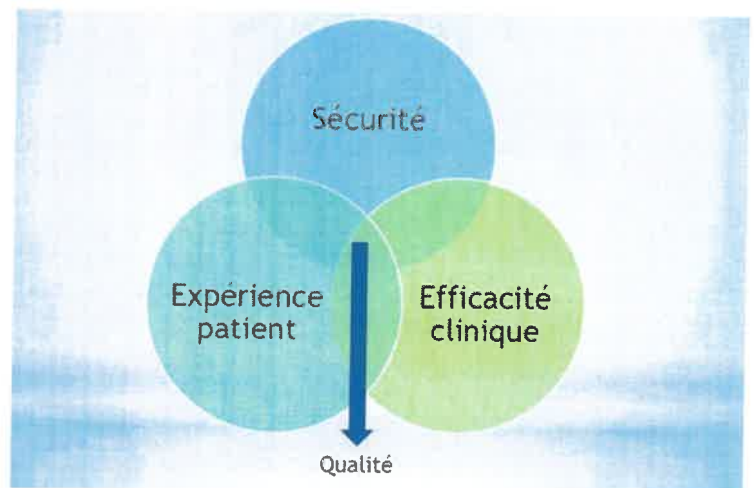
## Engagement de la gouvernance

Le CH Ham est engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques plaçant **l'usager au cœur de la prise en charge**.

Notre politique qualité gestion des risques a pour but **d'améliorer la prise en charge de l'usager tout au long des parcours de soins** : parcours gériatrique, parcours addictologie, parcours soins palliatifs. Le respect de la continuité, la coordination et la coopération est une condition indispensable à la sécurité et à la qualité des parcours. Ces objectifs sont à travailler en interne mais également de manière plus large au sein du territoire.

La **pertinence des soins et des parcours** est un axe stratégique indispensable à la qualité et à l'efficacité des soins. Elle s'inscrit dans la continuité du projet médico-soignant.

Enfin, le **développement de l'expérience patient** permettra un changement de perspective dans la relation entre le professionnel de santé et le patient pour un parcours de soins efficace et centré sur le patient.



Enfin, la politique qualité sécurité des soins concerne tous les secteurs d'activité de l'établissement (processus de management, processus de réalisation, processus de support) qui interagissent ensemble autour d'un objectif commun : la satisfaction de l'utilisateur +/- aidant à travers notamment le respect des valeurs déclinées dans la charte bientraitance (co-construite avec l'équipe de direction, le président de CME, les représentants du personnel et les représentants des usagers).



La stratégie d'établissement fait en sorte que la prise en charge « globale » de l'utilisateur intègre également les fonctions support. L'ambition d'une vision « éthique » est nécessaire, il est donc essentiel de rechercher à ce que les axes de l'ensemble des projets de service intègrent l'importance du « prendre soin » en donnant du sens aux actions du quotidien comme par exemple : Participer de manière coordonnée entre le service restauration et les équipes médicales et paramédicales, à ce que le repas soit également un moment de plaisir en garantissant la qualité organoleptique, en veillant au respect des goûts par leur recueil, en favorisant l'autonomie et le respect de la dignité, en menant une réflexion sur les textures adaptées ou le matériel de suppléance.

La démarche qualité gestion des risques est identifiée comme **un processus de management**. La direction de l'établissement et la CME mettront tout en œuvre pour favoriser la politique qualité gestion des risques de l'établissement, l'atteinte des objectifs et l'amélioration continue, notamment en termes de pertinence des parcours, des actes et des prescriptions.

**A travers la politique qualité gestion des risques, la gouvernance du Centre Hospitalier s'engage à :**

Apporter un **appui méthodologique** pour mener à bien la gestion des risques associés aux soins mais également les autres risques rencontrés par l'établissement

Organiser une **coordination médicale et paramédicale** de la gestion des risques associés aux soins

**Promouvoir des valeurs, comportements et attitudes** qui favorisent une **culture bienveillante** visant l'amélioration de la qualité gestion des risques (culte juste et apprenante) en faisant preuve de leadership

Développer la **solidarité et les coopérations pluri-professionnelles** pour optimiser les prises en charge et favoriser la performance en équipe

**Associer les usagers** ou représentants des usagers à la démarche qualité gestion des risques et **promouvoir et développer l'évaluation de l'expérience patient**

Promouvoir un **environnement confortable et sûr**

Mettre l'accent sur la **formation des professionnels** à la culture sécurité et à la gestion des risques associés aux soins

Garantir un **système d'information ergonomique, fiable et adapté** à l'échelle de l'établissement pour faciliter la gestion des démarches qualité et sécurité

Développer les **nouveaux outils de sensibilisation** en lien avec les simulations en santé et l'intelligence artificielle

Déclarer en **toute transparence les EIG** aux autorités de tutelle

Pratiquer des **soins écoresponsables** visant à réduire l'impact environnemental du système de santé tout en **maintenant la qualité, la sécurité et l'équité des soins** (en lien avec la charte développement durable)



## Les enjeux de la démarche qualité gestion des risques

- Assurer des soins dans les conditions optimales de sécurité et de qualité en se basant sur une démarche qualité continue grâce à la définition de priorités correspondant aux enjeux de l'établissement
- Impliquer les professionnels à tous les stades de la démarche et faire de la démarche qualité et gestion des risques une réalité quotidienne des équipes (médicales, paramédicales, administratives, logistiques, ...). La sécurité est une priorité de tous, des professionnels de terrain comme des managers.
- Obtenir la reconnaissance externe de la qualité des soins pour gagner la confiance de l'ensemble des usagers et valoriser l'image de l'établissement
- Maintenir les autorisations sanitaires et médico-sociales
- Obtenir une reconnaissance financière de la qualité (Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité) par le respect des bonnes pratiques notamment celles relatives à la tenue du dossier patient et à la qualité et à la sécurité de la prise en charge médicamenteuse.

## Ressources disponibles

### 1/ Ressources Humaines

- Ingénieur qualité gestion des risques à 100%
- Cadre Supérieur de Santé fonction Direction des soins
- Coordonnateur médical de la gestion des risques associés aux soins : ½ j toutes les semaines
- Responsable qualité de la PECM
- IDE hygiéniste
- Correspondants vigilances et référents institutionnels
- Auditeurs qualité (formation à prévoir au vu du changement de la démographie paramédicale)

### 2/ Ressources matérielles et ressources documentaires

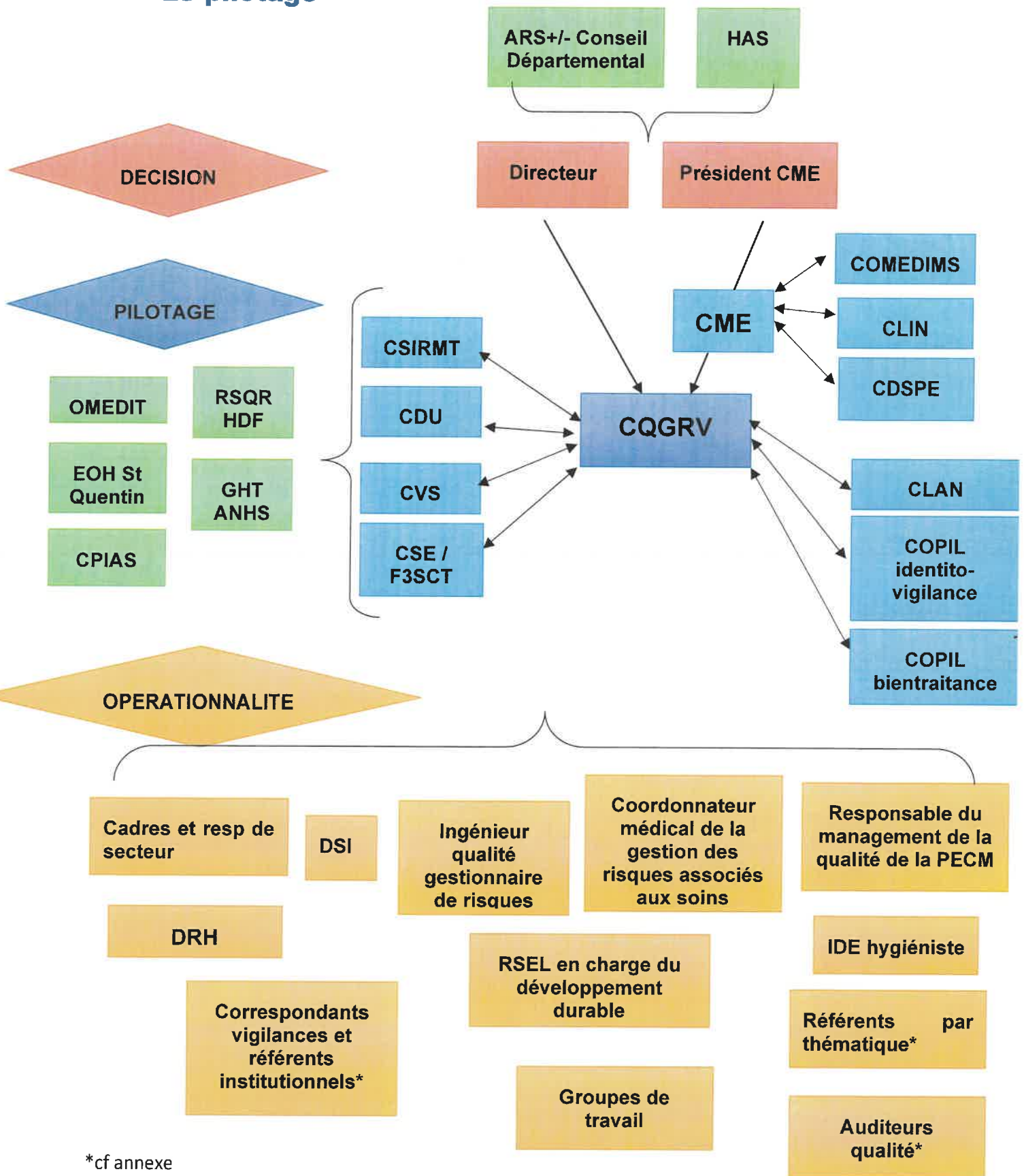
Logiciel YES pour la gestion documentaire et la gestion des événements indésirables / Intranet / Site internet / Référents par thématiques / PAQSS

### 3/ Partenariat

- Adhérent au RSQR HDF : participation aux formations et groupes de travail du RSQR HDF, cafés rencontres sur des thématiques spécifiques
- Participation aux groupes de travail du GHT ANHS



## Le pilotage



\*cf annexe

CF règlements intérieurs CME – CQGRV



## Objectifs

Ces objectifs sont cohérents, réalistes et en adéquation avec les besoins des patients, des professionnels et des autorités de tutelles.

### 1/ Promouvoir une culture qualité et gestion des risques reposant sur la confiance et l'écoute (organisation apprenante et juste)

- Mesure de la **culture sécurité des soins** selon un programme établi
- Actualisation et promotion de la **charte d'incitation au signalement des EI**
- **Sensibilisation et formation annuelle** des professionnels (dont médecins et nouveaux arrivants) à la culture sécurité et au signalement des EIAS (presqu'accident, Evènement Porteur de Risque, EIG)
- Utilisation de **techniques innovantes de formation et sensibilisation** à la gestion des risques : e learning –kahoot - simulation en santé (chambre des erreurs — espace game , analyse de scénario )
- Réalisation d'une **journée sécurité du patient** menée annuellement et à destination de l'ensemble des professionnels
- Intégration de nouvelles formations et méthodologies permettant d'accentuer la notion de **travail en équipe** pour améliorer les pratiques (visite sécurité – PACTE/CRM Santé - SAED)
- Développement de la **communication interne et externe** (volet qualité newsletter – diffusion des résultats d'audits et questionnaires de satisfaction - site internet-revue qualité suite journées à thème)
- Pour **apprendre de ses erreurs** : partage des Retour d'Expérience au sein du service, au sein de l'établissement et inter-établissement (GHT ANHS) – utilisation des flash sécurité HAS par thématique

### 2/ Anticiper, maîtriser, gérer les risques des usagers et des professionnels

- Mise en place d'un système de gestion des risques privilégiant une **vision globale et interactive de l'ensemble des activités**
  - usagers et professionnels
  - gestion des risques a priori et a posteriori
  - risques associés aux soins, risques liés aux activités supports, risques liés à la vie hospitalière et à l'environnement
  - services sanitaires, d'hébergement, domicile
- Mise en place d'un système de **gestion des risques a priori**
  - Mise en place et actualisation des cartographies des risques par service et par thème (ex : risque infectieux, bientraitance) de manière participative
  - Poursuite des méthodes d'évaluation des risques pour les services supports : restauration et lingerie (HACCP / RABC)
  - Mise à jour de l'évaluation des risques professionnels en lien avec le service des ressources humaines
- Mise en place d'un système de **gestion des risques a posteriori**
  - Optimisation de l'utilisation du logiciel YES avec retour au signalant
  - Développement de l'analyse collective des causes des évènements indésirables de manière pluridisciplinaire par des CREX en utilisant la



méthode ALARM – réalisation d'un bilan annuel des évènements indésirables dont EIAS et CREX

- Poursuite de la déclaration des EIG aux autorités de tutelles
- Mise en place d'une **gestion coordonnée des situations de crise** :
  - Gestion des situations d'urgences :
    - Mise à jour des protocoles médicaux et paramédicaux d'urgence
    - Formation et sensibilisation des professionnels
    - Mise à disposition et contrôle du matériel d'urgence
  - Actualisation du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (anciennement plan blanc) avec l'ensemble des intervenants et en lien avec le territoire et l'ARS
  - Réalisation de formation (AFGSU – gestion de crise) selon plan de formation
  - Mise en situation selon programme établi
- Maitrise des risques liés à l'activité de **radiologie conventionnelle**
  - Mise en place et évaluation des actions liées à la prévention des risques liés aux rayonnements ionisants (radioprotection)
- **Coordination institutionnelle des vigilances sanitaires** réglementées en lien avec les correspondants vigilances et les instances concernées

Vigilances	Correspondants	Instances	Coordination
Identitovigilance	Référent identito	COPIL identito	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Veille réglementaire et mise à jour des procédures</li> <li>○ Suivi de la mise en application des procédures d'alerte ascendantes et descendantes</li> <li>○ Audit et suivi d'indicateurs</li> <li>○ Formation et sensibilisation des professionnels</li> <li>○ Centralisation et réalisation d'un bilan annuel de vigilances sanitaires réglementaires</li> </ul>
Pharmacovigilance	CLPV	COMEDIMS	
Matérovigilance	CLMV	COMEDIMS	
Infectiovigilance	IDE hygiéniste	CLIN	
Sécurité alimentaire	Responsable restauration	CQGRV	



### 3/ Favoriser l'implication de l'utilisateur et développer l'évaluation de l'expérience patient

Il s'agit de favoriser l'implication des usagers et la prise en compte de leurs attentes et de leurs vécus à toutes les étapes de la prise en charge selon les différents niveaux de participation.



L'expérience patient désigne tout ce que vit, perçoit et ressent une personne lors de son parcours de soins, depuis l'accueil jusqu'au suivi post hospitalisation, y compris les interactions avec les professionnels, les services et l'environnement de soins. Ces interactions sont façonnées à la fois par l'organisation de ce parcours mais aussi par l'histoire de vie de la personne concernée.

L'évaluation de l'expérience patient prend en compte 8 dimensions de l'expérience de soins





- Développement d'une **culture de la bientraitance** centrée sur l'utilisateur
  - Maintien du COPIL bientraitance – Sensibilisations et formations annuelles– évaluation sous forme de cartographie des risques et/ou EPP
  - Création d'un comité de réflexion éthique (en complément du CDSPE)
- Structuration et amélioration du **dispositif d'information des usagers à chaque étape de leur prise en charge**
  - Harmonisation de l'affichage à destination des usagers et visiteurs
  - Elaboration de documents adaptés à la population âgée et aux handicaps (ex : méthode FALC)
  - Actualisation du livret d'accueil sanitaire et médico-social, contrat de séjour et règlement de fonctionnement
  - Intégration des usagers aux journées à thème menée annuellement
  - Amélioration de l'information sur la possibilité de rédiger des directives anticipées
  - Sensibilisation sur les modalités d'information des usagers tout au long de la prise en charge (diagnostic, évolution, traitements et examens, en cas EIG, ...)
- Développement de **l'implication de l'utilisateur dans son projet de soins ou projet personnalisé individualisé**
  - Valorisation de l'éducation du patient notamment en diabétologie et addictologie
  - Formation des équipes médicales et paramédicales à l'écoute active du patient
  - Valorisation de l'engagement de l'utilisateur dans son projet
- Développement de la **participation des usagers à l'amélioration de la qualité et gestion des risques**
  - Recherche de la participation des usagers dans l'analyse des EI
  - Utilisation grille de recueil de l'expression de l'utilisateur en hébergement
  - Maintien ou amélioration du taux de retour des questionnaires de sortie
  - Amélioration de la communication des résultats aux équipes et aux usagers (semestrielle)
  - Facilitation de l'expression de l'utilisateur par l'amélioration du dispositif de recueil de la satisfaction : adaptée à la population avec troubles cognitifs
- Développement des enquêtes **PREMS /PROMS** pour les secteurs ou thématiques spécifiques suite formation de mars 2025

	PREMS	PROMS	Focus group
Définition	Questionnaire s'intéressant à la manière dont le patient vit l'expérience des soins : satisfaction (information reçue) vécu subjectif (attention portée à la douleur) objectif (délais d'attente)	Questionnaire évaluant les résultats des soins perçus par les usagers : les symptômes ressentis les capacités fonctionnelles la qualité de vie	Méthode qualitative de recherche sociale qui favorise l'émergence de toutes les opinions. Cette méthode, qui est à la fois orale et groupale, ne poursuit donc pas la recherche du consensus. Elle permet par contre le recueil des perceptions, des attitudes, des croyances, des zones de



	relations avec les prestataires de soins		résistances des groupes cibles. Elle répond aux « pourquoi ? » et aux « comment ? ».
<b>Enquêtes à développer</b>	Développement de la méthode « patients traceurs » en USLD Participation à l'enquête e satisfaction nationale MED-SMR PREMS Soins palliatifs SMR PREMS sevrage complexe et HDJ Addictologie	Questionnaire PROMS rééducation en SMR	Développement de focus group en hébergement, addictologie et ETP diabète Questionnaire

- Sollicitation des **représentants des usagers et des associations de bénévoles** à l'amélioration qualité :
  - Suivi des actions définies dans le projet des usagers
  - Implication des représentants des usagers au sein des instances clefs mais aussi aux groupes de travail
  - Facilitation de l'accueil et de l'implication des associations de bénévoles : rencontre annuelle
  - Information des professionnels et des usagers sur les rôles de la CDU et du CVS
- Poursuite de la mise en œuvre et suivi de l'efficacité du dispositif de gestion **des plaintes et des réclamations**
  - Mise en place d'un formulaire de plaintes en EHPAD
  - Centralisation de l'ensemble des éloges et plaintes (direction ou encadrement)
  - Analyse en équipe et retour aux plaignants et aux équipes

#### 4/ Pérenniser la dynamique d'évaluation des pratiques professionnelles pour en améliorer l'efficacité et l'efficience

- Coordination et suivi des démarches **d'évaluation internes et externes** sanitaire et médico-sociale
- Poursuite de la dynamique **d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)**
  - Pérennisation des EPP existantes : veiller à ce que des EPP soient menées dans chaque service et profil de population
  - Développement des patients traceur et parcours traceur
  - Développement de revues de pertinences des pratiques en lien avec la CME et la CSIRMT (admission, séjour, actes, prescriptions)
  - Développement d'EPP en lien avec les soins écoresponsables
- Suivi des **indicateurs qualité gestion des risques**
  - Analyse et diffusion des indicateurs nationaux aux équipes et aux usagers (IQSS –Hopen – ségur numérique)
  - Mise en place d'indicateurs de suivi internes de fonctionnement (ex : suivi formation AFGSU), de pratiques cliniques (ex : escarres), de pertinence (ex : nd séjours supérieurs à 15 j en médecine ou 30 j en SMR)



## 5/ Assurer un suivi des risques spécifiques en fonction de la population accueillie

Au vu de la population prise en charge, en collaboration avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, le président de CME et le DSI, une vigilance particulière en termes de qualité et gestion des risques est apportée sur les thématiques spécifiques reprises dans le projet médico-soignant et le projet institutionnel (mise en place des bonnes pratiques, traçabilité dans le Dossier Patient Informatisé, évaluation des pratiques) :

Thématiques	Acteurs	Actions		
		Veille réglementaire et mise à jour des documents qualités	Evaluation des pratiques	Indicateurs
Sécurisation de la PECM à toutes les étapes du processus	Responsable de la qualité de la PECM et les référents PECM	Procédure PECM hors HAD Procédure PECM HAD Procédure délégation responsabilités en cas de PECM	EPP Evaluation des risques à chaque étape du circuit de la prise en charge médicamenteuse avec prise en compte des spécificités liées au domicile	Recueil et suivi d'indicateurs internes (EM) – suivi des CREX
Amélioration de la prise en charge de la douleur / Soins palliatifs	Président du CDPSE et les référents douleur/soins palliatifs	Mise à jour des documents qualité douleur/soins palliatifs	Evaluation des pratiques : traçabilité de l'évaluation de la douleur / traçabilité de la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse	Recueil et suivi d'indicateurs internes ou nationaux (IQSS)
Prévention du risque de sortie à l'insu du service et des risques liés à la mise en place des contentions	En lien avec les référents EPP chutes-contention	Annexe au contrat de séjour, procédure contention, charte bientraitance, procédure sortie à l'insu du service	Réalisation d'une EPP contention en lien avec les référents chutes-contention	Suivi des événements indésirables en lien avec les contentions et les sorties à l'insu du service
Evaluation et du de prévention du risque de dépendance iatrogène personnes âgées	En lien avec les psychologues	<b>Risque suicidaire</b> Mise à jour des documents qualité en lien avec le risque suicidaire	Audit de pratiques (évaluation du risque suicidaire, mise en place d'actions)	Suivi des tentatives de suicide ou suicide et CREX
	En lien avec les référents EPP chutes-contention	<b>Risque de chute</b> Mise à jour des documents qualité en lien avec le risque de chute	Mise en place d'une analyse quantitative et qualitative des chutes par service par trimestre	Sensibilisation à la remontée des chutes avec conséquences graves pour



	En lien avec le CLAN, les référents nutrition-alimentation et l'équipe restauration et diététicienne	<b>Risques liés à la dénutrition</b> Mise à jour des documents qualité en lien avec la dénutrition notamment du sujet âgé et risque de troubles de la déglutition	Evaluation des pratiques EPP (troubles de la déglutition, dénutrition)	analyse collective des causes et mises en place d'actions  Suivi d'indicateurs internes (enquête un jour donné : nb d'utilisateurs présentant une dénutrition dont dénutrition modérée ou dénutrition sévère) ou nationaux (poids, IMC, ...)
<b>Développement de la continuité des soins et de la fluidité du parcours patient</b>	En lien avec les chefs de service et cadres de santé	Conformité documents de liaison / Dossier de Liaison d'Urgences (DLU)	Audits conformité documents de liaison / DLU / raisonnement clinique Réalisation de parcours traceurs Evaluation pertinences des séjours et pertinence des soins CREX inter établissements	Suivi FEI en lien avec continuité parcours Suivi taux liés à l'utilisation du Dossier Médical Partagé/mon espace santé
<b>Population addictologie</b>	En lien avec l'équipe ELSA	Mise à jour des documents qualité en lien avec les différentes prises en charge addicto	Mise en place d'évaluation des pratiques	Mise en place d'indicateurs spécifiques

## 6/ Coordonner la gestion documentaire (procédure, protocoles, doc d'enregistrement)

- **Programmation des mises à jour des procédures** selon échéances institutionnelles ou évolution de la réglementation et des recommandations suivie par les correspondants vigilances ou référents institutionnels
- **Optimisation de l'utilisation du logiciel qualité** : info nouvel arrivant, guide utilisation

## 7/ Promouvoir la qualité de vie au travail pour favoriser la qualité de la prise en charge en lien avec les services des RH et la politique QVT

- Mise à jour annuelle du **DUERP** par unité de travail dont Risques Psycho-Sociaux
- Elaboration du **PAPRIACT**
- Réalisation du diagnostic **Développement Durable**
- Mise en place de temps d'échange sur les organisations de travail ou les pratiques



- Mise en place de semaine « **bien-être** »

## 8/ Promouvoir un environnement confortable et sur

- Mise en place d'un système permettant d'assurer **la sécurité des équipements** :
  - Démarche d'entretien et de maintenance des équipements
  - Contrôles réglementaires
- Afin d'assurer un **environnement confortable et sur** :
  - Mise en œuvre de la politique d'achat
  - Suivi des travaux en régie
- Formalisation et mise à jour du **PSE** (en complément de la charte de collaboration avec la gendarmerie et du contrôle effectué par la gendarmerie en 21/06/2024)
- Mise à jour du **plan blanc numérique** : procédure en cas de crise majeure ou importante du SIH (Mode dégradé) - PCRA SSI - exercice
- **Sécurité incendie** : mise à jour des procédures par le chargé sécurité incendie, formation à la sécurité incendie, à la manipulation des extincteurs, mise en place du SOSI, réalisation d'exercices incendie, schéma de mise en sécurité incendie
- Réalisation du **schéma directeur immobilier** (accessibilité, confort hôtelier, dignité,...)

## 9/ Assurer un suivi de l'évaluation de la qualité des fonctions supports et des prestations externalisées

- Evaluation de la qualité des processus **restauration et lingerie**
  - Suivi du respect des procédures HACCP / RABC
  - Suivi des contrôles sanitaires et audits externes
  - Suivi des résultats des prélèvements microbiologiques
  - Réalisation d'audits annuels
  - Evaluation des pratiques internes (restauration, services de soins et d'hébergement)
- Développement de la **démarche qualité radiologie** (en complément radioprotection)
- **Evaluation de la qualité des prestations externes** :
  - Organisation de revues annuelles avec les prestataires : laboratoire, transport, blanchisserie Villers Bretonneux
  - Suivi non-conformités et FEI
- Evaluation de la **satisfaction des usagers** (radiologie, transport, restauration)

L'ensemble de ces objectifs sont centralisées dans un plan d'actions qualité et sécurité des soins.



## Annexes

- Annexe 1 : Charte bientraitance
- Annexe 2 : Politique Prise en charge médicamenteuse
- Annexe 3 : Politique Prise en charge médicamenteuse personne âgée
- Annexe 4 : Politique de Bon usage des antibiotiques
- Annexe 5 : Programme de Lutte contre les infections associées aux soins
- Annexe 6 : Charte identitovigilance
- Annexe 7 : Charte d'incitation au signalement des évènements indésirables
- Annexe 8 : Charte SIH
- Annexe 9 : Charte de Lutte contre la douleur
- Annexe 10 : Charte développement durable
- Annexe 11 : Organigramme gestion des risques associés aux soins
- Annexe 12 : Organigramme fonctionnel gestion du risque infectieux
- Annexe 13 : Liste des correspondants vigilance et référents institutionnels
- Annexe 14 : Liste des thématiques et référents
- Annexe 15 : Tableau de bord des EPP



## **Annexe 1 : Charte bientraitance**



# CHARTRE BIEN TRAITANCE

- 1. Adopter en toute circonstance une attitude professionnelle d'écoute et de discernement à chaque étape du parcours de l'utilisateur.**

*Le Centre Hospitalier de Ham s'engage à :*

- Ce que le professionnel se présente à l'utilisateur
- Proposer à l'utilisateur des occasions d'expression diversifiées
- Solliciter la communication verbale et non verbale
- Laisser à l'utilisateur le temps de s'exprimer
- S'adapter aux possibilités de compréhension de l'utilisateur
- Être attentif aux attentes et besoins de l'utilisateur, prendre en compte ses plaintes
- Reconnaître les souhaits exprimés et expliquer les motifs de ne pas les satisfaire
- Avoir une attitude adaptée et rassurante face aux situations particulières
- Respecter la place de l'entourage

- 2. Donner à l'utilisateur et à ses proches une information accessible, individuelle et loyale.**

*Le Centre Hospitalier de Ham s'engage à :*

- Informer le patient à toutes les étapes de la prise en charge et particulièrement lors de changement dans l'état de santé, avant la réalisation d'un acte à risque ou invasifs et lors des prises de décisions
- Informer l'utilisateur de la survenue d'un événement indésirable associé aux soins
- Accompagner l'entourage et les informer dans le respect du secret médical

- 3. Garantir à l'utilisateur d'être co-auteur de son projet en prenant en compte sa liberté de choix et de décision.**

*Le Centre Hospitalier de Ham s'engage à :*

- Impliquer l'utilisateur dans les soins et avec son accord son entourage
- Rechercher la désignation de la personne de confiance et de la personne à prévenir
- Informer l'utilisateur et encourager à la rédaction des directives anticipées
- S'assurer du consentement libre et éclairé de l'utilisateur ou, à défaut, de son assentiment
- Être attentif au refus et à la non adhésion pour faire évoluer la situation de manière adaptée

- 4. Mettre tout en œuvre pour respecter la dignité, l'intimité, l'intégrité physique et psychique de l'utilisateur.**

*Le Centre Hospitalier de Ham s'engage à :*

- Ce que la chambre de l'utilisateur soit un lieu privé : Frapper à la porte avant d'entrer, et attendre la réponse quelques secondes
- Utiliser le matériel disponible pour le respect de la dignité et de l'intimité
- Fonder une relation entre l'utilisateur et le professionnel basée sur le respect, l'égalité, la confiance et la considération mutuelle.
- Inviter l'entourage ou les visiteurs à sortir de la chambre lors des soins (en fonction de la volonté des usagers)
- Faire en sorte que l'environnement soit en adéquation avec les besoins et attentes des usagers
- Respecter la liberté - sécurité dans le cadre d'une réflexion bénéfices/risques pluridisciplinaire
- Offrir une prise en charge adaptée à toutes formes de handicap

- 5. S'imposer le respect de la confidentialité des informations relatives à l'utilisateur.**

*Le Centre Hospitalier de Ham s'engage à :*

- Respecter le secret et la discrétion professionnels
- Echanger sur l'état de santé des usagers dans un lieu dédié
- Sécuriser les données du Dossier Patient Informatisé ou du dossier papier
- Ne divulguer les informations médicales qu'aux personnes autorisées

- 6. Assurer l'égalité d'accès aux soins sans distinction d'origine, d'état de santé, de convictions, de genre, de mode de vie, d'âge**

*Le Centre Hospitalier de Ham s'engage à :*

- Respecter les principes de la Charte de la laïcité
- Accueillir et accompagner les usagers dans le respect de l'égalité

- 7. Agir contre la douleur aiguë et/ou chronique, physique et/ou morale.**

*Le Centre Hospitalier de Ham s'engage à :*

- Dépister et évaluer la douleur
- Être attentif à tous signes de souffrances physiques et/ou psychiques
- Améliorer la qualité de vie des usagers douloureux en assurant la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse de la douleur

- 8. Accompagner la personne et ses proches dans la fin de vie.**

*Le Centre Hospitalier de Ham s'engage à :*

- Respecter les directives anticipées de l'utilisateur
- Appliquer de manière concertée et collégiale, la décision d'arrêt ou de limitation des traitements le cas échéant
- Assurer une prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse adaptée à la fin de vie
- Mettre en place un accompagnement pour l'utilisateur et pour l'entourage
- Proposer à l'entourage un lieu adapté pour l'accompagnement
- Mettre en place des temps d'échanges réguliers des équipes pluridisciplinaires

- 9. Rechercher constamment l'amélioration des prestations d'accueil, d'hôtellerie, d'hygiène, de transports, etc.**

*Le Centre Hospitalier de Ham s'engage à :*

- Assurer un accueil de qualité
- Mettre en place les conditions de la qualité technique (architecture, équipement, accessibilité, signalétique, nouvelles solutions de communication)
- Garantir la sécurité des locaux
- Respecter le choix de l'utilisateur sur les aspects hôteliers
- Assurer l'évaluation des prestations

- 10. Garantir une prise en charge médicale et soignante conforme aux bonnes pratiques et recommandations.**

*Le Centre Hospitalier de Ham s'engage à :*

- Assurer la formation continue et le Développement Professionnel Continu
- Assurer une démarche d'évaluation continue des pratiques professionnelles
- Assurer une démarche d'évaluation des risques
- Promouvoir la réflexion éthique
- Sensibiliser l'ensemble des professionnels à la promotion de la bientraitance et au repérage et à la prévention des maltraitances
- Assurer la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge dans le respect du secret médical

- 11. Évaluer et prendre en compte la satisfaction des usagers et/ou de leur entourage dans la dynamique d'amélioration continue des services proposés.**

*Le Centre Hospitalier de Ham s'engage à :*

- Recueillir l'expression usager et/ou de l'entourage
- Solliciter les usagers afin qu'ils formulent leurs souhaits dans les instances représentatives
- Encourager la participation aux échanges par une sollicitation régulière et respectueuse des usagers
- Mettre en place des lieux d'échange où professionnels, usagers et entourage peuvent croiser leurs regards
- Promouvoir la participation en créant des liens lisibles entre les avis recueillis et l'évolution du fonctionnement de la structure

- 12. Considérer et soutenir les professionnels et les bénévoles dans leur engagement auprès des personnes et valoriser leurs missions.**

*Le Centre Hospitalier de Ham s'engage à :*

- Faire en sorte que les professionnels et les bénévoles se sentent écoutés et reconnus dans leurs compétences.
- A reconnaître l'importance sociale et la valeur humaine des missions des professionnels et des bénévoles.

Ham, le 2022

Directeur  
Président CDU

DSI  
Président CVS

Président CME  
Secrétaire CHSCT

## **Annexe 2 : Politique Prise en charge médicamenteuse**

# POLITIQUE D'AMELIORATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DU PATIENT 2025-2030



Par ce document, le CH de Ham affirme sa volonté de poursuivre sa démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients. Ainsi, cette politique a pour but de structurer le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient. Elle est un des axes prioritaires de la politique générale du management de la qualité et gestion des risques du CH Ham.

## I. AXE DE LA POLITIQUE :

L'objectif prioritaire de la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (PECM) du patient du CH Ham était et reste encore la diminution de la iatrogénie médicamenteuse évitable mais intègre la notion d'expérience patient et d'écoresponsabilité dans cette mise à jour.

Cette politique s'appuie sur un portage institutionnel fort, partagé par la Direction, le Président de la CME avec l'aide du président du COMEDIMS, du responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQPECM), du directeur des soins infirmiers, du responsable qualité de l'établissement, des médecins de l'établissement, des IDE référents afin de :

- développer un management de la qualité (objectifs, indicateurs de suivi, calendrier, système documentaire, organigramme, fiches de poste),
- partager une vision systémique et une culture collective des risques
- élaborer un programme d'action, avec indicateurs de suivi, en matière de bon usage des médicaments et dispositifs médicaux.

## II. MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DU PATIENT (PECM)-GESTION DES RISQUES :

Ce management vise à :

- Développer les actions de formation (Médicaments, Dispositifs Médicaux, Assurance Qualité, Système d'information des produits de santé tel que pharmacovigilance et DPI) et des actions de communication en direction des personnels et des usagers permettant de développer la culture de sécurité, d'expérience patient et d'impact environnemental de nos actions dans l'établissement
- Poursuivre l'analyse méthodologique de la gestion des risques associés aux soins, en particulier l'analyse des événements indésirables en développant la mise en place de comité de retour d'expériences (CREX)
- Élaborer des mesures préventives et correctives en réponse à l'évaluation des risques à priori (cartographie des risques).
- Permettre à la commission médicale d'établissement (CME) par l'intermédiaire du COPIL/CQGRV ou COMEDIMS de disposer des éléments nécessaires pour proposer un

programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi, en vue de lutter contre les événements indésirables associés aux soins,

- Assurer la cohérence de l'action des personnels qui participent à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins

### III. LES OBJECTIFS CONCERNANT LE CIRCUIT DE LA PECM :

Le principe élémentaire de la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé est d'assurer au bon patient l'apport du bon médicament, à la bonne posologie, selon la bonne voie, dans les bonnes conditions (règle des 5B). Cette mise à jour intègre les notions d'impact environnemental de cette démarche (écosoins via une réflexion sur le bilan carbone de nos actions et la notion de « juste prescription » et « juste consommation »).

Elle implique :

- la maîtrise des processus (prescription, dispensation, transport, administration et surveillance thérapeutique du patient) notamment par la mise en place d'évaluation
- le suivi des interventions pharmaceutiques
- la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient à l'entrée (conciliation médicamenteuse) et à la sortie passant par une coordination efficace avec les professionnels de ville (démarche latroprev).
- des dispositifs de déclaration opérationnels (pharmacovigilance, pharmacodépendance, signalement des erreurs médicamenteuses, signalement des événements indésirables graves, matériovigilance),
- La prise en compte du patient dans la gestion du traitement
  - Information sur le bon usage des traitements (bilan gériatrique, atelier ETP)
  - Prise en compte de son autonomie dans sa gestion thérapeutique,
  - Evaluation de son expérience dans son suivi thérapeutique,
- des améliorations sur la prise en charge de certaines thérapeutiques
  - juste prescription des antibiotiques (politique spécifique « juste prescription d'antibiothérapie »)
  - juste prescription chez la personne âgée (politique spécifique « juste prescription médicamenteuse du sujet âgé »)
  - bon usage des médicaments (dé-prescription, juste prescription, juste dispensation pour éviter les médicaments non utilisés)
  - ajustement du livret thérapeutique avec une orientation GHT
  - sensibilisation des professionnels aux médicaments à risque, aux never events, aux interruptions de tâche et à l'écosoins
- la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse à domicile :
  - sécurisation de la prescription
  - évaluation de l'autonomie (PAAM)
  - gestion des traitements injectables,
  - amélioration de la traçabilité de la surveillance du patient
- la diffusion des informations sur le bon usage des produits de santé lors des Commissions de Coordination Gériatrique et lors de la semaine sécurité du patient
- le suivi des actions définies en GHT via le collège pharmaceutique du territoire et son plan d'action (suivi d'indicateur d'activité commun, gestion périmé GHT, participation au développement d'outil de sécurisation du circuit du médicament comme le projet d'installation de l'automate)

#### IV. EFFICIENCE DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT « ECOSOINS »

L'efficacité de la prise en charge médicamenteuse des patients s'appuie sur le suivi et l'analyse des consommations des médicaments intégrant l'impact écologique des pratiques (exemple gestion des antibiotiques, des antalgiques, des compléments nutritionnels oraux).

Elle passe notamment dans l'accompagnement des praticiens à l'application des bonnes pratiques médicamenteuses (juste prescription voir dé-prescription chez le sujet âgé, juste dispensation afin de limiter la non utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux).

Un bilan de l'évolution des dépenses doit être présenté régulièrement en COMEDIMS intégrant à la fois le coup comptable brut et l'impact clinique.

#### V. REFERENCES

-Cette politique tient compte des exigences réglementaires et notamment de l'article L.5126-1 à L-5126-11 organisant la gestion des PUI, de l'arrêté du 6 avril 2011, du manuel de certification version 2025 et des programmes nationaux (Omédit et ANSM).

-Il intervient dans le cadre de programmes d'actions d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins mentionné aux articles L.6144-1 et L.6161-2 du code de la santé publique.

##### Autres contextes réglementaires :

- loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique,
- loi du 9 juillet 2009 et décrets d'application :
- -décret n° 2009-1762 du 30 décembre 2009,
- -décret n° 2010-439 du 30 avril 2010,
- -décret n° 2010-656 du 11 juin 2010,
- -décret n° 2010-1029 du 30 août 2010,
- -décret n° 1408 du 12 novembre 2010.
- décret n° 2008-1121 du 31 octobre 2008 relatif au contrat de bon usage des médicaments et produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du CSS (en cours de révision),
- article L. 6113-3 du Code de la santé publique et le Manuel de certification V2025

*Approbation par la CME le 4 juin 2025*

Mme MESTON  
Directrice *déléguée*



M. le Dr LEROUX  
Président de la CME



M. le Dr FILLATRE,  
Président du COMEDIMS



## **Annexe 3 : Politique Prise en charge médicamenteuse personne âgée**

# POLITIQUE DE JUSTE PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE CHEZ LE PATIENT ÂGÉ 2018-2022



Le Centre Hospitalier de Ham affirme sa volonté par ce document de développer la qualité de la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée.

En 2017, 40% des patients accueillis au centre hospitalier avaient plus de 70 ans. Le médico-social comptabilisaient quant à lui 83% d'usagers de plus de 70 ans. A ce titre, la prise en charge médicamenteuse chez le patient âgé représente donc une priorité dans notre structure.

L'amélioration de la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée est un enjeu de santé publique. Les modifications physiologiques, la poly pathologie et la poly médication augmentent le risque iatrogénique.

Cette politique complète la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient 2018-2022. Elle reprend donc les éléments de maîtrise du circuit du médicament avec les notions de continuité de prise en charge et de dispositif de déclaration opérationnel.

Dans cette idée, l'établissement a déterminé des enjeux prioritaires concernant la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée :

- Diminuer le recours au double support de prescription en EHPAD (Résidence Fleurie)
- Adapter la prescription au profil personnes âgées (par la réalisation d'un livret thérapeutique gériatrique)
- Adapter l'analyse pharmaceutique au profil personnes âgées (posologie, fonction rénale, etc.) ;
- Former les professionnels paramédicaux et médicaux sur la prise en charge spécifique de la personne âgée

*Approbation par le COMEDIMS le 31 octobre 2018*

*Approbation par la CME le 12 décembre 2018*

M. le Dr GUIGRA  
Président de CME

M le Dr BRUYER  
RSMQPECM

Mme le Dr KEPGANG  
Médecin coordonnateur

M. le Dr LEROUX  
Pharmacien

## **Annexe 4 : Politique de Bon usage des antibiotiques**

# POLITIQUE DE JUSTE PRESCRIPTION D'ANTIBIOTHERAPIE 2025-2030



Le Centre Hospitalier de Ham affirme sa volonté par ce document de montrer son engagement dans la pertinence des prescriptions d'antibiotiques. Elle fait suite à la politique d'antibiothérapie 2022

Cette politique complète la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient 2025-2030. Elle a pour but répondre aux attendues réglementaires de bonnes pratiques notamment la certification HAS.

## Objectifs :

- **Permettre aux praticiens et aux professionnels libéraux d'avoir accès à une information de qualité et mise à jour régulièrement,**

### Actions :

- >sensibilisation des praticiens sur les outils d'aide (application smartphone Antibio-Gilar)
- >possibilité d'échange avec un référent interne et/ou externe à la prescription

- **Garantir une utilisation pertinente, efficace et sécurisée des antibiotiques notamment par la justification de toute prescription ainsi que la réévaluation entre la 24ème et la 72ème heure systématique.**

### Actions :

- >réalisation d'audit sur les prescriptions et présentation des résultats en instance

- **Suivi et recherche d'amélioration des indicateurs de lutte contre l'antibiorésistance notamment par la collaboration entre l'EOH, la PUI et les équipes sur le suivi de la consommation et de la résistance aux antibiotiques**

### Actions :

- >participation au réseau national de surveillance (CONSORES)

- **Intégration d'une réflexion d'écosoins et d'écoresponsabilité des acteurs dans la gestion des antibiotiques au regard de l'impact environnemental fort de cette classe pharmacologique**

### Actions :

- >réflexion systématique de l'impact carbone de nos démarches et sensibilisation des acteurs lors de la prise en charge

*Approbation par la CME du 5 juin 2025*

M. le Dr Leroux  
Président de CME  
Vice-Président du COMEDIMS  
Vice-Président du CLIN  
Réfèrent en antibiothérapie



M le Dr FILLATRE  
Président du COMEDIMS  
Président du CLIN  
Réfèrent en antibiothérapie



## **Annexe 5 : Programme de Lutte contre les infections associées aux soins**

# PROGRAMME D'ACTION LIN 2022-2025

Ce programme s'appuie sur la stratégie nationale de prévention des infections et de l'antibiorésistance 2022-2025 qui s'appuient sur 2 piliers :

- les actions de prévention et contrôle des infections
- le bon usage des antibiotiques

Et le manuel de certification HAS d'octobre 2020.

Le Coordonnateur médical de la Gestion des Risques Associés aux Soins participe à la mise en place du programme d'actions du CLIN.

## I) LE PROGRAMME DE L'ETABLISSEMENT EN CORRELATION AVEC LE PROGRAMME NATIONAL :

### AXE 2 : Du citoyen usager du système de santé au professionnel du secteur de la santé

#### Objectif 1 : Développer le partenariat patient en matière de prévention des infections et de l'antibiorésistance

- Action 1 : associer le patient /résident comme acteur du risque infectieux
  - L'informer lors de mise en précautions complémentaires
  - Lui transmettre dès l'entrée une information concernant l'hygiène des mains
  - Lui transmettre les documents d'information produit par le niveau national en cas de BMR/ BHRé ou bon usage des antibiotiques s'il reçoit une antibiothérapie lors de son séjour.
  - Information des patients/résidents lors de la survenue d'épidémies et participation de ces derniers dans la mise en place des mesures de prévention (friction hydro alcoolique, port de masque ...) par le personnel soignant du service concerné.
  - Participation au CVS (Conseil de vie sociale) des secteurs EHPAD et de la CDU (commission des usagers) des infirmières hygiénistes pour informer sur les points suivants :
    - Gestion des épidémies,
    - Précautions standard,
    - Précautions d'isolement,
    - Vaccination des résidents.
  - Intégrer les patients lors de la réalisation de certains audits (nouvel indicateur : perception des patients sur l'hygiène des mains)

## Objectif 2 : Renforcer la formation des professionnels/administratifs de santé et du médico-social à la prévention des infections et l'antibiorésistance

- Action 1 : former les professionnels de notre établissement à la prévention des infections
  - Créer une formation simplifiée et dédiée aux professionnels administratifs ou techniques de l'établissement afin de leur transmettre les bases de la prévention des infections.
  - Recevoir en formation hygiène les professionnels de manière plus régulière afin que leur connaissance ne soit pas obsolète et permettre une mise à jour autour de leur pratique
  - Maintenir le groupe de référents en hygiène et les impliquer dans la prévention du risque infectieux
  - Dédier des formations ou groupes de travail par thématique de risque infectieux : bionettoyage, geste invasif...
  - Participation des IDE hygiénistes et agents aux différents séminaires, forums et rencontres de prévention et lutte contre les IAS au CHU d'Amiens, Noyon, CH Noyon
  - Participation des infirmières hygiénistes aux webinaires organisés par le CPias ou les missions nationales de surveillance (spiadi, primo, spares)

AXE 3 : Renforcement de la prévention des infections et de l'antibiorésistance auprès des professionnels de santé tout au long du parcours de santé du patient

## Objectif 1 : Inciter les professionnels de santé à appliquer et promouvoir les mesures de prévention des infections et de l'antibiorésistance

- Action 1 : Amplifier, diversifier et innover dans les actions de promotion des précautions standard dans les 3 secteurs de soins
  - Réaliser une animation lors de la journée hygiène des mains mondiale du 5 mai 2022 pour le sanitaire et l'EHPAD
  - Intégrer la prévention des IAS à la semaine sécurité du patient
  - Analyser et partager l'indication de consommation de produit hydroalcoolique dans les secteurs de soins et au sein des EHPAD, SSIAD.
- Action 2 : Développer le bon usage des antibiotiques en sanitaire et EMS
  - Diffuser les campagnes de sensibilisation de la CNAM
  - Sensibiliser les médecins internes à l'établissement et les médecins traitant au bon usage des antibiotiques
  - Surveiller la consommation d'antibiotique en service et en EHPAD (nouvel indicateur)
  - Promouvoir l'usage du site antibiogilar afin d'utiliser les antibiotiques adaptés sur des durées les plus courtes possibles (nouvel indicateur à venir)
  - Encourager l'usage des TROD angine ou grippe afin d'éviter une antibiothérapie non nécessaire

- Action 3 : inciter les professionnels à mettre en place un programme d'actions de prévention et de contrôle de l'infection avec évaluation des actions

- Participer aux enquêtes nationales de prévalence ou audits nationaux/ régionaux par Santé Publique France et le CPIas
- Faire participer les référents hygiène à ces différents audits en interne
- Partager les résultats de ces audits en direction des professionnels et des patients
- Réaliser les CREX avec les soignants lors d'IAS particulières ou d'épidémies
- Mettre à jour les différents protocoles de soins en intégrant les soignants et/ou en leur diffusant largement

- Action 4 : renforcer l'adhésion à la vaccination des professionnels de santé

Surveillance de la couverture vaccinale des soignants (indicateur)

Promotion de la vaccination anti-grippale

Participation à la semaine européenne de la vaccination

#### AXE 5 : Utilisation partagée des données de santé et de surveillance au service de l'action

#### Objectif 2 : Renforcer la surveillance et partager les pratiques probantes

- Action 1 : Partager la gestion d'évènements indésirables afin de renforcer la culture de qualité des soins

- Informer les soignants des modalités de signalements d'évènements indésirables
- Analyser les déclarations d'évènements indésirables liés aux soins et les partager
- Signaler les infections associées aux soins ou cas de BMR / BHRé sur la plateforme E-sin

- Action 2 : Maintenir la surveillance des BMR/ BHRé et développer celle des IAS

- Structuration de l'information conjointe du médecin et de l'IDE hygiéniste, du patient porteur de BMR suite à une alerte téléphonique ou visuelle : rencontre avec le patient/résident lors de l'évaluation des Précautions complémentaires mises en place et remise du fascicule explicatif – traçabilité du passage dans le dossier patient informatisé. (Osiris / Anthadine/microsoins).
- Collaboration avec le laboratoire afin que les infirmières hygiénistes soient informées en cas de prélèvement positif à une BMR ou une BHRé
- Collaboration avec le laboratoire afin de cibler certains prélèvements (hémoculture notamment) qu'ils transmettent aux infirmières hygiénistes
- Analyse des dossiers afin de déterminer si ces cas relèvent d'une IAS (nouvel indicateur : bactériémie sur cathéter) et signalement sur Esin

AXE 7 : Développer une dimension « préservation de l'environnement » dans les actions de prévention des infections et de l'antibiorésistance


- Action 1 : Maitriser la production des déchets d'activité de soins à risque infectieux DASRI

- Réaliser un audit concernant le tri des déchets
- Mettre en place un groupe de travail avec l'équipe d'hygiène afin de réfléchir ensemble aux bonnes pratiques de tri
- Revoir notre procédure de gestion de tri des déchets et la partager

- Action 2 : Etre raisonné dans l'utilisation des produits de bionettoyage afin d'être efficace en terme de risque infectieux tout en préservant l'environnement

- Entamer une réflexion autour de l'éconettoyage et le passage du nettoyage des sols à l'eau + microfibre (études montrant son efficacité autant que détergent-désinfectant et adoptés dans nombreux CH-CHU depuis plusieurs années)
- Mettre à jour les protocoles liés au bionettoyage

## **Annexe 6 : Charte identitovigilance**

	<b>REFERENTIEL</b>	Référence : BAF-CH-01
	<b>LA CHARTE IDENTITOVIGILANCE</b>	Date de rédaction de la 1 <sup>ère</sup> version mars 2012  Version n° 6  Date d'application : 22/04/2025

**DOMAINE D'APPLICATION**

GESTION DES RISQUES

**OBJET**

Définir, structurer et sécuriser l'identification du patient afin de garantir, qu'à chaque étape de son parcours, sera prodigué le bon soin au bon patient.

**DOCUMENTATION**

**Documents de référence :** Manuel de certification HAS janvier 2025 - Charte nationale - Référentiel national d'identito vigilance identitovigilance en établissement de santé volet 2 -version 2.0 décembre 2024

**Documents associés :** - Procédure « entrée/sortie des patients en services de soins » - Procédure « création d'une identité » - Logigramme « règle de création d'une identité » - Protocole « création d'une identité – règle de saisie » - Procédure « gestion des anomalies d'identité » - Fiche « mode dégradé : fiche patient » - Procédure « Identification du patient lors de sa prise en charge » - Protocole : « identification du patient aux consultations externes » - Procédure « admission réduite hospitalisée » - fiche de poste référent identitovigilance – RI COPIL identitovigilance et CIV - Guide de déclaration des EI – procédure de déclaration externe des EIG – Procédure CREX

**GLOSSAIRE**

**Procédure :** c'est une description générale de la manière d'accomplir une activité.

**Doublon :** un doublon correspond à l'enregistrement d'un même usager sous plusieurs identités numériques différentes dans le système d'information de la structure.


**Collision :** Une collision correspond à l'utilisation d'une même identité pour au moins 2 personnes physiques différentes. Elle est liée à 3 sources d'erreurs : • l'enregistrement de données dans un mauvais dossier (informatique ou papier) ; • l'utilisation frauduleuse de l'identité d'un usager déjà enregistré localement ; • une opération de fusion réalisée à tort entre des dossiers n'appartenant pas au même usager.

**Fusion :** la fusion consiste à regrouper plusieurs dossiers ou identités numériques d'un même usager en un seul, afin d'éliminer les doublons et de garantir l'exactitude des informations. Cette opération doit être réalisée

**DESTINATAIRES**

Services	Fonction
SERVICE DES SOINS	TOUTES FONCTIONS
BUREAU DES ADMISSIONS	TOUTES FONCTIONS

**INTERVENANTS**

Cycle d'élaboration	Nom	Fonction	Le	Signature
<b>REDACTION</b>	E.JACQUEMELLE D.FAGNON S. LAPERGUE	Référent IV Responsable BAF RSIH	13.1.26	
<b>RELECTURE</b>	E MESTON	Directrice adjointe	23/01/26	
<b>VALIDATION</b>	J. VANTELON	Ingénieur qualité	23/01/26	
<b>APPROBATION</b>	COFIL identitovigilance	Instance	22/04/25	
<b>DESCRIPTION</b>				

### Table des matières

La politique d'identification : .....	3
Les instances : .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
L'identité au sein de l'établissement : .....	5
L'organisation informatique sécurisée des échanges d'informations : .....	6
Le personnel d'accueil : .....	6
La gestion des identités : .....	7
• La création : .....	7
• La modification d'un dossier en cours : .....	7
Les règles de saisie : .....	8
L'organisation de la demande de pièces justificatives d'identité : .....	8
La gestion des anomalies d'identité : .....	9
• La détection ponctuelle d'une erreur d'identité : .....	11
La régularisation des anomalies d'identité : .....	11
Utilisation de l'identité : .....	12
La sécurité .....	12

## Définition identitovigilance

L'identitovigilance est définie comme l'organisation et les moyens mis en œuvre par un établissement ou un professionnel de santé pour fiabiliser et sécuriser l'identification de l'utilisateur à toutes les étapes de sa prise en charge.

Elle concerne :

- l'élaboration de documents de bonnes pratiques relatifs à l'identification de l'utilisateur ;
- la formation et la sensibilisation des acteurs sur l'importance de la bonne identification des usagers à toutes les étapes de leur prise en charge ;
- l'évaluation des risques et l'analyse des événements indésirables liés à des erreurs d'identification ;
- l'évaluation des pratiques et de la compréhension des enjeux par l'ensemble des acteurs concernés (professionnels, usagers, correspondants externes).

Elle s'applique à toutes les étapes de la prise en charge de l'utilisateur en termes :

- **d'identification primaire** qui vise à attribuer une identité unique à chaque usager dans le système d'information afin que les données de santé enregistrées soient accessibles chaque fois que nécessaire ;
- **d'identification secondaire** qui permet de garantir que le bon soin est administré au bon patient.

## La politique d'identitovigilance :

Le CH de Ham a souhaité, dans le prolongement de sa politique qualité et sécurité, déployer un plan de son action : l'Identitovigilance afin de fiabiliser et sécuriser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge.

La continuité des soins exige de s'assurer que le patient est une personne unique et que toutes les informations médicales et administratives le concernant, bien que dispersées dans le temps et dans l'espace, lui seront rattachées. Il en découle la nécessité de sécuriser aussi le partage et l'échange des données.

Dans le cadre de la démarche de management de la qualité intégrée à la gestion des risques, le processus d'identification des patients a donc été identifié comme un domaine porteur de risques a priori. Il a d'ailleurs été signalé des événements indésirables associés aux soins (EIAS) dont le principal facteur de survenue était un manque de contrôle de l'identité à certaines étapes de la prise en charge.

La politique d'identitovigilance du CH de Ham a pour but **d'assurer la bonne identification des usagers à toutes les étapes de leur prise en charge** en poursuivant des objectifs à l'échelle de l'établissement mais également des objectifs à l'échelle du territoire.

### Objectifs à l'échelle de l'établissement :

- Définir les principes à appliquer pour l'identification optimale des usagers du système de santé et prévenir, limiter ou corriger les anomalies générées lors de cette étape essentielle
- Favoriser le respect des bonnes pratiques d'identification des usagers par les professionnels
- Réduire le risque d'erreurs d'identification des personnes prises en charge
- Améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge dans le cadre de la continuité des soins et du partage d'informations entre professionnels intervenant dans un même parcours de santé
- Garantir la confiance dans la qualité des informations échangées entre les systèmes d'information et professionnels de santé
- Contribuer à l'interopérabilité des systèmes d'information de santé
- Impliquer les usagers dans cette exigence de sécurité

### Objectifs à l'échelle du territoire :

- Sécuriser le rapprochement d'identité entre structures différentes
- Permettre une communication continue et partagée entre établissements en matière d'identitovigilance
- Encourager le développement d'interfaces logicielles conformes aux exigences en termes d'identitovigilance

L'ensemble des services (quel que soit le mode de prise en charge), leur personnel et leur système informatique, dépendants de l'entité juridique CH Ham sont concernés par la mise en place de l'identito-vigilance.

Les acteurs concernés sont :

- L'utilisateur, acteur de sa santé, et sa personne de confiance ;
- Les professionnels de santé assurant la prise en charge ;
- Les autres professionnels qui interviennent sur tout ou partie des données médico-socio-administratives des usagers.

Par contre, seules les personnes habilitées et formées sont autorisées à créer des identités.

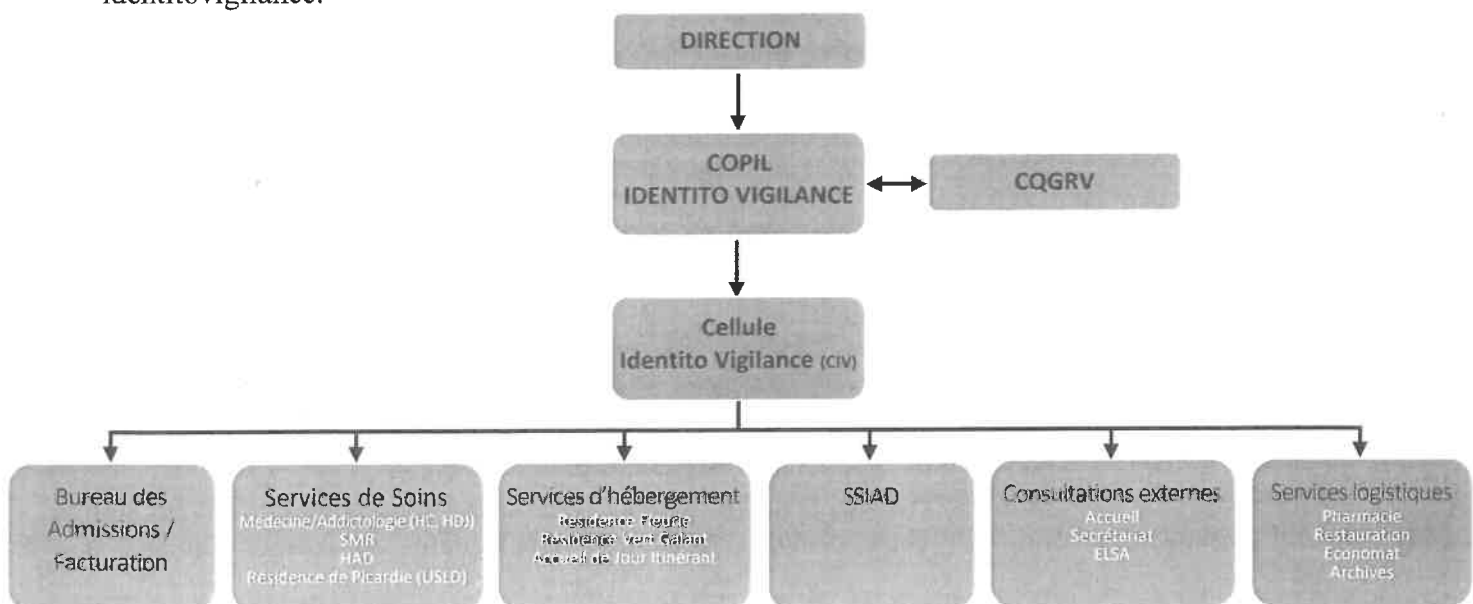
Des actions de formations et sensibilisations du personnel à l'identitovigilance sont réalisées annuellement.

Les usagers sont sensibilisés par voie d'affichage ou par le biais des livrets d'accueil.

## Gouvernance

Le référent identitovigilance

Le référent en identitovigilance assure la **mise en œuvre, le suivi et l'amélioration continue des pratiques d'identitovigilance** au sein de l'établissement de santé. Il **pilote et coordonne** l'ensemble des actions menées en vue d'assurer une **bonne gestion de l'identité numérique** (identification primaire) et le **respect des bonnes pratiques de vérification de l'identité** tout au long de la prise en charge (identification secondaire) pour garantir la sécurité et la qualité des soins, conformément aux exigences du Référentiel National d'Identitovigilance (RNIV). Cf fiche de poste référent identitovigilance.



### Instance opérationnelle : Cellule identitovigilance

Il s'agit d'un groupe opérationnel, composé du référent identitovigilance, du responsable BAF, responsable SIH, ingénieur qualité gestion des risques est mis en place et ses missions sont définies. La disponibilité et la proximité de ces acteurs permettent une grande réactivité. Son rôle est de rester en contact avec l'ensemble des acteurs afin de participer à l'amélioration continue des pratiques et de la culture de sécurité dans ce domaine. Ses missions sont définies dans le RI COPIL identitovigilance et CIV.

### Instance stratégique : COPIL identitovigilance

Un COPIL identitovigilance se réunit deux fois par an. Son rôle principal est de définir la politique identitovigilance, valider le plan d'actions annuel et définir les actions de communication. Ses missions détaillées et sa composition sont décrites dans le règlement intérieur COPIL identitovigilance et CIV.

La stratégie d'identitovigilance est validée à la fois par le comité de direction et le CQGRV. La charte identitovigilance est annexée à la politique qualité gestion des risques de l'établissement.

### **L'identité au sein de l'établissement :**

Pour une identification fiable au sein de l'entité juridique, la définition des **traits stricts** a été posée et est connue de tous.

Ce sont les renseignements obligatoirement communiqués lors des échanges d'informations administratives/médicales et de recherche au sein de chacun des services comme à l'extérieur ou lors de l'accueil d'un patient. Il s'agit des traits de Stricte :

- Nom de naissance
- 1<sup>er</sup> prénom de naissance
- Date de naissance
- Sexe (si la personne n'est pas physiquement présente).
- Code INSEE du lieu de naissance

Ces critères sont utilisés pour la recherche d'identité existante ou pour la création d'une nouvelle identité dans le système d'information.

Dans le logiciel ELAP GAP, la validation de la saisie de ces informations initie automatiquement la création d'un identifiant : le NIP (numéro d'identification personnel) composé de 8 chiffres pour toute première venue. Ce numéro est permanent et unique pour chacune des personnes accueillies quel que soit le type de séjour effectué.

La validation de la création du séjour initie automatiquement la création d'un numéro de séjour composé de 9 chiffres pour toute personne déjà venue dans l'établissement. Ces 2 numéros sont inaccessibles par les utilisateurs et ne peuvent être modifiés sauf dans les cas de doublon d'identité ou de séjour.

Les traits stricts complétés de l'identifiant (le NIP) constituent l'identité du patient.

Notre logiciel de création d'identité est en capacité de générer un INS-C qui l'ajout d'autorisation et l'alimentation du DMP des patients de l'établissement. L'INS-c est généré par ELAP GAP grâce à un algorithme de calcul. Il est utile pour le DMP V1 et sera remplacé par l'INS pour le DMP V2.

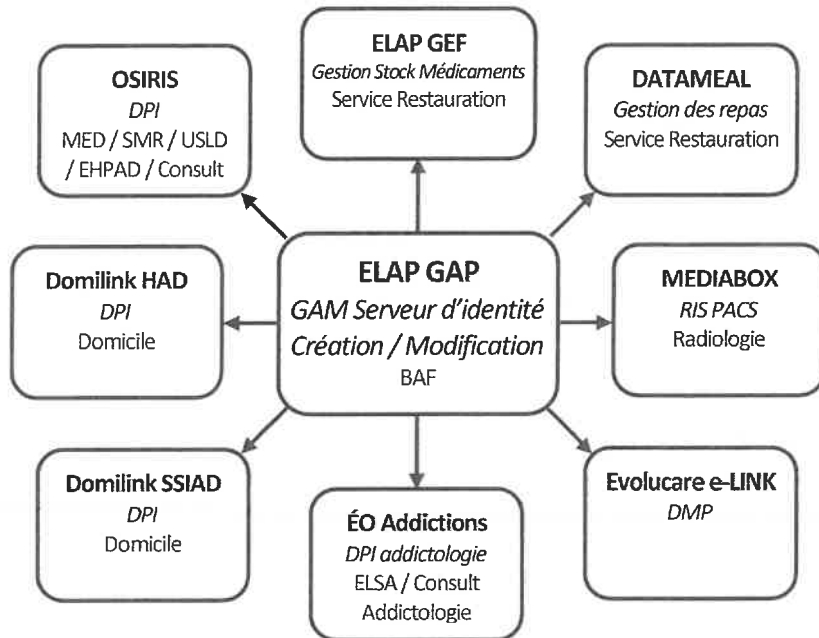
L'INS (Identité Nationale de Santé) est un numéro d'identification permanente unique à chaque patient. Il est composé soit du NIR (Numéro d'Inscription au Répertoire INSEE appelé plus

couramment « Numéro de sécurité sociale ») ou du NIA (Numéro d'Immatriculation Attente) pour les identités en attente d'un NIR.

Celle-ci est complétée par des traits complémentaires qui sont des informations supplémentaires comme l'adresse ou le numéro de téléphone, qui sont surtout utiles à la gestion administrative du dossier.

### L'organisation informatique sécurisée des échanges d'informations :

Schéma des circuits de l'information de la création d'identité patient au sein de l'entité juridique :



### ELAP exporte les informations. Aucun flux retour n'est possible.

La création informatique d'une identité ou sa mise à jour est centralisée.

Elle est réalisée à partir du logiciel ELAP - Gestion Administrative des Patients et entraîne automatiquement la création et la mise à jour des éléments sur l'ensemble des logiciels utilisés par l'entité juridique CH HAM (Osiris, Domilink HAD, Domilink SSIAD, Eo Addiction, Datameal, Lucent 4059/Infoserv).

### Le personnel d'accueil :

Le personnel du BAF est formé à l'utilisation du logiciel ELAP. Chaque année, une mise à jour des connaissances est effectuée par ELAP au sein de l'établissement. L'ensemble des applications sont concernées.

Les cadres de soins et les IDE ont à leur disposition la procédure de création d'une admission réduite hospitalisé dans le logiciel ELAP GAP. Elles ont été formées à son utilisation par le Technicien de l'Information Médicale. Tout nouvel arrivant est formé et la procédure est actualisée régulièrement.

## La gestion des identités :

- LA CREATION :

Différents services et personnels sont appelés à créer des identités :

	8h00 / 12h25 et 13h30 / 17h		17h / 8h00 week end / j.fériés		transmis aux logiciels satellites
Dossier	BAF		Méd. et SSI +ou- HAD		
	création	validation	création	validation	
pré admission	X	X			non*
urgence	X	X	X		oui
entrée	X	X			oui

\* uniquement dans Datameal

### 1. Le Bureau des Admissions et de la Facturation : agents administratifs

Le BAF est composé de deux points d'accueil :

- Un bureau central au pôle consultations externes ouvert du lundi au vendredi de 8h à 12h25 et de 13h30 à 17h. Deux agents du BAF y sont présents, l'un ayant pour mission d'assurer l'accueil aux consultations externes, l'autre l'accueil des patients hospitalisés.

L'ensemble des personnels du BAF est habilité à créer des identités, à valider celles créées par les services de soins et à actualiser les données portées au dossier lors du contrôle effectué avec le patient à l'occasion d'une nouvelle venue.

### 2. Les services de soins : les cadres de santé / les IDE

Pendant les horaires de fermeture du BAF, un applicatif simplifié de ELAP GAP est accessible par les services médecine, soins de suite indifférenciés et HAD. En cas de création de séjour en Résidence de Picardie, se rapprocher de la Médecine. Il permet la création d'une admission réduite hospitalisé des personnes accueillies.

Cette création permet l'ouverture automatique d'un épisode de soins au sein du dossier médical du patient. Celui-ci, géré par le logiciel Osiris, Domilink, Datameal sera alimenté par le personnel médical et paramédical. (Voir diagramme page 4)

Le système du statut provisoire est utilisé aussi par le BAF lorsque le patient/entourage/tiers est dans l'incapacité de fournir un justificatif d'identité au moment de l'entrée.

Une procédure et un logigramme de création d'identité ont été élaborés.

- LA MODIFICATION D'UN DOSSIER EN COURS :

L'ensemble des agents du BAF est habilité à porter toutes les modifications nécessaires à la correction/complétude du dossier patient lorsqu'il entre en possession des éléments de preuve recevable (pour les traits stricts) ou aux dires du patient/entourage/tiers qui semble digne de confiance (pour les autres traits).

Toute modification apportée entrainera, avant validation, deux demandes du système GAP : une pour la conservation de l'historique de l'identité puis la seconde pour la conservation de l'historique de l'adresse. L'historique se fait sans que la demande de conservation apparaisse. La réponse apportée sera toujours positive afin de conserver une traçabilité exhaustive de toutes les interventions (nom – date – heure) et éléments actualisés.

On peut conserver l'historique de l'identité et/ou l'historique de l'adresse

Les modifications apportées sont transmises automatiquement sur les autres logiciels utilisés dans l'établissement. Si le patient est toujours présent, le service d'accueil est informé par l'agent du BAF ayant procédé à la modification du dossier. Des étiquettes sont réémises en fonction du changement opéré et des éléments y figurant.

Le responsable BAF et le TIM, référent identitovigilance afin de s'assurer que les modifications soient bien portées sur le logiciel de soins concerné se concertent.

### Les règles de saisie :

Les règles de saisie dans ELAP GAP sont définies et connues de chaque utilisateur. Un protocole est élaboré et reprend la méthode de saisie des éléments d'identification à porter sur le dossier administratif du patient (noms et prénoms composés, les caractères non autorisés, des traits figurant sur les documents officiels d'identité ...). Lors de la création d'une identité, ELAP GAP organise automatiquement l'utilisation des types de case selon les zones à compléter.

### L'organisation de la demande de pièces justificatives d'identité :

Lors de sa première venue au sein de l'entité juridique dénommée Centre Hospitalier de Ham le personnel chargé de l'accueil demande au patient/entourage/tiers de justifier de son identité. Celui-ci fournira les pièces justificatives qui serviront de base à la saisie du volet identité de son dossier

administratif. Ce recueil d'information a lieu à l'accueil. Néanmoins, il peut arriver que l'agent soit amené à se déplacer en chambre afin d'obtenir lesdits documents.

L'agent tracera l'obtention du document d'identification en complétant la zone « justificatif d'identité » figurant sur la page « fiche d'une identité », ce qui entrainera une zone grisée sur les traits stricts.

Les pièces justificatives autorisées :

L'identité (INS) est « qualifiée » lorsqu'elle est relevée à partir d'un document officiel d'identité à haut niveau de confiance comportant les traits stricts avec appel au télé service INSI :

- La carte d'identité française ou étrangère
- Le passeport français ou étranger
- Le titre permanent de séjour
- Le livret de famille/acte de naissance, pour les mineurs ne possédant pas de document d'identité avec vérification de l'identité d'un des parents ou tuteur légal.
- Le document de demandeur d'asile avec photo établi par la préfecture comportant la mention « ce document peut être produit pour toute démarche administrative »

Il en est de même à l'occasion de la création de chacune de ses venues, en dehors des passages aux pôles consultations externes comprenant les services radiologie, consultations spécialisées.

En hébergement la création de l'identité se fait souvent sur présentation des documents remis par la famille en dehors de la présence du futur résident (problème d'incapacité.). Les personnes âgées ne sont pas souvent en possession de papier d'identité avec photographie ou photographie récente (carte d'identité très ancienne et donc la personne n'est plus reconnaissable, ni de passeport.). Aussi il est demandé à la famille de bien vouloir fournir deux photographies récentes avec les éléments constitutifs du dossier administratif.

La photographie est insérée dans le dossier informatique patient et permet ainsi un contrôle supplémentaire visant à éviter les erreurs de personnes. Elle peut être éditée directement sans avoir à retourner dans le dossier administratif (en cas de fugue.), elle apparaît aussi sur les documents de distribution de médicament et sur le chevalet posé sur la table lors du repas.

### **La gestion des anomalies d'identité :**

- La détection organisée des erreurs d'identité :

Le logiciel ELAP GAP permet la recherche organisée des erreurs d'identification. Différents critères de tri sont possibles, nom, prénom... et la notion de NIP unique ou multi NIP peut être prise en compte.

Le correspondant IV lance mensuellement les recherches et les contrôles.

## Médiane GAP : MOTEUR DE RECHERCHE D'ANOMALIE IDENTITE (avril 2021)

BEB-F0214 Fusion d'un NIP

Critères de fusion pour recherche d'un NIP Critères de fusion pour recherche multi NIP

Nom de naissance  Prénom  Nom usuel

Date de naissance  /  /   Recherche sur le début du nom/prénom  Activer la recherche des sonorités proches

Gestion des espaces

Liste des NIP

NIP	Nom de naissance	Prénom	Nom	Date naiss.	Dem séjour	Nb séjour	Nb séjour C	Nb séjour H	Identif

NIP à conserver

Liste des NIP à fusionner

NIP	Nom de naissance	Prénom	Nom	Date naiss.	Dem séjour	Nb séjour	Nb séjour C	Nb séjour C	Identif

## Médiane GAP : MOTEUR DE RECHERCHE D'ANOMALIE IDENTITE (avril 2021)

BEB-F0214 Fusion d'un NIP

Critères de fusion pour recherche d'un NIP Critères de fusion pour recherche multi NIP

Nom de naissance  Prénom  Nom usuel  N° sécu sociale

Jour naissance  Mois naissance  Année naissance  Activer la recherche des sonorités proches

Gestion des espaces

Liste des NIP

NIP	Nom de naissance	Prénom	Nom	Date naiss.	Dem séjour	Nb séjour	Nb séjour C	Nb séjour H	Identif

NIP à conserver

Liste des NIP à fusionner

NIP	Nom de naissance	Prénom	Nom	Date naiss.	Dem séjour	Nb séjour	Nb séjour C	Nb séjour C	Identif

Il remet la liste des dossiers à fusionner au TIM, référent identitovigilance et au médecin en charge de ce domaine pour recherches et validation.

Une rencontre peut être organisée si nécessaire, sinon la remise de la liste validée vaut accord. Elle permet la modification des dossiers dans le logiciel GAP par le correspondant IV et dans le logiciel OSIRIS / DOMILINK HAD/SSIAD par le TIM.

Lorsque l'erreur détectée s'avère être un doublon véritable alors la procédure de fusion est appliquée. Cette procédure validée par la CIV est connue de chacun des acteurs concernés.

- LA DETECTION PONCTUELLE D'UNE ERREUR D'IDENTITE :

La fiche de signalement d'évènement indésirable intègre un item sur les erreurs d'identité accessible via le logiciel YES. Elle différencie les erreurs d'identité primaires des erreurs d'identité secondaires. Elle s'insère dans l'organisation de l'ensemble des risques et des vigilances.

Rédigé par la personne ayant constaté l'anomalie, le signalement est transmis au cadre du service concerné, au référent identito-vigilance et l'ingénieur Qualité gestion des risques. Cette procédure est connue de l'ensemble du personnel.

Les EI en rapport avec l'identitovigilance peuvent aussi faire l'objet d'une déclaration externe, sur le portail national de signalement des événements sanitaires indésirables (cf procédure déclaration externe des EIG) ou d'une alerte des parties prenantes lorsque l'évènement a permis la propagation d'une identité erronée.

Un CREX peut être réalisé si EIG ou en cas d'EI récurrent en lien avec des erreurs identitovigilance.

### **La régularisation des anomalies d'identité :**

Une procédure est élaborée et connue des différents acteurs concernés.

- L'annulation et fusion d'une identité :

Deux types d'annulations de dossiers sont répertoriés :

1. L'annulation de l'identité (pré admission / urgences) ne comportant aucune information médicale (cas de personne dont le dossier de 1<sup>ère</sup> venue a été créé par anticipation et ne se présentant pas pour son hospitalisation, sa consultation.)

Le BAF contacte le TIM, référent identitovigilance : vérification est faite que le dossier médical n'est pas alimenté. Le BAF annulera le dossier et alimentera des tableaux de suivi mensuels. Il datera et signera le document qui sera repris dans le comptage des statistiques.

2. L'annulation de l'identité comportant des informations médicales (cas de personne dont le dossier de 1<sup>ère</sup> venue a été créé plusieurs fois via le système « urgence » ou créé avec anomalie ne pouvant être modifiée (zone uf), et alimenté par des informations médicales.

Le BAF contacte le TIM, référent identitovigilance, qui informera le médecin en charge de l'Identito-vigilance du dossier problématique. Après vérification, celui-ci donnera son accord en complétant et signant le document reprenant les éléments du dossier (mouvements) à fusionner ou non.

Les annulations de dossiers pour lequel un encaissement a été effectué ne peuvent pas être validées. Ils seront alors maintenus mais ne seront alimentés par aucun mouvement et clôturés manuellement.

Les fusions sont basées sur la même organisation que les annulations d'identité. Le document que le médecin valide reprend les éléments des deux (ou plus) dossiers concernés.

Dans le cas de 2 identités concernées pour un même patient sur lesquelles sont rattachés pour l'une, 5 séjours et pour l'autre 2 séjours, la fusion permettra de conserver l'identité retenue sur lesquels 7 séjours seront rattachés.

### **Utilisation de l'identité :**

La création organisée et sécurisée de l'identité est la première étape du parcours de soins du patient lors de son arrivée dans la structure : identité primaire

Afin de maintenir la qualité de son identification à chaque étape de son parcours, l'établissement a choisi de mettre en place, pour les services du secteur sanitaire (médecine, SMR, USLD), un système d'identification permanent : le bracelet (voir les procédures « identification du patient lors de sa prise en charge » et « entrées/sorties des patients en unités de soins »). Une procédure spécifique existe sur les secteurs hébergement : identité secondaire

Celui-ci, porté avec l'accord du patient, est de couleur différente suivant les services. Après vérification des informations qui y sont portées, l'infirmière/AS/ASH appose l'étiquette reprenant les identifiants : le NIP et les traits stricts + n° séjour. Celle-ci a été élaborée à partir des éléments vérifiés d'identification et fait partie des documents remis par le BAF à l'accueil du patient.

Pour les consultations externes, différents types d'étiquettes ont été conçus pour identifier les dossiers papier administratif ou médical du patient, les prélèvements biologiques, les retours de résultats.... Cette conception a été arrêtée et reprise dans le protocole de conception des étiquettes.

L'utilisation des étiquettes évite un maximum de retranscriptions manuelles, toujours sources d'erreur et sécurise le circuit de l'information, là où l'informatique ne peut être présente.

### **La gestion des cas complexes**

La gestion des cas complexes inclut notamment le traitement des discordances entre l'INS et l'identité présente sur la pièce justificative d'identification, ainsi que les situations où le téléservice INSi renvoie les réponses « aucune identité trouvée » ou « plusieurs identités trouvées ».

### **La sécurité**

L'accès à la base Patients nécessite une authentification de la part de l'utilisateur : Identifiant + Mot de Passe.

Les profils de droit sont déterminés dans le cadre de la politique d'identification de l'établissement sur propositions de la CIV, selon le tableau ci-dessous :

PROFIL	RECHERCHE ANTERIORITE	CREATION	CONSULTATION	MISE A JOUR TRAITS STRICTS	FUSION	DEFUSION	SUPPRESSION
<b>LOGICIEL GAP RELIE AU SERVEUR D'IDENTITE</b>							
Référent administratif Identitovigilance / BAF	X	X	X	X	X	X	X
Agents Administratifs / BAF	X	X	X	X			
Agents Administratifs Imagerie médicale	X	X	X				
Agents médico-techniques pharmacie	X		X				
Soignants (IDE)	X	X	X				
TIM / Référent Médical (DPI)	X		X				
<b>LOGICIEL DPI RELIE AU SERVEUR D'IDENTITE</b>							
TIM / Référent Médical (DPI)	X		X	X	X	X	X
Médecin Référent Identito / DIM	X		X		DONNE ACCORD	DONNE ACCORD	DONNE ACCORD
Secrétariats Médicaux	X		X				
Agents médico-techniques de la pharmacie	X		X				
Soignants	X		X				

#### 4.2 Gestion des habilitations

Avant de pouvoir accéder au système d'information, tout nouvel arrivant doit préalablement signer la charte utilisateur du système d'information. Conformément à la politique de sécurité en vigueur, des droits d'accès lui sont attribués en fonction de son profil métier et de ses missions.

L'agent récupère son login et mot de passe auprès du service informatique, de la DSI ou du cadre de service. Ils lui sont remis contre émargement.

Toute sortie définitive de l'établissement est signalée au service informatique, de la DSI ou du cadre de service dans la semaine afin de supprimer les droits d'accès de la personne.

Une revue annuelle des habilitations est réalisée, elle permet de vérifier et réactualiser la matrice des droits.

Le service informatique tient à jour un certain nombre de documents qui sont actualisés en fonction des besoins :

- la matrice des droits ouverts en fonction de la qualification des professionnels ;
- la liste des professionnels disposant de codes d'accès actifs précisant la date de début des droits et, pour ceux qui ont quitté définitivement la structure, de fin des droits.

### 4.3 Traçabilité des actions

L'ensemble des applications informatiques liées aux données de santé utilisées par notre logiciel possèdent un dispositif d'enregistrement horodaté des accès précisant le nom (login), le type d'accès (lecture 14 ou écriture) et les pages visitées. En application de l'article R6113-9-2 du CSP la traçabilité des actions (création, modification et consultation) sont conservées pendant au moins 6 mois.

L'accès à ces informations n'est autorisé qu'à un nombre réduit de professionnels (directeur, responsable du SIH, DSI fonction TIM, responsable CIV). Un contrôle peut être décidé lorsqu'il existe un doute sur le comportement d'un professionnel ou à titre systématique, par exemple pour vérifier l'absence d'intrusion externe dans le système d'information. Les modalités d'accès sont précisées dans une procédure ad hoc consultable sur le logiciel de gestion documentaire.

En termes d'identitovigilance, le système conserve pendant toute la durée de vie du dossier patient l'historique des modifications apportées sur les identités ainsi que des modifications apportées aux IPP (fusion de dossiers).

#### **Le mode dégradé :**

En cas d'impossibilité d'utiliser un des systèmes informatiques ou l'ensemble, chaque service habilité à créer des identités, dispose de documents papier permettant de palier à l'absence d'utilisation des logiciels.

Le BAF dispose d'une fiche « mode dégradé : fiche patient », les services de soins et d'hébergement dispose d'un dossier patient papier : volet médical et volet infirmier et le service restauration dispose pour sa part de carte repas.

Une procédure « PROCEDURE CREATION ADMISSION REDUITE HOSPITALISE » a été élaborée. Elle est diffusée dans l'ensemble des services.

Dans le cadre de la procédure de création en admission réduite pour les hospitalisés, les services ne peuvent pas procéder à la qualification de l'INS, faute d'accès à la plateforme INSi via carte CPS. Les identités créées en dehors des horaires du bureau des admissions-facturation ou en contexte de mode dégradé sont régularisées dans un second temps par la qualification de l'INS, après recueil et vérification des informations et documents justificatifs nécessaires.

Formation / sensibilisation des professionnels : Le référent identitovigilance participe aux webinaires du réseau santé qualité et se forme à l'identitovigilance. Des sensibilisations sont programmées pour les utilisateurs.

Information/sensibilisation des usagers : Dans tous les services, un affichage reprend les bonnes pratiques pour impliquer les usagers.

#### **Evaluation de la politique et indicateurs :**

Plusieurs indicateurs sont suivis à l'aide de tableaux de bord, il s'agit :

- Indicateurs de processus :
  - o Taux de professionnels formés ou sensibilisés
  - o Résultats des enquêtes de prévalence sur le port des bracelets d'identité
  - o Résultats audits identitovigilance
- Indicateurs de résultats :
  - o Des discordances d'informations constatées sur documents présentés.
  - o Nombre de doublons de flux
  - o Des annulations d'identité et/ou de séjour
  - o Des fusions de dossiers tous types confondus

- Nombre de collisions détectées
- Taux d'identité patient « Provisoire »
- Taux d'identité « récupérées »
- Taux d'identité patient « validée »
- Taux d'identité qualifiées
- Rapport entre doublons avérés dans la file active et fusions réalisées, permettant d'apprécier la charge de travail des cellules d'identitovigilance et l'adéquation des ressources avec les besoins ;
- Délai moyen de traitement d'un doublon potentiel (par classe : en 24 h ; une semaine ; un mois ; plus long) ;
- Taux de modifications d'identités par type de traits ;
- Nb de FEI en lien avec des erreurs d'identité primaires et secondaires
- Nombre de suspicions d'utilisation frauduleuse d'identité détectées
- Nb de CREX en lien avec erreurs d'identitovigilance

Ils sont présentés semestriellement au COPIL identitovigilance et servent à entreprendre des actions correctrices au niveau : Du plan de formation, / Des procédures, / Des droits d'accès. Ils sont intégrés au bilan annuel qui fait office d'évaluation de la politique identitovigilance (suivi des actions et résultats des indicateurs)

## **Procédures et protocoles en lien avec l'identitovigilance :**

**L'ensemble de ces documents sont disponibles dans le logiciel de gestion document de l'établissement.**

- **Procédure de Création d'une identité**
  - « *Logigramme de création d'une identité d'un dossier patient dans la GAP* »
  - « *Protocole de création d'une identité : règles de saisies* »
  - « *Protocole impression des étiquettes patients/résidents dans le logiciel ELAP* »
  - « *Protocole admission réduite hospitalisée* »
  - « *Protocole import des photos d'identité dans le logiciel Osiris* »
  - « *Protocole de transmission des pièces justificatives d'identité dans le dossier patient informatisé* »
  - « *Protocole utilisation de l'interface Eo Addiction-Elap* »
  
- **Procédure d'identification du patient lors de sa prise en charge**
  
- **Procédure d'identification du patient au Pôle des Consultations Externes**
  
- **Procédure de gestion des anomalies de l'identité**
  - « *Traçabilité de la validation médicale de la fusion et rattachement de dossier* »
  - « *Protocole de vérification de l'occupation des lits dans Elap GAP / Application BAF* »



**Annexe 7 : Charte d'incitation au  
signalement des évènements  
indésirables**



## Charte d'incitation au signalement interne des événements indésirables

Le 9/10/2023,

La sécurité de nos activités doit être notre préoccupation première et permanente.

Le développement d'un établissement qui inspire confiance aux usagers, se fonde sur l'expérience tirée, jour après jour, des événements indésirables pouvant affecter la sécurité.

A ce titre, une des priorités est d'améliorer la visibilité sur les événements indésirables afin d'apporter les mesures correctrices lorsqu'elles s'avèrent nécessaires.

Il est ainsi de la **responsabilité de chaque agent de remonter spontanément et sans délai** toute information sur des événements de cette nature. Un manquement à cette règle peut compromettre l'ensemble de la démarche de prévention.

Des réunions d'analyse multidisciplinaire d'événements indésirables (Comité de Retour d'Expérience ou CREX) peuvent en complément être mises en œuvre pour analyser les événements au plus près du terrain. Cette démarche s'inscrit dans la démarche qualité et gestion des risques conduite par l'établissement.

Pour favoriser ce retour d'expérience, je m'engage à ce que le Centre Hospitalier de Ham **n'entame pas de procédure disciplinaire à l'encontre d'une personne qui aura, spontanément et sans délai, révélé un dysfonctionnement** dans lequel il est impliqué, et dont l'établissement n'aurait pas eu connaissance autrement. Ce principe ne peut toutefois pas s'appliquer en cas de manquement délibéré ou répété aux règles de sécurité ou de faute grave détachable du service.

Pour favoriser la remontée des événements indésirables, la Direction rappelle les principes de fonctionnement sur lesquels elle repose :

- **objectivité** : le signalement repose sur des faits. Il ne s'agit pas de mettre en cause des personnes en tant qu'auteurs de faits, ni d'interpréter les faits ou encore de leur donner - s'agissant de soins - une traduction médico-légale en termes de responsabilités.
- **anonymat et confidentialité** : le traitement des informations recueillies s'effectue dans l'anonymat et la confidentialité. Chaque professionnel s'engage à respecter une obligation de discrétion à l'égard des informations portées à sa connaissance dans le cadre de cette démarche.
- **efficacité** : la démarche de signalement doit s'efforcer d'être aussi exhaustive que possible en permettant l'identification de l'ensemble des risques liés à l'activité hospitalière et en évitant que ces risques ne se reproduisent.

J'insiste pour que chaque agent, quelle que soit sa fonction dans l'établissement, s'implique dans cette logique qui contribue à notre recherche permanente du plus haut niveau de qualité et de sécurité de notre activité.

De plus, je tiens à rappeler que dans le cadre du signalement de **faits constitutifs d'une infraction** (ex : en cas de suspicion d'actes de maltraitance), le **lanceur d'alerte** ne peut pas faire l'objet d'une mesure discriminatoire ou disciplinaire en raison de son signalement, ni de menaces ou de tentatives de recourir à une telle mesure.

Le Président de la CME



La Directrice



## **Annexe 8 : Charte SIH**



## CENTRE HOSPITALIER DE HAM

# CHARTRE D'ACCÈS AU SYSTEME D'INFORMATION DU GHT AISNE NORD - HAUTE SOMME

## SOMMAIRE

---

Suivi du document .....	2
1. GLOSSAIRE : .....	3
2. Objet du document .....	4
3. Champ d'application.....	4
4. Cadre réglementaire.....	5
5. Critères fondamentaux de la sécurité.....	5
5.1. Principes .....	5
5.2. Une mission sécurité .....	5
5.3. Un enjeu technique et organisationnel.....	5
5.4. Une gestion des risques.....	6
6. Règles de sécurité.....	6
6.1. Confidentialité de l'information et obligation de discrétion.....	6
6.2. Protection de l'information .....	7
6.3. Usages des ressources informatiques .....	7
6.4. Usages des outils de communication .....	8
6.5. Usages des logins et des mots de passe (ou de cartes CPS ou équivalents) .....	11
6.6. Image de marque de l'établissement.....	11
7. Protection des données personnelles.....	11
7.1. Devoirs des utilisateurs .....	12
7.2. Droits des utilisateurs.....	13
8. Surveillance du système d'information .....	14
8.1. Contrôle.....	14
8.2. Traçabilité.....	14
8.3. Alertes.....	14
9. Responsabilités et sanctions .....	15

## SUIVI DU DOCUMENT

---

Cycle	Nom Prénom	fonction	Date
Rédaction	Groupe de travail HOP'EN DSIO GHT	DSIO	14/09/2020
Relecture	Samuel lapergue	RSI	09/08/2023
Validation	Justyna VANTELON	RAQ	09/08/2023
Approbation	Cellule de Direction / CSE /COFIL	Instances	21/09/2023

## **1. GLOSSAIRE :**

---

**RGPD** : Règlement Général sur la Protection des Données

**GHT** : Groupement Hospitalier de Territoire

**GCSMS** : Groupement de Coopération Sociale et Médico Sociale

**SIH** : Système d'Information Hospitalier

**DSIO** : Direction du Système d'Information et Organisation

**Wifi** : Wireless Fidelity : Réseau de information à communication sans fil

**MSS** : Messagerie Sécurisée de Santé

**CPS** : Carte à puce pour les Professionnels de Santé français

**DPO/DPD** : délégué à la protection des données

**CNIL** : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

**RGPD** : Règlement Général sur la Protection des Données

**DGRQC** : Direction de la Gestion des Risques, de la Qualité et de la Communication

## 2. OBJET DU DOCUMENT

---

La présente Charte a pour objet de décrire les règles d'accès et d'utilisation des ressources informatiques et des services Internet du Centre Hospitalier de HAM et rappelle à ses utilisateurs les droits et les responsabilités qui leur incombent dans l'utilisation du système d'information.

Elle pose des règles permettant d'assurer la sécurité et la performance du système d'information de l'établissement, de préserver la confidentialité des données dans le respect de la réglementation en vigueur et des droits et libertés reconnus aux utilisateurs, conformément à la politique de sécurité du système d'information définie par l'établissement et au règlement général sur la protection des données (RGPD) en vigueur depuis mai 2018.

Cette Charte a été validée par la Direction générale de l'établissement. Préalablement à sa mise en œuvre, elle a été notifiée au Comité de Direction, au Comité Social d'Établissement ainsi que la Commission Médicale d'Établissement. Les membres du personnel et les personnels extérieurs doivent en prendre connaissance. La charte est mise à leur disposition dans le logiciel de gestion documentaire.

Cette Charte a fait l'objet de travaux communs au sein du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) auquel appartient l'établissement, afin d'harmoniser les pratiques d'accès et d'usage du SI des établissements et de faciliter l'utilisation des SI hospitaliers par les personnels qui exercent dans plusieurs structures au sein du groupement.

## 3. CHAMP D'APPLICATION

---

La présente Charte concerne les ressources informatiques, les services Internet et téléphoniques du Centre Hospitalier de HAM, ainsi que tout autre moyen de connexion à distance permettant d'accéder, via le réseau informatique, aux services de communication ou de traitement électroniques interne ou externe.

Il s'agit principalement des ressources suivantes :

- Ordinateurs de bureau ;
- Ordinateurs portables ;
- Terminaux portables ;
- Imprimantes simples ou multifonctions ;
- Tablettes ;
- Smartphones ;
- Serveurs , Echographes, Serveur de Radiographie ;

Cette Charte s'applique à l'ensemble des professionnels de l'établissement de santé, tous statuts confondus, et concerne notamment les agents permanents ou temporaires utilisant les moyens informatiques de l'établissement et les personnes accédant au système d'information à distance, directement ou à partir du réseau administré par l'établissement. (stagiaires, internes, prestataires, fournisseurs, sous-traitants, bénévoles, Agents du GCSMS, spécialistes consultations avancées...)

Dans la présente Charte, sont désignés sous les termes suivants :

- **Ressources informatiques** : les moyens informatiques, ainsi que ceux auxquels il est possible d'accéder à distance, directement ou en cascade à partir du réseau administré par l'entité ;
- **Outils de communication** : la mise à disposition par des serveurs locaux ou distants de moyens d'échanges et d'informations diverses (web, messagerie, forum, etc.) ;
- **Utilisateurs** : les personnes ayant accès ou utilisant les ressources informatiques et les services Internet de l'établissement.

### 4. CADRE REGLEMENTAIRE

---

Le cadre réglementaire de la sécurité de l'information est complexe. Il porte sur les grands thèmes suivants :

- Le traitement numérique des données, et plus précisément :
  - Le traitement de données à caractère personnel et le respect de la vie privée ;
  - Le traitement de données personnelles de santé ;
- Le droit d'accès des usagers et des professionnels de santé aux données médicales ;
- L'hébergement de données médicales ;
- Le secret professionnel et le secret médical ;
- La signature électronique des documents ;
- Le secret des correspondances ;
- La lutte contre la cybercriminalité ;
- La protection des logiciels et des bases de données et le droit d'auteur.

La présente Charte d'accès et d'usage du système d'information tient compte de la réglementation sur la sécurité de l'information en vigueur et des droits et libertés reconnus aux utilisateurs.

### 5. CRITERES FONDAMENTAUX DE LA SECURITE

---

#### 5.1. Principes

L'établissement de santé héberge des données, des informations médicales et administratives sur les usagers (dossier médical, dossier de soins, dossier images et autres dossiers médico-techniques...), et sur les personnels (paie, gestion du temps, évaluations, accès à Internet et à la messagerie...).

L'information se présente sous de multiples formes : stockée sous forme numérique sur des supports informatiques, imprimée ou écrite sur papier, imprimée sur des films (images), transmise par des réseaux informatiques privés ou Internet, par la poste, oralement et/ou par téléphone...

La **sécurité de l'information** est caractérisée comme étant la préservation de :

- **Sa disponibilité** : l'information doit être accessible à l'utilisateur, quand celui-ci en a besoin ;
- **Son intégrité** : l'information doit être exacte, exhaustive et conservée intacte pendant sa durée de vie ;
- **Sa confidentialité** : l'information ne doit être accessible qu'aux personnes autorisées à y accéder ;
- **Sa traçabilité** : les systèmes doivent comporter des moyens de preuve sur les accès et opérations effectuées sur l'information.

#### 5.2. Une mission sécurité

La Direction du Système Information et Organisation du GHT grâce au service informatique sur place fournit un système d'information qui s'appuie sur une infrastructure informatique. Elle doit assurer la mise en sécurité de l'ensemble, c'est-à-dire protéger ces ressources contre des pannes, des erreurs ou des malveillances. Elle doit aussi protéger les intérêts économiques de l'établissement en s'assurant que ces moyens sont bien au service de la production de soins. Elle doit donc caractériser et empêcher les abus.

#### 5.3. Un enjeu technique et organisationnel

Les enjeux majeurs de la sécurité sont la qualité et la continuité des soins, le respect du cadre juridique sur l'usage des données personnelles de santé.

Pour cela La DSIO déploie un ensemble de dispositifs techniques, mais aussi organisationnels. En effet, au-delà des outils, la bonne utilisation des moyens informatiques est essentielle pour garantir un bon niveau de sécurité. La sécurité peut être assimilée à une chaîne dont la solidité dépend du maillon le plus faible. Certains comportements humains, par ignorance des risques, peuvent fragiliser le système d'information.

### 5.4. Une gestion des risques

L'information médicale, qu'elle soit numérique ou non, est un composant sensible qui intervient dans tous les processus de prise en charge des usagers. Une information manquante, altérée ou indisponible, peut constituer une perte de chance pour l'utilisateur (exemples : erreur dans l'identification d'un usager [homonymie par exemple], perte de données à la suite d'une erreur d'utilisation d'une application informatique...). La sécurité repose sur une gestion des risques avec des analyses des risques potentiels, des suivis d'incidents, des dispositifs d'alertes. La communication vers les utilisateurs est un volet important de cette gestion. La présente Charte d'accès et d'usage du Système d'Information s'inscrit dans ce plan de communication.

## 6. REGLES DE SECURITE

---

L'accès au système d'information de l'établissement est soumis à autorisation. Les ressources humaines communiquent la présente Charte d'accès et d'usage du système d'information au futur utilisateur. Après signature de l'attestation de prise de connaissance de la Charte SI, les ressources humaines transmettent l'information à l'encadrant. L'encadrant se met en relation avec les référents métiers pour l'attribution d'un accès aux ressources informatiques, aux services Internet et de télécommunication et d'un droit d'accès sur les différents logiciels du SI. Il remet ensuite les informations nécessaires dont les codes d'accès à l'utilisateur.

Le droit d'accès aux différents logiciels est strictement personnel et concédé à l'utilisateur pour des activités exclusivement professionnelles. Il ne peut être cédé, même temporairement à un tiers. Tout droit prend fin lors de la cessation, même provisoire, de l'activité professionnelle de l'utilisateur, ou en cas de non-respect des dispositions de la présente Charte par l'utilisateur.

L'obtention d'un droit d'accès au système d'information de l'établissement de santé entraîne pour l'utilisateur les droits et les responsabilités précisées dans les paragraphes ci-dessous.

Tout utilisateur est responsable à titre personnel de l'usage qu'il fait des ressources informatiques. Il doit particulièrement veiller à ne pas détourner les moyens informatiques de l'usage professionnel pour lequel ils sont mis à disposition.

### 6.1. Confidentialité de l'information et obligation de discrétion

Les personnels de l'établissement sont soumis au secret professionnel et/ou médical. Cette obligation revêt une importance toute particulière lorsqu'il s'agit de données de santé. Les personnels doivent faire preuve d'une discrétion absolue dans l'exercice de leur mission. Un comportement exemplaire est exigé dans toute communication, orale ou écrite, téléphonique ou électronique, que ce soit lors d'échanges professionnels ou au cours de discussions relevant de la sphère privée.

L'accès par les utilisateurs aux informations et documents conservés sur les systèmes informatiques doit être limité à ceux qui leur sont propres, ainsi que ceux qui sont publics ou partagés. Il est ainsi interdit de prendre connaissance d'informations détenues par d'autres utilisateurs, même si ceux-ci ne les ont pas explicitement protégées. Cette règle s'applique en particulier aux données couvertes par le secret professionnel, ainsi qu'aux conversations privées de type courrier électronique dont l'utilisateur n'est ni directement destinataire, ni en copie.

**L'utilisateur doit assurer la confidentialité des données qu'il détient. En particulier, il ne doit pas diffuser à des tiers, au moyen d'une messagerie non sécurisée, des informations nominatives et/ou confidentielles couvertes par le secret professionnel.**

Les données financières et les informations liées au personnel appartiennent à l'établissement et ne doivent être utilisées que dans le cadre strict des usages prévus lors de leur constitution. L'utilisateur doit veiller à la discrétion et à la non diffusion de ces données.

### 6.2. Protection de l'information

Les postes de travail permettent l'accès aux applications du système d'information. Ils permettent également d'élaborer des documents bureautiques. Les bases de données associées aux applications sont implantées sur des serveurs centraux situés dans des salles protégées. Il est vivement conseillé de sauvegarder les fichiers à usages collectif dans les lecteurs réseaux. Ces espaces sont à usage professionnel uniquement. **Le stockage de données privées sur des disques réseau est interdit.**

Le cas échéant, ceux qui utilisent un matériel portable (exemples : poste, tablette, smartphone...) ne doivent pas le mettre en évidence pendant un déplacement ni exposer son contenu à la vue d'un voisin de train... ; le matériel doit être rangé en lieu sûr. De même, il faut ranger systématiquement en lieu sûr tout support mobile de données (exemples : CD, clé USB, disque dur USB...). Aucune donnée de santé à caractère personnel des usagers ne doit être stockée sur des postes ou périphériques personnels.

Il faut également mettre sous clé tout dossier ou document confidentiel lorsqu'on quitte son espace de travail.

Les médias de stockage amovibles (exemples : clés USB, CD-ROM, disques durs...) présentent des risques très forts vis-à-vis de la sécurité : risques importants de contamination par des programmes malveillants (virus) ou risques de perte de données. Leur usage doit faire l'objet d'une très grande vigilance. L'établissement se réserve le droit de limiter, voire d'empêcher, l'utilisation de ces médias en bloquant les ports de connexion des outils informatiques.

L'utilisateur ne doit pas transmettre de fichiers sensibles à une personne qui en ferait la demande et qu'il ne connaîtrait pas, même s'il s'agit d'une adresse électronique interne à l'établissement.

### 6.3. Usages des ressources informatiques

Seules des personnes habilitées de l'établissement de santé (ou par son intermédiaire la société avec laquelle il a contracté) ont le droit d'installer de nouveaux logiciels, de connecter de nouveaux PC au réseau de l'établissement et, plus globalement, d'installer de nouveaux matériels informatiques.

L'utilisateur s'engage à ne pas modifier la configuration des ressources mises à sa disposition (matériels, réseaux...)

L'établissement prend toutes dispositions techniques pour protéger son réseau et son SIH des intrusions ou malveillances externes. L'utilisateur est tenu de ne pas mettre en péril ces dispositifs par l'introduction de matériels de communication sans un accord préalable express du Service Informatique. En particulier, la connexion de modems ou de dispositifs de réseau sans fil (Wifi, Bluetooth) permettant un accès externe est interdite.

Il est interdit d'apporter, volontairement ou non, des perturbations au bon fonctionnement des postes de travail, des réseaux et des systèmes, que ce soit par des manipulations anormales du matériel, ou par l'introduction de logiciels parasites (virus, chevaux de Troie, bombes logiques, logiciels d'écoute du réseau, etc.) ou par le contournement de règles de sécurité (exemple : arrêt de l'antivirus).

Les logiciels commerciaux acquis par l'établissement ne doivent pas faire l'objet de copies de sauvegarde par l'utilisateur, ces dernières ne pouvant être effectuées que par les personnes habilitées de l'établissement.

#### • Le poste de travail

Dans le cadre de sa mission, un collaborateur peut se voir fournir un ou plusieurs postes de travail, fixes ou nomades. Il est de son devoir d'appliquer les règles de bonne pratique liées à ce type de matériel. Notamment,

*Le collaborateur doit :*

- Veiller à conserver en bon état de fonctionnement le matériel et les logiciels mis à sa disposition ;
- Veiller à ce que les règles de verrouillage de session soient bien appliquées sur son matériel ;
- Signaler tout dysfonctionnement ou anomalie sur le matériel ;
- S'engager à sécuriser son matériel avec les moyens mis à disposition par la structure (système antivirus, etc.).

*Le collaborateur ne doit pas :*

- Utiliser les équipements pour un usage personnel, sauf dans les limites fixées par la structure si elle l'a autorisé explicitement ;
- Faire usage de postes de travail pour lesquels il n'a pas été explicitement autorisé.

*Le cas échéant :*

Le Centre Hospitalier de HAM a fait le choix de donner au personnel hospitalier accès au système d'information de l'établissement en mobilité, via les équipements numériques fournis par l'établissement.

### • **Les logiciels et les applications**

L'utilisation de logiciels du commerce est soumise au respect du code de la propriété intellectuelle défini par le législateur.

Chaque collaborateur doit avoir conscience :

- Que l'utilisation de logiciels est soumise à l'acquisition par l'entreprise de licences d'utilisation ;
- Que la loi protège les logiciels contre la copie ;
- Que sa responsabilité civile et pénale sera engagée en cas de copie non autorisée ou de piratage de logiciel ;
- Qu'aucune installation de logiciel piraté sur le poste de travail, même pour utilisation à titre personnel, ne sera admise.

### • **Les équipements mobiles de stockage**

L'usage de périphériques type clés USB ou disques externes doit rester exceptionnel. Seuls les périphériques de stockage fournis par la structure sont autorisés.

## **6.4. Usages des outils de communication**

Les outils de communication tels que le téléphone, le fax, Internet ou la messagerie sont destinés à un usage exclusivement professionnel. L'usage à titre personnel, dans le cadre des nécessités de la vie privée, est toléré à condition qu'il soit très occasionnel et raisonnable, qu'il soit conforme à la législation en vigueur et qu'il ne puisse pas porter atteinte à l'image de marque de l'établissement de santé. Il ne doit en aucun cas être porté à la vue des usagers ou de visiteurs et accompagnants.

### • **Usage du téléphone et du fax**

Le téléphone et le fax sont des moyens potentiels d'échanges de données qui présentent des risques puisque l'identité de l'interlocuteur qui répond au téléphone ou de celui qui réceptionne un fax n'est pas garantie.

Il ne faut ainsi communiquer aucune information sensible par téléphone, notamment des informations nominatives, médicales ou non, ainsi que des informations ayant trait au fonctionnement interne de l'établissement. Exceptionnellement, une communication d'information médicale peut être faite après avoir vérifié l'identité de l'interlocuteur téléphonique. Si un doute subsiste, le numéro de téléphone de l'interlocuteur indiqué doit être vérifié, le cas échéant, dans les annuaires d'usagers ou de professionnels.

La communication d'informations médicales (exemples : résultats d'examens...) aux usagers et aux professionnels extérieurs est strictement réglementée. Les utilisateurs concernés doivent se conformer à la réglementation et aux procédures de l'établissement en vigueur.

### • **Usage d'Internet**

L'accès à l'Internet a pour objectif d'aider les personnels à trouver des informations nécessaires à leur mission usuelle, ou dans le cadre de projets spécifiques.

Il est rappelé aux utilisateurs que, lorsqu'ils « naviguent » sur l'Internet, leur identifiant est enregistré. Il conviendra donc d'être particulièrement vigilant lors de l'utilisation de l'Internet et de ne pas mettre en danger l'image ou les intérêts de l'établissement de santé.

Par ailleurs, les données concernant l'utilisateur (exemples : sites consultés, messages échangés, données fournies à travers un formulaire, données collectées à l'insu de l'utilisateur...) peuvent être enregistrées par des tiers, analysées et utilisées à des fins, notamment commerciales. Il est donc recommandé à chaque utilisateur de ne pas fournir son adresse électronique professionnelle ni aucune coordonnée professionnelle, sur Internet, si ce n'est strictement nécessaire à la conduite de son activité professionnelle.

Il est interdit de se connecter ou de tenter de se connecter à Internet par des moyens autres que ceux fournis par l'établissement. Il est interdit de participer à des forums, blogs et groupes de discussion à des fins non professionnelles, et de se connecter sur des sites à caractère injurieux, violent, raciste, discriminatoire, pornographique, diffamatoire ou manifestement contraire à l'ordre public.

Il est également interdit de participer à des jeux de hasard, d'argent, ou de s'impliquer dans le blanchiment d'argent au moyen d'Internet.

**Tous les accès Internet sont tracés, enregistrés et conservés par un dispositif de filtrage et de traçabilité. Il est donc possible pour l'établissement de connaître, pour chaque salarié, le détail de son activité sur l'Internet.**

Ce contrôle des accès aux sites visités permet de filtrer les sites jugés indésirables, notamment les sites dangereux pour la sécurité du réseau. Il permet de détecter, de bloquer et/ou de signaler les accès abusifs (en matière de débits, volumes, durées), ou les accès à des sites illicites et/ou interdits.

- **Usage de la messagerie électronique**

L'ensemble des principes et règles édictés par la présente charte s'applique à l'utilisation de la messagerie électronique « Outlook ».

La messagerie permet de faciliter les échanges entre les professionnels de l'établissement ainsi qu'entre les professionnels et des tiers. Dans le cadre de leur activité professionnelle, ces derniers se voient attribuer une messagerie électronique.

Les utilisateurs doivent garder à l'esprit que leurs messages électroniques peuvent être stockés, réutilisés, exploités à des fins auxquelles ils n'auraient pas pensé en les rédigeant. Cela pourrait constituer une preuve ou un commencement de preuve valant offre ou acceptation de manière à former un contrat entre l'hôpital et son interlocuteur, même en l'absence de contrat signé de façon manuscrite.

Un usage privé de la messagerie est toléré s'il reste exceptionnel. Les messages personnels doivent comporter explicitement la mention « privé » dans l'objet. À défaut, les messages seront réputés relever de la correspondance professionnelle. Les messages marqués « privé » ne doivent pas comporter de signature d'ordre professionnel à l'intérieur du message.

L'usage des listes de diffusion doit être strictement professionnel.

Il est strictement interdit d'utiliser la messagerie pour des messages d'ordre commercial ou publicitaire, du prosélytisme, du harcèlement, des messages insultants ou de dénigrement, des textes ou des images provocants et/ou illicites, ou pour propager des opinions personnelles qui pourraient engager la responsabilité de l'établissement ou porter atteinte à son image. Selon les droits et obligations de la fonction publique, les utilisateurs sont tenus par leurs devoirs de confidentialité et de loyauté contractuelles qui encadrent le contenu des informations qu'ils peuvent transmettre par email.

Afin de ne pas surcharger les serveurs de messagerie, les utilisateurs doivent veiller à éviter l'envoi de pièces jointes volumineuses, notamment lorsque le message comporte plusieurs destinataires. Seules les pièces jointes professionnelles de type « documents » ou « images » sont autorisées. Il est rappelé que le réseau Internet n'est pas un moyen de transport sécurisé. Il ne doit donc pas servir à l'échange d'informations médicales nominatives en clair. En l'absence de dispositif de chiffrement de l'information de bout en bout, les informations médicales doivent être rendues anonymes.

Il est strictement interdit d'ouvrir ou de lire des messages électroniques d'un autre utilisateur, sauf si ce dernier a donné son autorisation explicite.

Les messages électroniques reçus sur la messagerie professionnelle font l'objet d'un contrôle antiviral et d'un filtrage anti-spam. Les utilisateurs sont invités à informer le service informatique des dysfonctionnements qu'ils peuvent être amenés à rencontrer dans le dispositif de filtrage.

Avant tout envoi, il est impératif de vérifier l'identité des destinataires du message, leur qualité à recevoir la communication des informations transmises ainsi que le contenu de ces messages. En cas d'envoi à un nombre important de destinataires, l'utilisateur doit respecter les dispositions relatives à la lutte contre l'envoi massif de courriers non sollicités. Il doit également envisager l'opportunité de dissimuler certains destinataires, en les mettant en copie cachée, pour ne pas communiquer leur adresse électronique à l'ensemble des destinataires.

Les risques de retard, de non remise, et de suppression automatique des messages électroniques doivent être pris en considération pour l'envoi de correspondances importantes. Les messages importants sont envoyés avec un accusé de réception.

- **Usage de la messagerie sécurisée de santé (MSS)**

Ce service assure les échanges entre utilisateurs par voie électronique en garantissant la sécurité, la traçabilité et la confidentialité des données de santé à caractère personnel.

Les utilisateurs s'engagent à respecter les dispositions figurant à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique relatives aux conditions d'échange de données de santé entre deux ou plusieurs professionnels de santé.

Le service de messagerie sécurisée ne se substitue en aucun cas au dossier médical, sanitaire ou médico-social des personnes concernées (les usagers) que doivent tenir les professionnels habilités en vertu des obligations légales et réglementaires qui leur incombent. Il constitue uniquement un outil professionnel d'échange sécurisé de données de santé, et non un nouvel espace de stockage.

Le fonctionnement de ce service repose sur l'utilisation d'annuaires qui permettent d'authentifier et identifier les utilisateurs habilités. Ils permettent également aux utilisateurs de retrouver des correspondants.

L'utilisateur s'engage à utiliser les données contenues dans les annuaires dans le strict respect du cadre de ses fonctions et dans un but exclusivement professionnel. Ceci exclut tout particulièrement toute démarche commerciale ou publicitaire, politique ou religieuse.

L'utilisateur est informé qu'en utilisant le service MSSanté, s'il n'est pas déclaré en liste rouge, il accepte de figurer dans les Annuaires et que soient inscrites dans ceux-ci des informations le concernant (Nom, Qualité, Adresse, Téléphone, Adresse mail, Profession, Spécialité, Numéro ADELI, Identifiant RPPS, Structure de rattachement) permettant aux autres utilisateurs de la messagerie de l'identifier et d'échanger des messages sécurisés avec lui. Également, l'utilisateur est informé qu'il conserve la possibilité de modifier, supprimer ou rectifier des informations le concernant. L'utilisateur accepte également que ces informations soient accessibles aux autres utilisateurs par le moyen des annuaires.

Ce service de messagerie réservé aux professionnels de santé et aux professionnels médico-sociaux est accessible uniquement après vérification de la qualité professionnelle de l'utilisateur. L'accès à la messagerie se fait au moyen d'une authentification forte à deux facteurs. Les identifiants de connexion sont strictement personnels et placés sous la seule responsabilité de l'utilisateur. Il appartient à chaque utilisateur de mettre en œuvre toutes les mesures de sécurités nécessaires à la protection de ces identifiants et à ne les divulguer sous aucun prétexte et à quelque titre que ce soit.

La préservation de la sécurité des données à caractère personnel et des données de santé engage chaque utilisateur à :

- Ne jamais communiquer de données de santé par messagerie non sécurisée ;
- Garder strictement confidentiels ses éléments d'authentification et ne pas les dévoiler à un tiers.

### 6.5. Usages des logins et des mots de passe (ou de cartes CPS ou équivalents)

Chaque utilisateur dispose d'un compte nominatif lui permettant d'accéder aux applications et aux systèmes informatiques de l'établissement. Ce compte est personnel. Il est strictement interdit d'usurper une identité en utilisant, ou en tentant d'utiliser, le compte d'un autre utilisateur, ou en agissant de façon anonyme dans le système d'information.

Pour utiliser ce compte nominatif, l'utilisateur, soit dispose d'un login et d'un mot de passe.

Le mot de passe choisi doit être robuste (8 caractères minimum, mélange de chiffres, lettres et caractères spéciaux), de préférence simple à mémoriser, mais surtout complexe à deviner. Il est fortement recommandé de changer le mot de passe régulièrement en fonction de l'application. Le mot de passe est strictement confidentiel. Il ne doit pas être communiqué à qui que ce soit : ni à des collègues, ni à sa hiérarchie, ni au personnel en charge de la sécurité des systèmes d'information, même pour une situation temporaire.

Chaque utilisateur est responsable de son compte et son mot de passe, et de l'usage qui en est fait. Il ne doit ainsi pas mettre à la disposition de tiers non autorisés un accès aux systèmes et aux réseaux de l'établissement dont il a l'usage. La plupart des systèmes informatiques et des applications de l'établissement assurent une traçabilité complète des accès et des opérations réalisées à partir des comptes sur les applications médicales et médicotechniques, les applications administratives, le réseau, la messagerie, l'Internet... Il est ainsi possible pour l'établissement de vérifier *à posteriori* l'identité de l'utilisateur ayant accédé ou tenter d'accéder à une application au moyen du compte utilisé pour cet accès ou cette tentative d'accès.

C'est pourquoi il est important que l'utilisateur veille à ce que personne ne puisse se connecter avec son propre compte. Pour cela, sur un poste dédié, **il convient de fermer ou verrouiller sa session lorsqu'on quitte son poste**. Il ne faut jamais se connecter sur plusieurs postes à la fois. Pour les postes qui ne sont pas utilisés pendant la nuit, il est impératif de fermer sa session systématiquement avant de quitter son poste le soir.

Il est interdit de contourner, ou de tenter de contourner, les restrictions d'accès aux logiciels. Ceux-ci doivent être utilisés conformément aux principes d'utilisation communiqués lors de formations ou dans les manuels et procédures remis aux utilisateurs.

En cas d'oubli du mot de passe, ou de difficulté de connexion, le Service Informatique fournit la marche à suivre pour que l'utilisateur puisse à nouveau se connecter en toute sécurité.

L'utilisateur s'engage enfin à signaler toute tentative de violation de son compte personnel.

### 6.6. Image de marque de l'établissement

Les utilisateurs ne doivent pas nuire à l'image de marque de l'établissement à travers la communication d'informations à l'extérieur, via les moyens informatiques auxquels ils ont accès, en interne ou en externe, ou du fait de leur accès à Internet.

Le personnel de l'établissement, soumis en toutes circonstances au respect des règles de secret professionnel, de discrétion professionnelle et de devoir de réserve, doit redoubler de vigilance dans l'utilisation des réseaux sociaux dont la finalité reste du domaine exclusivement privé (article 9 du Code civil).

## 7. PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

---

L'établissement doit se conformer aux procédures liées à l'entrée en vigueur du règlement général de la protection des données (RGPD), et notamment :

- **Désigner un délégué à la protection des données (DPO/DPD)**
- **Informers les personnes concernées par un traitement de données** (usagers, personnes participant à une recherche, etc.) : l'information doit être délivrée de façon concise, transparente, compréhensible et aisément accessible. Elle doit pouvoir être abordable par le « grand public ».

- **Tenir un registre décrivant les traitements** mis en œuvre et les mesures de mise en conformité de ces traitements. Dans certains cas (notamment les traitements de recherche), il doit solliciter l'autorisation de la CNIL avant de mettre en œuvre son traitement de données personnelles : il doit dans ce cas en informer préalablement le DPO ;
- **Réaliser une analyse de l'impact du traitement de données**, portant tant sur les risques sécurité et techniques que sur les risques juridiques pour les personnes, avant de mettre en œuvre certains traitements, notamment ceux portant sur des données de santé à grande échelle (dispositifs de télémédecine, traitements portant sur les dossiers des résidents pris en charge par un EPHAD, etc.). La liste des types de traitements pour lesquels une analyse d'impact est requise est disponible sur le site de la CNIL.

### 7.1. Devoirs des utilisateurs

Les utilisateurs sont informés de la nécessité de respecter les dispositions légales en matière de traitements automatisés ou manuels de données à caractère personnel, prévues pour l'essentiel dans la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dite loi « Informatique et libertés » en vigueur et le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 dit « RGPD ».

Les utilisateurs du système d'information de l'établissement de santé sont soumis à plusieurs obligations en ce qui concerne les modalités de mise en œuvre du traitement des données à caractère personnel. De façon générale, les utilisateurs doivent respecter les principes de protection des données de santé et des données à caractère personnel suivants :

- Le respect des finalités initiales du traitement ;
- La pertinence et l'exactitude des données au regard des finalités poursuivies ;
- L'information des personnes concernées ;
- Les droits des personnes concernées ;
- La protection adaptée aux risques présentés par le traitement sur les plans technique et organisationnel ;
- Le contrôle rigoureux de la diffusion de données à caractère personnel à l'attention de tiers extérieurs.

Dans le cadre de l'utilisation des systèmes d'informations couverts par la présente charte, les utilisateurs devront se conformer à l'ensemble des procédures et politiques de l'établissement, disponibles sur le logiciel de gestion documentaire, portant sur la mise en œuvre d'un traitement de données à caractère personnel. Il s'agit en particulier de la politique interne de protection des données à caractère personnel de l'établissement, de la procédure de gestion des violations de données, de la politique de gestion des droits des personnes, le dossier générique de spécifications fonctionnelles des durées de conservation et de la procédure de protection des données dès la conception et par défaut.

**Il est rappelé que l'absence de déclaration de traitements/fichiers comportant des données à caractère personnel est passible de sanctions financières et de peines d'emprisonnement.**

Les utilisateurs s'engagent à n'utiliser que les moyens et outils informatiques mis à leur disposition par l'établissement et couverts par la présente charte.

Dans ce cadre, les utilisateurs doivent notamment :

- **Déclarer les nouveaux et toutes modifications de traitements de données à caractère personnel** auprès du référent à la protection des données de l'établissement ou à défaut au délégué à la protection des données (DPD ou DPO) du GHT ;
- **S'assurer auprès** du référent à la protection des données de l'établissement ou à défaut auprès du délégué à la protection des données (DPD ou DPO) du GHT **que l'encadrement contractuel des prestations des tiers fournisseurs** est conforme au RGPD lorsqu'il est chargé du recours à un prestataire de service ;
- **Se conformer aux règles de sécurité et de confidentialité des données** définies au sein de l'établissement, dans le respect de la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé (PGSSI-S), et aux obligations liées à la conservation des données ;
- **Signaler auprès du DPO les incidents de sécurité** impliquant des données personnelles.

Les utilisateurs, lors de l'utilisation des moyens et outils informatiques mis à disposition par l'établissement, peuvent, dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions, traiter des données concernant la santé des usagers.

Ces données sont des données dites particulières, leurs traitements répondent alors à des conditions de licéité plus strictes et sont soumis à des mesures de sécurité adaptées aux risques encourus par les personnes concernées. Ces données doivent faire l'objet d'une vigilance accrue de la part des utilisateurs.

Les utilisateurs professionnels de santé sont en outre soumis au secret professionnel.

Quoiqu'il en soit, chaque utilisateur s'engage à n'accéder aux données que lorsque c'est strictement nécessaire à l'exercice de ses fonctions et à ne traiter les données concernant la santé des usagers

via les moyens et outils informatiques mis à sa disposition par l'établissement que dans le respect de règles de confidentialité et des mesures de sécurité prévues notamment par :

- Les dispositions applicables de la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé
- La présente charte ;
- La politique de sécurité des systèmes d'information (PSSI) de l'établissement ;
- Les politiques et procédures sur la protection des données à caractère personnel susvisées.

### 7.2. Droits des utilisateurs

L'établissement met en œuvre des traitements de données à caractère personnel en relation avec l'usage des moyens informatiques et outils numériques couverts par la présente charte et pour assurer leur sécurité. L'établissement s'engage à ce que les données concernant les utilisateurs soient collectées et traitées de manière loyale et licite, dans les conditions exposées.

Un DPO/DPD a été désigné au niveau du GHT. Il pilote la gouvernance des données à caractère personnel des établissements membres du GHT.

Ces finalités permettent à l'établissement de poursuivre des intérêts légitimes liés à la bonne utilisation et à la sécurité de ses moyens informatiques et outils numériques dans le respect des droits des utilisateurs.

A toutes fins utiles, il est rappelé que les données collectées auprès des utilisateurs sont obligatoires aux fins de bonne gestion, d'organisation et de sécurité des moyens informatiques et outils numériques.

Conformément à la loi Informatique et libertés, les utilisateurs sont informés, en particulier, qu'ils disposent d'un droit d'interrogation, d'accès, de limitation, d'effacement, de rectification et d'opposition au traitement des données les concernant et qui s'exerce auprès du délégué à la protection des données ou directement auprès du directeur de l'établissement :

Par courrier électronique à [dpo@ch-stquentin.fr](mailto:dpo@ch-stquentin.fr) ou par courrier postal à l'attention du délégué à la protection des données (DGRQC) à l'adresse suivante : 1, avenue Michel de l'Hospital BP 608 Saint-Quentin 02321 Saint-Quentin, accompagné d'une copie d'un titre d'identité

Par courrier électronique à [direction@ch-ham.com](mailto:direction@ch-ham.com) ou par courrier postal à l'attention du Directeur de l'établissement, à l'adresse suivante : 56 RUE DE VERDUN - BP90078 – 80400 HAM, accompagné d'une copie d'un titre d'identité.

Chaque utilisateur peut également donner des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données après son décès. Une personne peut être désignée pour exécuter ces directives et elle aura alors qualité, lorsque la personne est décédée, pour prendre connaissance des directives et demander leur mise en œuvre aux responsables de traitement concernés. Lorsqu'il s'agit de directives particulières, elles peuvent également être confiées aux responsables de traitement en cas de décès.

## 8. SURVEILLANCE DU SYSTEME D'INFORMATION

---

### 8.1. Contrôle

Pour des nécessités de maintenance et de gestion, l'utilisation des ressources matérielles ou logicielles, les échanges via le réseau, ainsi que les rapports des télécommunications peuvent être analysés et contrôlés dans le respect de la législation applicable, et notamment du RGPD et de la loi Informatique et Libertés.

### 8.2. Traçabilité

Le service informatique assure la traçabilité de l'ensemble des accès aux applications et aux ressources informatiques qu'elle met à disposition, pour des raisons d'exigence réglementaire de traçabilité, de prévention contre les attaques et de contrôle du bon usage des applications et des ressources.

Par conséquent, les applications de l'établissement, ainsi que les réseaux, messagerie et accès Internet intègrent des dispositifs de traçabilité permettant d'enregistrer :

- L'identifiant de l'utilisateur ayant déclenché l'opération;
- L'heure de la connexion;
- Le système auquel il est accédé;
- Le type d'opération réalisée;
- Les informations ajoutées, modifiées ou supprimées des bases de données en réseau et/ou des applications de l'hôpital;
- La durée de la connexion (notamment pour l'accès Internet).

Le personnel du Service Informatique respecte la confidentialité des données et des traces auxquelles il est amené à accéder dans l'exercice de ses fonctions, mais peut être amené à les utiliser pour mettre en évidence certaines infractions commises par les utilisateurs.

### 8.3. Alertes

Tout constat de vol de matériel ou de données, d'usurpation d'identité, de détournement de moyen, de réception de messages interdits, de fonctionnement anormal ou, de façon plus générale, toute suspicion d'atteinte à la sécurité ou tout manquement substantiel à cette charte, doit être signalé au Responsable de la Sécurité du Système d'Information.

La sécurité de l'information met en jeu des moyens techniques, organisationnels et humains. Chaque utilisateur de l'information se doit d'avoir une attitude vigilante et responsable afin que les usagers bénéficient d'une prise en charge sécurisée et que leur vie privée, ainsi que celle des personnels, soit respectée.

### 9. RESPONSABILITES ET SANCTIONS

---

Les règles définies dans la présente Charte ont été fixées par la Direction générale de l'établissement de santé dans le respect des dispositions législatives et réglementaires applicables (CNIL, ASIP Santé...).

Toute utilisation pour motifs personnels et en dehors de tout usage professionnel, met à la charge de l'utilisateur l'entière responsabilité de cette utilisation et des conséquences qui s'en suivent.

L'établissement ne pourra être tenu pour responsable des détériorations d'informations ou des infractions commises par un utilisateur qui ne se sera pas conformé aux règles d'accès et d'usage des ressources informatiques et des services Internet décrites dans la Charte. En cas de manquement aux règles de la présente Charte, la personne responsable de ce manquement est passible de sanctions pouvant être :

- Un rappel ou un avertissement accompagné ou non d'un retrait partiel ou total, temporaire ou définitif, de l'accès aux moyens informatiques;
- Pour les contractuels, un licenciement et, éventuellement, des actions civiles ou pénales, selon la gravité du manquement.
- Pour les Titulaires de la fonction publique, une radiation et, éventuellement, des actions civiles ou pénales, selon la gravité du manquement.

Outre ces sanctions, la Direction du Centre Hospitalier de HAM est tenue de signaler toute infraction pénale commise par son personnel au procureur de la République.

*Samuel LAPERGUE,*  
*Référent de la sécurité du système d'information*  
*Centre Hospitalier de HAM*


*Priscille SAGE,*  
*Directrice*  
*Centre Hospitalier de HAM*

## **Annexe 9 : Charte de Lutte contre la douleur**



# Charte de lutte contre la douleur



 • **Ecouter**, croire  
en la douleur de  
l'autre, **informer**,  
**rassurer**

• **Evaluer** à l'aide  
d'outils adaptés



 • **Soulager** rapidement

• **Prévenir**, anticiper la douleur

• **Evaluer** l'efficacité  
du traitement,  
**ajuster** au besoin

• **Proposer** des  
**alternatives non**  
**médicamenteuses**



## **Annexe 10 : Charte développement durable**



# Charte développement durable

*« Le Développement durable est un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures de répondre aux leurs » (Rapport Brundtland, 1987)*

Le développement durable recouvre 3 piliers :

- le pilier social qui consiste à garantir une qualité de vie décente pour tous, avec un accès à l'éducation et à la santé ;
- le pilier environnemental afin de protéger la biodiversité et réduire les émissions de gaz à effet de serre ;
- le pilier économique pour assurer une croissance économique équilibrée tout en maîtrisant les impacts sur l'environnement.

La conjugaison de ces 3 piliers permet un développement dit « durable ».

## Engagement mutuel

Afin de garantir aux générations futures la capacité de répondre durablement à leurs besoins, le Centre Hospitalier de Ham s'engage à :

- Mener une réflexion stratégique de développement durable pour identifier ses propres enjeux, les partager et définir ses objectifs ;
- Traduire cette réflexion dans la définition de ses projets, son management et sa manière de rendre compte et impliquer le personnel dans cette démarche ;
- Construire et piloter un plan d'actions.

## Principes généraux

La politique Développement Durable conduite par le Centre Hospitalier s'appuie sur 4 grands principes :

- Principe de management participatif ;
- Principe d'amélioration continue de la qualité pour une approche durable et solidaire de la prise en charge ;
- Principe de conduite de changement pour une évolution des pratiques professionnelles ;
- Principe d'échanges de bonnes pratiques.

## Objectifs globaux de l'établissement

- Mettre en œuvre une politique de management DD en adéquation avec la politique de gestion ;
- Pratiquer des soins écoresponsables visant à réduire l'impact environnemental du système de santé tout en maintenant la qualité, la sécurité et l'équité des soins aux patients ;
- Appliquer la politique achat du GHT Aisne Nord – Haute Somme : utilisation de produits et matériels écoresponsables, regroupement des achats, travailler en local et en circuit-court ;
- Réduire et valoriser nos déchets : favoriser le tri et le recyclage ;
- Maîtriser les flux énergétiques et valoriser les énergies renouvelables ;
- Réduire ses émissions de gaz à effet de serre par la réalisation d'un bilan carbone ;
- Promouvoir le développement des compétences, l'autonomie et la promotion de l'innovation sociale et organisationnelle ;
- Garantir l'accessibilité ;
- Renforcer notre position d'acteur économique et social du territoire ;
- Mutualiser les expériences et développer les mises en réseau.

## Signatures

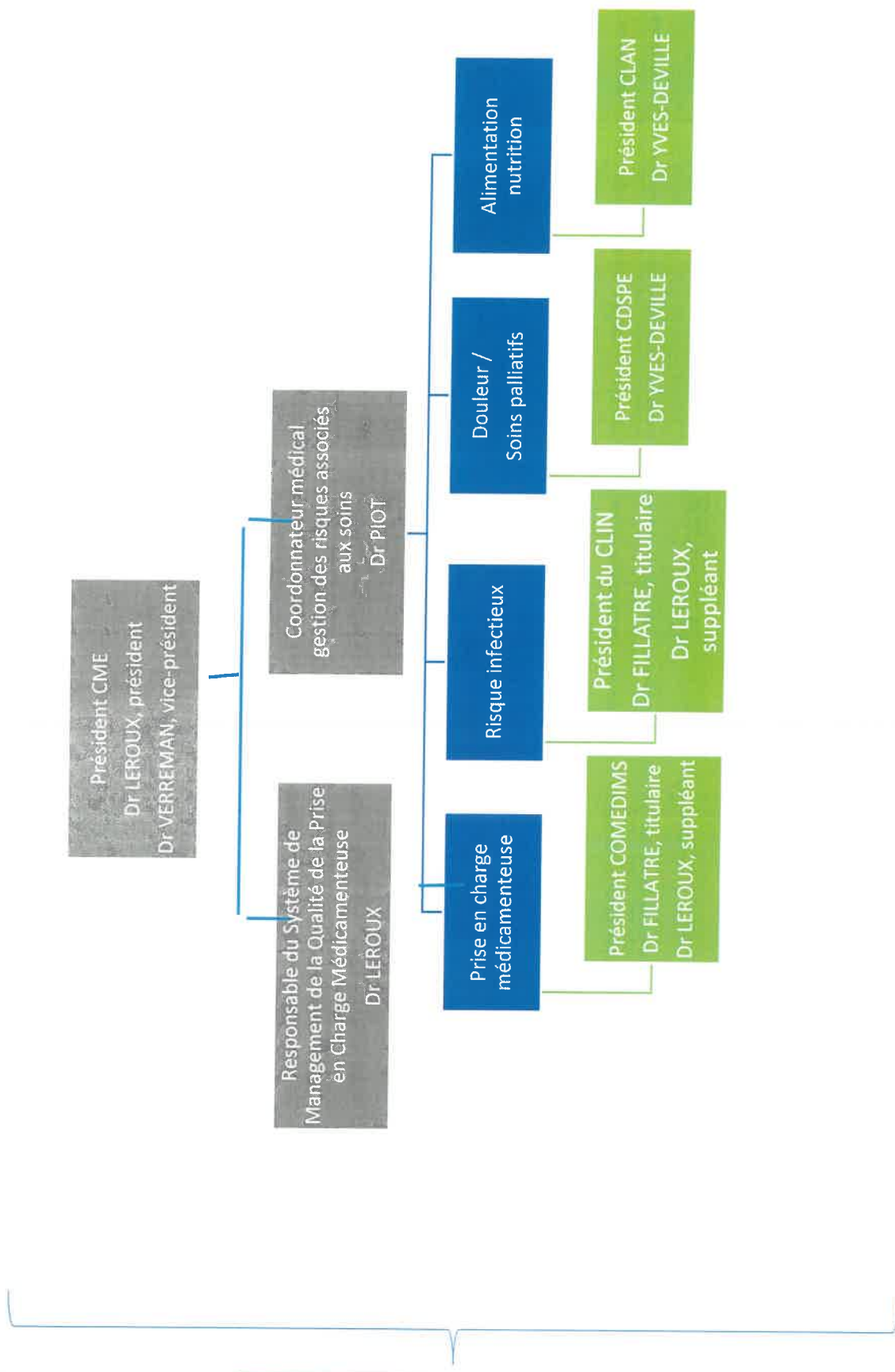
**VALIDATION AU CSE DU 10/03/2026**

**« Toute personne a le devoir de prendre part à la préservation et à l'amélioration de l'environnement »**  
(Article 2 de la charte de l'environnement – Loi constitutionnelle n°2005-205 du 1<sup>er</sup> mars 2005).

## **Annexe 11 : Organigramme gestion des risques associés aux soins**



# ORGANIGRAMME MEDICAL FONCTIONNEL GESTION DES RISQUES ASSOCIES AUX SOINS



**Fonction support**  
gestion des risques  
associés aux soins

Directeur des soins pour  
le volet « soins  
paramédicaux et  
médico-techniques »

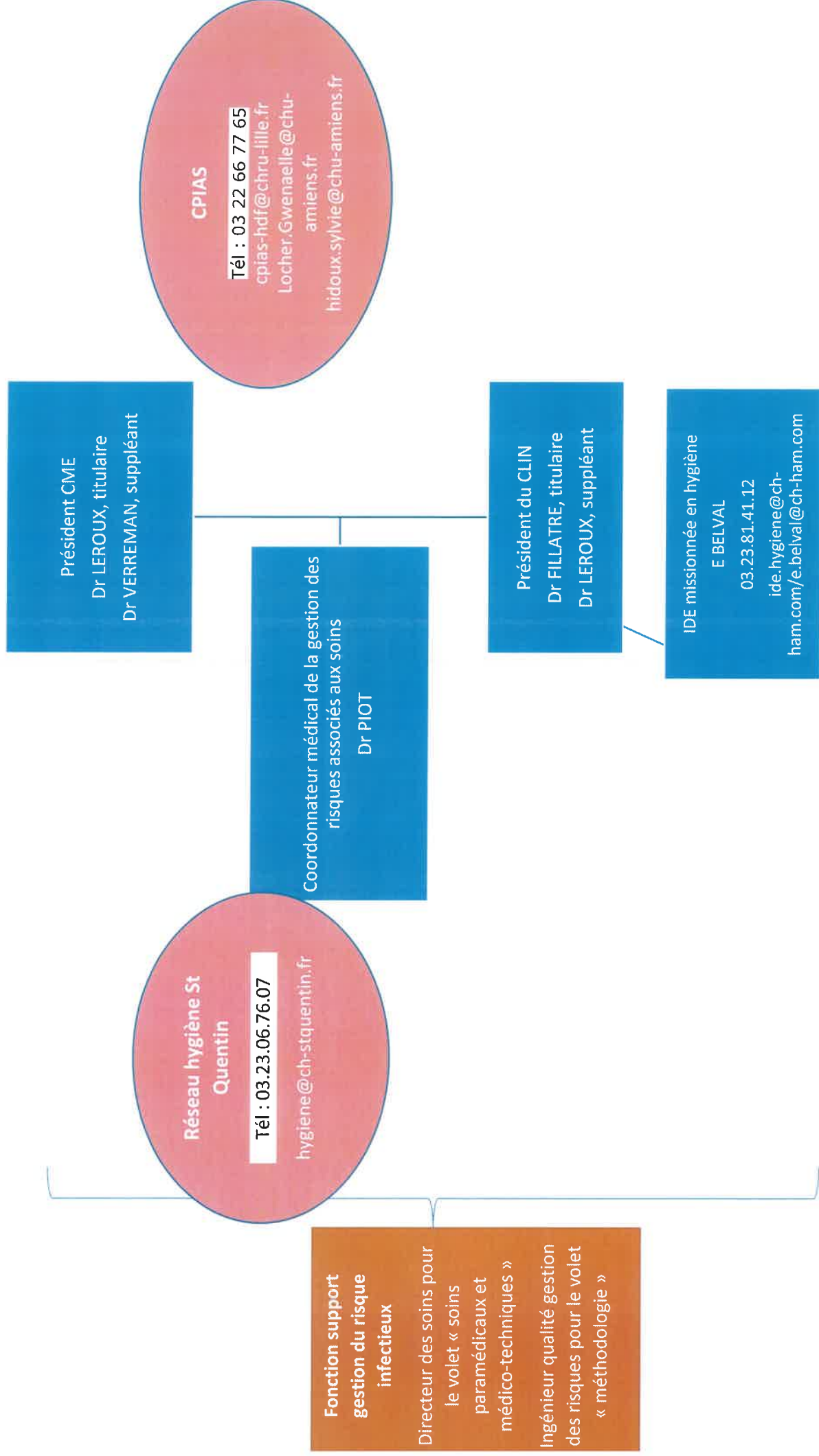
Ingénieur qualité gestion  
des risques pour le volet  
« méthodologie »

**Annexe 12 : Organigramme fonctionnel  
gestion du risque infectieux**



# ORGANIGRAMME FONCTIONNEL

## GESTION DU RISQUE INFECTIEUX



## **Annexe 13 : Liste des correspondants vigilance et référents institutionnels**



# CENTRE HOSPITALIER DE HAM

HAM, le 10/03/2025

2025 NS

## NOTE D'INFORMATION

Objet : diffusion référents institutionnels

Item	Référents	Coordonnées
<b>QUALITE GESTION DES RISQUES</b>		
Référent <b>identitovigilance</b>	Eric JACQUEMELLE, DSI	<a href="mailto:e.jacquemelle@ch-ham.com">e.jacquemelle@ch-ham.com</a> 03.23.81.40.10
Référents <b>matérovigilance et réactovigilance</b>	Dr Adrien FILLATRE, pharmacien CLMV titulaire, Dr Guillaume LEROUX, pharmacien CLMV suppléant	<a href="mailto:a.fillatre@ch-ham.com">a.fillatre@ch-ham.com</a> <a href="mailto:g.leroux@ch-ham.com">g.leroux@ch-ham.com</a> 03.23.81.40.07
Référents <b>pharmacovigilance</b>	Dr Adrien FILLATRE, pharmacien CLPV titulaire Dr Guillaume LEROUX, pharmacien CLPV suppléant	<a href="mailto:a.fillatre@ch-ham.com">a.fillatre@ch-ham.com</a> <a href="mailto:g.leroux@ch-ham.com">g.leroux@ch-ham.com</a> 03.23.81.40.07
<b>Responsable Système Management de la Qualité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQ PECM)</b>	Dr Guillaume LEROUX, pharmacien	<a href="mailto:g.leroux@ch-ham.com">g.leroux@ch-ham.com</a> 03.23.81.40.07
<b>Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins</b>	Dr Aymeric PIOT, chef de service médecine	<a href="mailto:a.piot@ch-ham.com">a.piot@ch-ham.com</a> 03.23.81.46.22
<b>Personne Compétence en Radioprotection (PCR)</b>	Damien LAPORTE, manipulateur radiologie	<a href="mailto:radiologie@ch-ham.com">radiologie@ch-ham.com</a> 03.23.81.41.41
<b>Délégué à la Protection des données (DPO)</b>	Mélodie PERROQUIN, PDO GHT Aisne Nord Haute Somme	<a href="mailto:DPO@ch-stquentin.fr">DPO@ch-stquentin.fr</a> 03.23.05.58.70
<b>Référent RGPD</b>	Emilie MESTON, directrice adjointe	<a href="mailto:e.meston@ch-ham.com">e.meston@ch-ham.com</a> 03.23.81.46.10

Item	Référents	Coordonnées
<b>RESSOURCES HUMAINES</b>		
<b>Référent violences au travail</b>	En attente de nomination	
<b>Référent égalité professionnelle</b>	En attente de nomination	
<b>Référent déontologie</b>	Emilie MESTON, DRH	<a href="mailto:e.meston@ch-ham.com">e.meston@ch-ham.com</a> 03.23.81.46.10
<b>Référent handicap pour les professionnels</b>	Référent handicap mutualisé régional, K Delannoy Eve GOUILLART, agent en charge de la formation et des retraites Justyna VANTELON, ingénieur qualité gestion des risques	<a href="mailto:rhm.fiphfp.fhf@gmail.com">rhm.fiphfp.fhf@gmail.com</a> 06.43.71.25.37 <a href="mailto:e.gouillart@ch-ham.com">e.gouillart@ch-ham.com</a> 03.23.81.40.04 <a href="mailto:j.vantelon@ch-ham.com">j.vantelon@ch-ham.com</a> 03.23.81.41.19

Item	Référents	Coordonnées
<b>DROITS DES USAGERS</b>		
<b>Médiateurs médicaux CDU</b>	Dr Albert TOUSSE, Praticien Hospitalier, membre titulaire Dr David TROSCZYNSKI, médecin DIM, membre suppléant	<a href="mailto:a.tousse@ch-ham.com">a.tousse@ch-ham.com</a> 03.23.81.40.44 <a href="mailto:d.troszczynski@ch-ham.com">d.troszczynski@ch-ham.com</a> 03.23.81.41.14
<b>Médiateur non médicaux CDU</b>	Audrey RUPA, cadre de santé SMR, titulaire Audrey OUASSIN, IDE RP, suppléant	<a href="mailto:a.rupa@ch-ham.com">a.rupa@ch-ham.com</a> 03.23.81.40.35
<b>Représentant des usagers</b>	Raymond BROSZNIOWSKI, titulaire Jean DELECUILLERIE, titulaire Suppléants : En attente de désignation	<a href="mailto:representations.80@gmail.com">representations.80@gmail.com</a>  <a href="mailto:delecueillerie@yahoo.fr">delecueillerie@yahoo.fr</a>
<b>Référent pour les activités physiques et sportives</b>	Jérémie MONTAY, professeur APA	<a href="mailto:j.montay@ch-ham.com">j.montay@ch-ham.com</a> 03.23.81.33.34 ou 03.23.81.40.49
<b>Référent handicap parcours usagers</b>	Amandine EMERY, ergothérapeute	<a href="mailto:a.emery@ch-ham.com">a.emery@ch-ham.com</a> 03.23.81.46.27

Item	Référents	Coordonnées
<b>PLAN DE GESTION DE CRISE</b>		
<b>Référent Situation Sanitaire Exceptionnelle (SSE)</b>	Eric JACQUEMELLE, DSI Justyna VANTELON, ingénieur qualité gestion des risques	<a href="mailto:e.jacquemelle@ch-ham.com">e.jacquemelle@ch-ham.com</a> 03.23.81.40.10 <a href="mailto:j.vantelon@ch-ham.com">j.vantelon@ch-ham.com</a> 03.23.81.41.19
<b>Médecin coordinateur Plan de Gestion des Tensions Hospitalières et des Situations Sanitaires Exceptionnelles (PGTHSSE)</b>	Dr Aymeric PIOT, Chef de service médecine, titulaire Suppléant : Médecin présent en médecine	<a href="mailto:a.piot@ch-ham.com">a.piot@ch-ham.com</a> 03.23.81.46.22
<b>Référent Plan de Sécurisation Etablissement (PSE)</b>	Clémentine DESCHAMPS, RSEL	<a href="mailto:c.deschamps@ch-ham.com">c.deschamps@ch-ham.com</a> 03.23.81.40.50
<b>Responsable sécurité des systèmes d'information (RSSI)</b>	Responsable de la sécurité du SI GHT : en attente nomination Responsable de la sécurité du SI local : Samuel LAPERGUE Référent de la sécurité du SI local : Johann NONIN	<a href="mailto:s.lapergue@ch-ham.com">s.lapergue@ch-ham.com</a> 03.23.81.40.03 <a href="mailto:j.nonin@ch-ham.com">j.nonin@ch-ham.com</a> 03.23.81.40.03
<b>Référent radicalisation et laïcité</b>	Emilie MESTON, DRH	<a href="mailto:e.meston@ch-ham.com">e.meston@ch-ham.com</a> 03.23.81.46.10

La directrice adjointe

Emilie MESTON

Destinataires : Tout service

## **Annexe 14 : Liste des thématiques et référents**

## LISTING DES THEMATIQUES NECESSITANT DES REFERENTS ET NOMBRE NECESSAIRE DE REFERENTS PAR ITEM ET SERVICE

Thématiques	MEDECINE			SSR			USID			HAD			RF			VG			SSIAD			fonction support	Total
	IDE	AS	ASH	IDE	AS	ASH	IDE	AS	ASH	IDE	AS	ASH	IDE	AS	ASH	ICO	AS	AS	Reéd				
Nutrition - sécurité alimentaire	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	0	1	17		
Bienveillance	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	2	2	3	26		
Dossier patient informatisé (DPI)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	2	2	0	19		
Douleur / SP	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	1	2	2	2	2	0	26		
Encadrement des stagiaires	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	1	4	1	2	2	0	0	0	22		
Risque infectieux	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	2	0	0	21		
Hygiène bucco-dentaire	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	2	2	0	0	17		
Gestion de la continence*	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	1	2	2	0	0	0	16		
Manutention *	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	1	1	3	1	1	1	2	2	2	20		
Matériorigilance	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	8		
Prise en charge médicamenteuse (PECM)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	0	0	0	0	10		
Chutes-contention	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	0	0	0	17		
Escarres et pansements	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	17		
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	<b>11</b>	<b>45</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>3</b>	<b>18</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>234</b>		

\* une IDE peut être rajoutée en fonction des possibilités des services

## **Annexe 15 : Tableau de bord des EPP**

**TABEAU DE BORD EPP**

SPECIALITES OU ACTIVITES CONCERNEES	THEMATIQUES	INTITULE DE LA DEMARCHE EPP	DATE DE DEBUT DE LA DEMARCHE		STADE EVALUATION	DATE DERNIERE EVALUATION	TYPE DE DEMARCHE	ETAT D'AVANCEMENT	AMELIORATION DES PRATIQUES	COMMUNICATION sur la DEMARCHE et les RESULTATS de la DEMARCHE
			Mois	Année						
MED, SSR, USLD, HAD, SIDPA, EHPAD	DROITS DU PATIENT	Evaluation des risques liés à la pratique de la contention et de son suivi	10	2005	10ème évaluation	janv-25	Audit clinique	Etape 5 : suivi régulier et benchmarking OU Organisation intégrée dans la routine, avec une amélioration continue	OUI	OUI
MED, SSR, USLD/EHPAD	PARCOURS DU PATIENT	Evaluation des risques liés aux chutes	7	2003	suivi d'indicateur trimestriel		Suivi d'indicateurs	Etape 3 : Mise en œuvre des actions d'amélioration OU Organisation formalisée, régulière, sans évaluation	OUI	OUI
MED/SSR/USLD/HAD/ EHPAD/SIDPA	PARCOURS DU PATIENT	Evaluation de la stratégie de prise en charge des escarres : prévention	4	2006	10ème évaluation	déc-21	Audit clinique	Etape 5 : suivi régulier et benchmarking OU Organisation intégrée dans la routine, avec une amélioration continue	OUI	OUI
MED/SSR/USLD/HAD/ EHPAD/SIDPA	PARCOURS DU PATIENT	Evaluation de la stratégie de prise en charge des escarres : traitement	4	2008	7ème évaluation	avr-24	Audit clinique	Etape 5 : suivi régulier et benchmarking OU Organisation intégrée dans la routine, avec une amélioration continue	OUI	OUI
MED/SSR/USLD/HAD/ EHPAD/SIDPA	PARCOURS DU PATIENT	Enquête de prévalence escarre	11	2009	14è évaluation	nov-25	Suivi d'indicateurs	Etape 5 : suivi régulier et benchmarking OU Organisation intégrée dans la routine, avec une amélioration continue	OUI	OUI
MED/SSR/USLD/HAD	PARCOURS PATIENT	Evaluation de parcours de patient selon des profils identifiés	10	2015	24 patients traceurs	2025	Autres	Etape 4 : Mesure de l'amélioration OU Organisation formalisée, évaluée avec actions d'amélioration ponctuelles	OUI	OUI
MED/SSR/USLD/HAD	PARCOURS PATIENT	Evaluation de parcours de patient selon des profils identifiés	10	2021	8 parcours traceur	2025	Autres	Etape 2 : En cours : Etape allant jusqu'à la définition du plan d'action OU Organisation formalisée, récente (< à 1 an)	OUI	OUI
MED/SSR/SMI/EHPAD/ RESTAURATION/ CONSULTATIONS EXTERNES	RISQUE INFECTIEUX	Evaluation précautions standards et complémentaires, respect de la procédure, audit déchet	8	2000	21ème évaluation	2025	Autres	Etape 5 : suivi régulier et benchmarking OU Organisation intégrée dans la routine, avec une amélioration continue	OUI	OUI
MED/SSR/USLD/EHPAD	RISQUE INFECTIEUX	Evaluation de la stratégie d'antibiothérapie dont réévaluation	2	2010	17ème évaluation	2025	Audit clinique	Etape 4 : Mesure de l'amélioration OU Organisation formalisée, évaluée avec actions d'amélioration ponctuelles	OUI	OUI
MED/SSR/USLD/EHPAD	RISQUE INFECTIEUX	Pertinence des cathéters sous cutanés en lien avec le CPIAS	6	2022	1ère évaluation	2022	Audit clinique	Etape 1 : En projet : Identification des enjeux, choix des références professionnelles, définition des objectifs du projet, constitution du groupe de travail OU Organisation débutante < à 6 mois et/ou non formalisée	NA	NON
MED/SSR/USLD	RISQUE INFECTIEUX	Enquête nationale de prévalence sur les IAS	6	2022	1ère évaluation	2022	Autres	Etape 1 : En projet : Identification des enjeux, choix des références professionnelles, définition des objectifs du projet, constitution du groupe de travail OU Organisation débutante < à 6 mois et/ou non formalisée	NA	NON

SPECIALITES OU ACTIVITES CONCERNEES	THEMATIQUES	INTITULE DE LA DEMARCHE EPP	DATE DE DEBUT DE LA DEMARCHE	STADE EVALUATION	DATE DERNIERE EVALUATION	TYPE DE DEMARCHE	ETAT D'AVANCEMENT	AMELIORATION DES PRATIQUES	COMMUNICATION sur la DEMARCHE et les RESULTATS de la DEMARCHE
MED/SMR/USLD/HAD	MANAGEMENT STRATEGIQUE	Enquete régionale RSQR HDF Bien-être	9 2018	1ère évaluation	2025	Autres	Etape 3 : Mise en œuvre des actions d'amélioration OU Organisation formalisée, régulière, sans évaluation	OUI	OUI
tout service	MANAGEMENT STRATEGIQUE	Diagnostic DD	2015	2ème évaluation	2022	Autres	Etape 4 : Mesure de l'amélioration OU Organisation formalisée, évaluée avec actions d'amélioration ponctuelles	OUI	OUI
MED	DENUTRITION	Evaluation du dépistage de la dénutrition et de la pertinence de PM des CNO	6 2025	1ère évaluation	2025	Audit clinique	Etape 3 : Mise en œuvre des actions d'amélioration OU Organisation formalisée, régulière, sans évaluation	OUI	OUI
SMR/USLD/MED	PECM	audit croisé RSQR HDF Anticoagulant	11 2024	1ère évaluation	2024	Réseau de santé	Etape 4 : Mesure de l'amélioration OU Organisation formalisée, évaluée avec actions d'amélioration ponctuelles	OUI	OUI
EHPAD	PECM	Audit choisir avec soins IPP et ECBU RSQR	11 2024	1ère évaluation	2024	Réseau de santé	Etape 4 : Mesure de l'amélioration OU Organisation formalisée, évaluée avec actions d'amélioration ponctuelles	OUI	OUI
MED/SSR/USLD/HAD/EHPAD	PECM	Audit Administration PAAM en HAD, administration en salle à manger	12 2021	1ème évaluation	2025	Audit clinique	Etape 4 : Mesure de l'amélioration OU Organisation formalisée, évaluée avec actions d'amélioration ponctuelles	OUI	OUI
MED/SSR/USLD/EHPAD	IDENTITIVIGILANCE	Enquete de prévalence bracelet identitovigilance	5 2014	15ème évaluation	2025	Suivi d'indicateurs	Etape 5 : suivi régulier et benchmarking OU Organisation intégrée dans la routine, avec une amélioration continue	OUI	OUI
MED/SSR/USLD/HAD/EHPAD	DOULEUR	évaluation et prise en charge de la douleur	5 2019	6ème évaluation	2025	Audit clinique	Etape 4 : Mesure de l'amélioration OU Organisation formalisée, évaluée avec actions d'amélioration ponctuelles	OUI	OUI



# **PROJET DES USAGERS CENTRE HOSPITALIER DE HAM**

## **2025-2028**

Version 2, 26/11/2025

Validé en CDU le 16/12/2025 et en CME le 4/12/2025

Présenté au Conseil de Surveillance le 16/12/2025

Présenté en CSIRMT le 15/12/2025



# Projet des usagers

## Table des matières

<b>Introduction</b> .....	3
<b>Cadre réglementaire</b> .....	3
<b>Méthodologie</b> .....	3
<b>Objectifs</b> .....	3
1. Développer l'implication des Représentants des Usagers, la Commission des Usagers et les associations de bénévoles dans la dynamique d'amélioration qualité .....	4
2. Favoriser l'exercice des droits des usagers .....	5
3. Favoriser la participation des usagers pour développer l'engagement du patient/expérience patient.....	6
4. Améliorer l'accessibilité de l'établissement aux usagers.....	8



## Introduction

Le projet des usagers du Centre Hospitalier de Ham décrit la politique mise en place afin d'améliorer l'accueil, la qualité et la sécurité de l'accompagnement des patients. Il participe au développement du respect des droits des usagers. Ce projet concerne les services de soins du centre hospitalier de Ham.

## Cadre réglementaire

Le décret n° 2016-726 du 1er juin 2016 relatif à la Commission Des Usagers (CDU) des établissements de santé donne la possibilité à la CDU d'élaborer un Projet des Usagers, après consultation des représentants des usagers et des représentants des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement et intervenant en son sein.

## Méthodologie

C'est un projet qui se veut le reflet des attentes et des besoins des usagers. Il associe l'ensemble des acteurs de santé pour élaborer et mettre en œuvre la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation.

Il a été élaboré en étroite collaboration avec les représentants des usagers (RU), les associations de bénévoles intervenant dans le cadre de la prise en charge en addictologie et les professionnels de santé en lien avec la CDU. La Commission médicale d'établissement (CME) a également été associée à la rédaction de ce projet.

Il s'inscrit dans la continuité de la politique qualité gestion des risques 2025-2028 et de la note d'orientation stratégique mise à jour en 2025.

Il se base notamment sur les résultats d'audit menés dans le cadre de la préparation à la certification et les rapports de la CDU des années précédentes. Un point d'avancement sur le projet sera réalisé annuellement en CDU.

Ce projet est mis à disposition des professionnels via le logiciel de gestion documentaire et aux usagers via le site internet.

## Objectifs

Le projet se décline autour de 4 objectifs :

1. **Développer l'implication des représentants des usagers, des associations des bénévoles et de la commission des usagers dans la dynamique d'amélioration qualité**
2. **Favoriser l'exercice des droits des usagers**
3. **Favoriser la participation des usagers pour développer l'engagement du patient / expérience patient**
4. **Améliorer l'accessibilité de l'établissement aux usagers**



## 1. Développer l'implication des Représentants des Usagers (RU), des associations de bénévoles et de la Commission Des Usagers (CDU)

L'analyse des « patients traceurs » révèlent que les patients et les professionnels méconnaissent les RU, leurs missions ainsi que le rôle de la CDU. Afin d'améliorer la visibilité et la connaissance des RU et de la CDU, différentes actions ont été identifiées :

### 1. Impliquer les représentants des usagers dans la création ou la validation des projets institutionnels

Les représentants des usagers seront impliqués dans la création ou l'élaboration du Schéma Directeur Immobilier, du projet d'établissement (projet médico-soignant, qualité gestion des risques, ...) ou d'autres documents institutionnels (règlement intérieur, livret d'accueil, ...).

### 2. Faire participer les membres de la CDU aux journées à thème

L'établissement organise annuellement plusieurs journées à thème pour les professionnels et les usagers : journée douleur, Soins Palliatifs, sécurité patient, droits des usagers... L'objectif est de faire participer annuellement un RU à l'un de ces évènements.



### 3. Améliorer la communication autour des missions et de la composition de la CDU

Il s'agira d'utiliser les différents canaux de communication : affichage de la composition dans les chambres, amélioration de l'information intégrée dans le livret d'accueil, amélioration de la visibilité de la CDU sur le site internet.

Après chaque CDU, un relevé de conclusions sera réalisé et diffusé dans les services.



#### **4. Promouvoir l'implication des représentants des usagers lors des plaintes et réclamations**

Il s'agira également de systématiser l'information de la possibilité d'accompagnement par le RU en cas de plainte ou réclamation.

#### **5. Promouvoir l'implication des associations de bénévoles dans la dynamique d'amélioration qualité**

Les associations de bénévoles d'abstinents volontaires (Croix Bleue, AA, Entraid'addict) interviennent dans le cadre des accompagnements de sevrage complexe et d'Hopital de Jour. Annuellement, il est proposé de réaliser une rencontre avec les bénévoles pour analyser ensemble les résultats des questionnaires de satisfaction et expérience patient et identifier des axes d'amélioration.

## **2. Favoriser l'exercice des droits des usagers**

### **1. Informer le patient sur ses droits dès l'admission**

Suite aux « patients traceurs », les usagers indiquent être peu informés de leurs droits. L'un des objectifs est de mettre à jour les données du livret d'accueil et de poursuivre la sensibilisation des équipes pour expliquer les droits des patients au fur et à mesure du séjour.

### **2. Former et sensibiliser les professionnels sur les droits des usagers**

Pour pouvoir informer les patients et répondre à leurs interrogations, il s'avère nécessaire :

- D'intégrer une formation annuelle sur les droits des usagers dans le plan de formation ;
- De réaliser une journée sur la thématique des droits des usagers tous les ans ;
- D'élaborer des fiches réflexes sur les droits des usagers par thématique (thématiques choisies par la CDU).

### **3. Focus sur les directives anticipées**

De manière générale sur l'ensemble des services, les patients interrogés lors des patients traceurs ne sont pas informés de leur droit de rédiger des directives anticipées (DA).



Les directives anticipées =

• vos dernières volontés

C'est un droit\*

aide les médecins, le moment venu, à prendre leurs décisions sur les soins à donner si vous ne pouvez plus exprimer vos volontés

Déclaration écrite

Sans limite de durée

Modifiables et révocables à tout moment

• sur les soins en fin de vie

Traitements

Actes médicaux

Situations de fin de vie

Assistance respiratoire

Réanimation

Nutrition et/ou hydratation artificielles

Dialyse

Autres



Poursuite

Arrêt

Limitation

Refus

\* Loi n° 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, modifiée par la loi n° 2 février 2016 (dépôt de nouvelles directives en faveur des malades et des personnes en fin de vie)

Il s'agira dans un premier de temps de poursuivre la sensibilisation des professionnels sur les directives anticipées.

Puis en lien avec la CDU et le CDSPE :

- Mettre à jour la procédure d'information et de recueil des DA
- Simplifier le formulaire de recueil des DA
- Utiliser des outils pour accompagner l'information des usagers : flyers DA, jeux de cartes, ....
- Mettre en place un outil de recueil expérience patient sur les DA

#### 4. Poursuivre le travail en lien avec le COPIL bientraitance

Depuis 2022, un RU participe au COPIL bientraitance qui se réunit trois fois par an.

Dans ce cadre, il s'agit de mener des travaux en étroite collaboration avec la CDU notamment sur les axes stratégiques suivants :

- Elaborer et mettre à jour la charte bientraitance ;
- Intégrer un RU dans l'élaboration de la cartographie des risques maltraitance et dans les différentes actions de sensibilisation sur la bientraitance ;
- Elaborer et mettre à jour la procédure « gestion des situations à risque ou suspicion de maltraitance » ;
- Analyser les FEI en lien avec des situations à risque ou suspicion de maltraitance et formaliser le plan d'actions.



### 3. Favoriser la participation des usagers pour développer l'engagement du patient / expérience patient

#### 1. Poursuivre le travail sur l'amélioration de l'analyse des questionnaires de sortie

Un changement d'organisation concernant l'analyse des questionnaires de sortie a été réalisé en 2024 afin d'obtenir les résultats de manière mensuelle et non plus annuellement. Ces efforts sont à poursuivre afin :

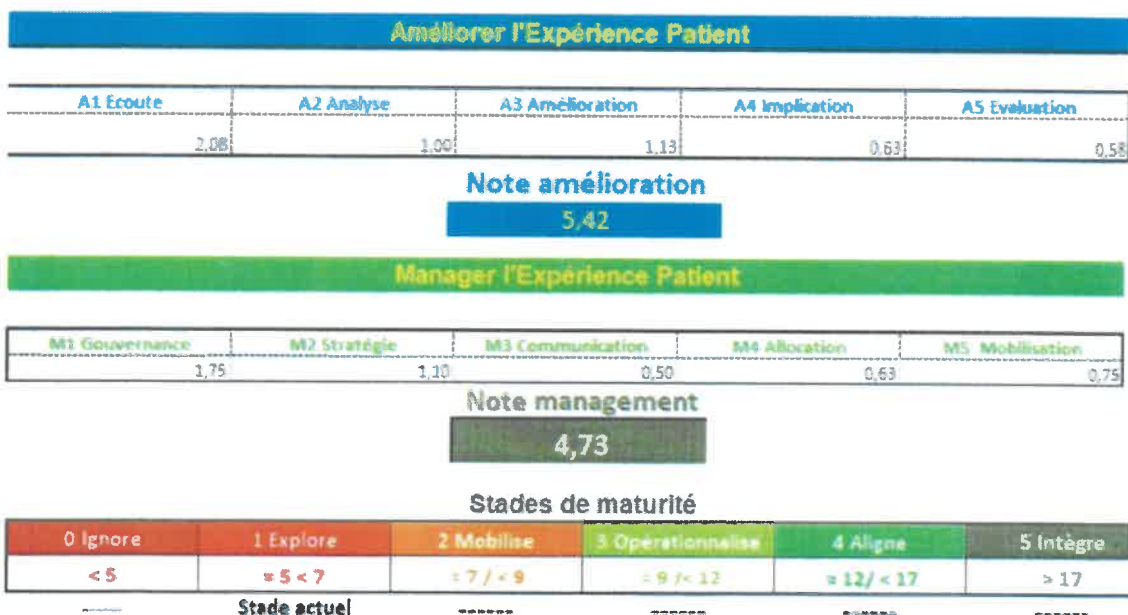
- D'améliorer le taux de retour des questionnaires de sortie médecine-SMR-HAD
- D'augmenter les sources d'informations en participant au recueil e-satis MED-SMR
- De réaliser une analyse semestrielle des résultats quantitatifs des éloges et plaintes avec définition d'un plan d'actions en lien avec la CDU



#### 2. Développer les démarches en lien avec l'expérience patient

La démarche expérience patient est coordonnée par l'ingénieur qualité en lien avec le directeur des soins.

Un autodiagnostic de l'expérience patient (outil proposé par le prestataire Corpus learning lors de la journée expérience patient de l'Institut Français de l'Expérience Patient de juin 2023) a été réalisé en 2024 en groupe de travail associant les représentants des usagers et les professionnels. (cf. annexe 1 )





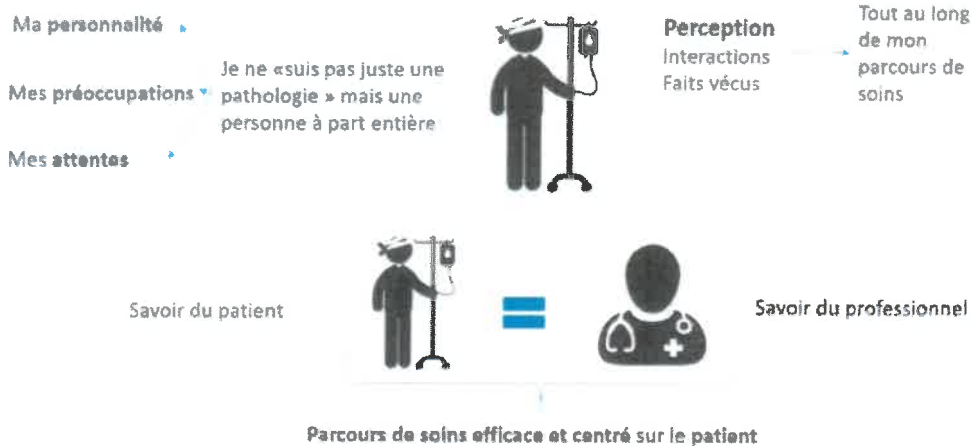
Ces résultats témoignent du degré de progression.

Les principaux axes d'amélioration identifiés sont les suivants :

- Former/sensibiliser les professionnels à l'expérience patient
- Développer les patients traceurs notamment en USLD
- Mettre en place une démarche expérience patient sur les deux services prioritaires :
  - Addictologie (témoignages patients – focus groups, ...)
  - ETP diabète (questionnaire évaluation de la qualité des soins perçus /PREMS, ...)
- Faire un point sur l'état d'avancement de l'expérience patient à chaque CDU

## Expérience patient

Un **CHANGEMENT** de perspective dans la **RELATION** entre le professionnel de santé et le patient





## 4. Développer l'accessibilité de l'établissement aux usagers

### 1. Améliorer la signalétique

La signalétique de l'établissement est à améliorer afin de faciliter les déplacements des patients et des familles au sein de l'établissement notamment :

- La signalétique externe ;
- La signalétique interne vers les consultations externes et la radiologie ;
- La signalétique au sein du bâtiment principal d'hospitalisation.

### 2. Développer l'accès pour les personnes en situation de handicap

Un référent handicap parcours patient a été identifié, il s'agira de faire connaître ses missions auprès des usagers et des professionnels.

L'une de ses premières missions pourrait être de réaliser l'audit accessibilité de France Assos Santé afin d'identifier les différentes actions d'amélioration du point de vue des usagers. (cf annexe 2 )

Une des premières actions à mener concerne notamment le respect des places de stationnement pour les personnes en situation de handicap.

Fait à Ham, le 16.1.12.2025

Le Directeur général  
CENTRE HOSPITALIER DE HAM  
Le Directeur  
C. BLANCHARD  
55, rue de Verdun - 80400 HAM  
Christophe BLANCHARD

Le Président de la CDU  
Raymond BROSNIOWSKI

Le président de la CME  
CENTRE HOSPITALIER DE HAM  
Le Président  
Dr. Guillaume MEROUX  
55, rue de Verdun - 80400 HAM



## **Annexes**

Résultats audit expérience patient

Grille d'audit accessibilité de France Assos Santé

## Auto diagnostic " Expérience Patient "

**Attention pour choisir une case il faut taper "1" (une seule case doit être remplie !)**

Améliorer l'expérience patient (Actions concrètes réalisées au quotidien)		---	-	+	++	Score	Contrôle
<b>A1 : Ecoute (6)</b>							
Le personnel incite les patients à utiliser les questionnaires de satisfaction mis à leur disposition PC diffusion questionnaire de sortie MED-SSR - même si les taux de retour sont à améliorer excepté pour addictologie							
1				1		2	1
On attache beaucoup d'importance à la partie libre de l'entretien avec les patients-traceurs							
1						0,5	1
Les instances dirigeantes sont à l'écoute de ce que rapportent les représentants des usagers sur l'expérience patient (ex : rapport, réunion dédiée)							
Il existe des moyens spécifiques et formalisés de recueil de l'expérience patient au sein de l'établissement (questionnaire de sortie manque USLD, reprises des commentaires issus des questionnaires dans bilan des éloges et plaintes au niveau direction et au niveau des cadres, formulaires possibles via internet, ...) je sais à développer							
1				1		2	1
Le personnel invite les patients à utiliser les moyens mis à disposition pour le recueil de leur expérience (site web, mail, ...)							
1						4	1
L'expérience est recueillie selon les termes et les représentations (étapes, ...) exprimés par le patient							
<b>A2 : Analyse (5)</b>							
Les questionnaires de satisfaction recueillis sont partagés et analysés avec les équipes travail en cours sur le circuit des questionnaires de sortie MED-SSR							
1				1		1	1
L'Expérience Patient recueillie est partagée et analysée avec les équipes							
1						0,5	1
L'analyse de l'expérience ne se limite pas au parcours de soins classique (et intègre vie professionnelle, sociale, affective)							
Nous nous efforçons de construire (d'après l'analyse de l'expérience) des groupes-types de patients ("personae") ex : médecine = médecine polypatho - sevrage complexe							
1				1		0,5	1
Nous nous efforçons de tirer de l'analyse, une cartographie des moments clés (positifs ou dysfonctionnels)							
<b>A3 : Amélioration (4)</b>							
Les avis et propositions de la CDU débouchent sur des actions concrètes, traçables et suivies faire des relevés de décisions suite à la CDU							
1				1		1	1
L'analyse de la satisfaction débouche sur des actions concrètes, traçables et suivies							
1						0,5	1
Le recueil de l'Expérience Patient débouche sur des actions concrètes, traçables et suivies							
1				1		1	1
Toutes ces actions s'inscrivent dans un plan d'action coordonné							
<b>A4 : Implication (4)</b>							
Les actions d'amélioration de l'Expérience Patient sont conçues avec les équipes concernées par leur mise en œuvre							
1				1		0,5	1
Des patients sont impliqués dans l'élaboration des actions d'amélioration de l'Expérience Patient							
1						1	1
Les unités concernées sont responsables de la mise en œuvre des actions d'amélioration de l'Expérience Patient							
1						0,5	1
Des patients sont systématiquement impliqués dans les projets nouveaux ayant un impact sur l'expérience Patient							
<b>A5 : Evaluation (6)</b>							
Des engagements en matière d'Expérience Patient existent et sont explicités en terme de résultat attendu							
1						0,5	1
Chaque des actions retenues est évaluée sous l'angle de la valeur créée, des ressources consommées et de son opportunité							
1						0,5	1
Il existe un tableau de bord de suivi des actions engagées							
1						0,5	1
Ce tableau de bord est communiqué à la Direction							
1						0,5	1
L'impact des actions d'amélioration de l'Expérience Patient sur les conditions de travail et le vécu des personnels est évalué							
1						0,5	1
Le respect des engagements pris en matière d'Expérience Patient est évalué							
1						0,5	1
						<b>Score A1</b>	
						<b>Score A2</b>	
						<b>Score A3</b>	
						<b>Score A4</b>	
						<b>Score A5</b>	
						<b>2,08</b>	
						<b>1,00</b>	
						<b>1,13</b>	
						<b>0,63</b>	
						<b>0,58</b>	

**Attention pour choisir une case il faut taper "1" (une seule case doit être remplie !)**

**Manager l'expérience patient**  
(Transformer l'établissement dans la durée)

	--	-	=	+	++	Score	Contrôle
<b>M1 : Gouvernance (4)</b>							
L'Expérience Patient est un thème porté à l'ordre du jour du Conseil de surveillance ou d'administration et débattu explicitement - non abordé à ce jour ni dans le cadre de la CDU de territoire	1					0,5	1
La Direction s'engage sur des objectifs d'Expérience Patient formalisés et actualisés	1					0,5	1
Il existe un responsable ou une instance spécifiquement chargée de l'Expérience Patient ou, cf PMS obj 22 réfèrent du projet médico-soignant = Ingénieur qualité				1		4	Score M1
D'autres instances de l'établissement (CME, CSE, ...) sont impliquées dans la démarche d'amélioration de l'Expérience Patient pour le moment évoqué seulement lors des CDU et COPIL mais à inscrire dans les ODI de CME/CSIRMIT				1		2	1,75
<b>M2 : Stratégie (4)</b>							
L'Expérience Patient est un des axes stratégique explicite de l'établissement, intégré dans l'objectif 22 du PMS				1		2	1
Les personnels sont conscients de l'importance de l'Expérience Patient dans la stratégie de l'établissement		1				1	1
Des services/pôles contribuent à l'élaboration de la stratégie d'Expérience Patient		1				1	1
La mise en œuvre de la stratégie d'Expérience Patient fait l'objet d'un suivi spécifique par la Direction	1					0,5	Score M2
L'expérience patient est au cœur de la culture de l'établissement		1				1	1,1
<b>M3 : Communication (4)</b>							
Les personnels soignants et non-soignants sont activement sensibilisés aux enjeux de l'Expérience Patient	1					0,5	1
Les engagements en termes d'Expérience Patient sont clairement communiqués aux personnels	1					0,5	1
Le(s) responsable(s) de la démarche Expérience Patient est/sont connu(s) de tous	1					0,5	Score M3
Les engagements en termes d'Expérience Patient sont clairement communiqués aux usagers (website, livret d'accueil, ...)	1					0,5	0,50
<b>M4 : Allocation (4)</b>							
Du temps dédié au recueil et à l'amélioration de l'Expérience Patient est spécifiquement alloué au personnel				1		1	1
Des ressources logistiques sont allouées à l'Expérience Patient	1					0,5	1
Des ressources financières sont allouées à l'Expérience Patient	1					0,5	Score M4
Ces ressources s'inscrivent dans un budget global dédié à l'Expérience Patient	1					0,5	0,63
<b>M5 : Mobilisation (4)</b>							
Les personnels sont formés au recueil de l'Expérience Patient formation pour encadrement médecin responsable prévue en S2 2024				1		1	1
Le recueil et l'analyse de l'Expérience Patient sont systématiquement intégrés aux tâches des équipes	1					0,5	1
L'amélioration de l'Expérience Patient est un thème spécifiquement traité dans les réunions de travail des équipes	1					0,5	Score M5
La contribution à l'amélioration de l'Expérience Patient fait partie des éléments pris en compte dans l'évaluation individuelle des personnels				1		1	0,75

THÉMATIQUES	CE QUE VOUS POUVEZ RETROUVER SUR LE TERRAIN	POINTS OBSERVÉS OU NON COCHER SI OUI	COMMENTAIRES
ACCESSIBILITÉ	Signalétique des parkings et accès Parking accessible <i>(nombre de places, disposition des places au plus près des accès bâtiments, rampe d'accès, indication de l'entrée, bande podotactile...)</i>		
	Rampe d'accès <i>(existence, inclinaison de la pente acceptable...)</i> , bateaux aux trottoirs		
	Accessibilité via les transports en commun <i>(distance, fréquence, voirie)</i>		
	Levée des différentes barrières qui pourraient entraver l'accès aux lieux et aux services Ascenseur adapté <i>(taille, bouton en braille, enceinte indiquant oralement l'arrivée à l'étage...)</i>		
	Accueil : matériel / mobilier est adapté <i>(guichets à hauteur adaptée, place pour se déplacer en fauteuil roulant, hygiaphone ...)</i>		
LOCAUX	Existence de chambre pour patient ayant un déficit moteur au sein de l'établissement		
	Mise à disposition de fauteuils roulants à l'entrée de l'établissement Consultation / Salle de soins : matériel / mobilier est adapté <i>(bureau à hauteur adaptée, table d'examen à hauteur variable, place pour se déplacer en fauteuil roulant...)</i>		
ACCOMPAGNEMENT	Identification et communication d'un référent handicap ou d'une équipe mobile le cas échéant Les personnes atteintes de handicap peuvent être accompagnées tout au long de leur parcours <i>(famille, institution, association...)</i>		
INFORMATION POUR S'ORIENTER EN INTERNE	Fléchage adapté (couleurs contrastées, taille des écritures, présence de pictogrammes, braille, en FALC...)		
	Mise à disposition d'un professionnel pour guider/accompagner le patient Existence d'un plan interactif ou d'une application accessible ou s'orienter dans l'établissement		
ORGANISATION POUR FACILITER L'ACCUEIL ET L'ORIENTATION	Site Internet accessible à tout type de handicap <i>(FALC, pictogramme, contraste de couleur, lecture à voix haute...)</i> Numéro de téléphone unique et e-mail/SMS/fax pour faciliter l'information de ces personnes est affiché et/ou communiqué <i>(livret d'accueil, site internet, autres documents...)</i>		

TRÉMATIQUES	POINTS OBSERVÉS OU NON	COMMENTAIRES
<p><b>OUTILS</b></p> <p><b>DE</b></p> <p><b>COMMUNICATION</b></p> <p><b>ADAPTÉS</b></p>	<p>Charte de la personne hospitalisée en braille (mise à disposition ou information à qui la demander)</p> <p>Documents d'information mis à disposition ( en FALC - Facile à Lire et A Comprendre type ma BD en santé, handicconnect...)</p> <p>Le livret d'accueil est tout ou partie en FALC - Facile à Lire et A Comprendre- ( écrit par des personnes formées et validées par des personnes atteintes de handicap correspondant) sur demande en plus du livret d'accueil "ordinaire".</p> <p>Livret d'accueil en version audio et/ou en format numérique adapté</p> <p>Documents d'information (en FALC - Facile à Lire et A Comprendre type ma BD en santé, handicconnect...) sur la pathologie, la prise en charge...</p> <p>Information sur la présence de personne diplômée en langue des signes (ou possibilité de faire appel à une association ou autre interprète)</p> <p>Installation de boucles magnétiques pour l'accueil de personnes malentendantes</p> <p>Les professionnels s'adressent directement à la personne atteinte de handicap et le vocabulaire est adapté à son niveau de compréhension</p>	
<p><b>ACCUEIL ADAPTÉ</b></p>	<p>Circuit identifié qui priorise la prise en charge des personnes atteintes de handicap</p> <p>Agents d'accueil sensibilisés aux handicaps</p> <p>Annonces sonores et visuelles (à l'entrée de l'établissement, en salle d'attente, ...)</p> <p>Etablissement déployant le dispositif HANDICONSULT</p> <p>Existence d'espaces d'attente appropriés (si besoin, séparés de la salle d'attente commune si le dimensionnement le permet)</p>	
<p><b>ACCUEIL ADAPTÉ AUX URGENCES</b></p>	<p>Signature de la charte Romain Jacob et affichage aux endroits de passage</p> <p>Affichage de logos d'identification des différents handicaps (en fonction de l'accessibilité développée dans l'établissement)</p> <p>Livret d'accueil intégrant la politique de l'établissement en matière de prise en charge de personnes vivant avec un handicap</p>	
<p><b>PILOTAGE</b></p>	<p>Affichage ou dépliant sur des réseaux partenaires (associations, convention avec des ESMS, dispositifs locaux...)</p>	