



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

| | |
|--|----------|
| Introduction | 3 |
| Cadre réglementaire | 3 |
| Méthodologie | 3 |
| Objectifs | 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.



JOURNÉE SÉCURITÉ DU PATIENT

100% le cadre de la sécurité résidents de la Sécurité des Usagers

Judi 19 septembre 2024 de 10h à 16h
AU RESTAURANT DU PERSONNEL

Améliorer le diagnostic pour la sécurité des patients

- 9h-10h** Simulation – comment passer l'information concernant le diagnostic entre professionnels –
- 10h-11h** Information / relation de confiance avec le patient
- 11h-12h** Quiz sur les outils du diagnostic
- 12h-13h** Challenge en équipe sur l'information du patient concernant son traitement

et en bonus Atelier de 14h00 à 15h30 en salle de CA animé par Bruno Gallien (facilitateur graphique) sur le thème de la communication avec le patient. (limité à 12 personnes).

Inscriptions auprès du cadre ou responsable de secteur avant le 9 septembre 2024



Journée Droits des Usagers
17 juin 2025 de 10h à 16h
Hall d'animation Résidence Fleurie

BIEN-TRAITANCE
Information implication patient/résident
Instances des usagers
Expression des usagers
Mesures de protection
Directives anticipées
Personnes confiance

Journée à destination des résidents, patients, familles et visiteurs

N'HÉSITEZ PAS !
Venez-vous enregister!

Droits des usagers



Journée Soins Palliatifs
Je compte
Aide à vivre

Judi 14 Novembre 2024
10h - 16h
au Centre Hospitalier de Ham

10h-12h Ateliers
- Directives anticipées
- Personne de confiance
- Soins de support
- Thérapeutiques en fin de vie
- Distinction soins palliatifs et fin de vie

14h - 16h
Témoignage et
les soins palliatifs à domicile

Comité Douleur - Soins Palliatifs - Ethique - Centre Hospitalier de Ham

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*

Déclaration écrite

Sans limite de durée

Modifiables et révocables à tout moment

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

• 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

*la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, renforcée par la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits 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)

Améliorer l'Expérience Patient

| A1 Ecoute | A2 Analyse | A3 Amélioration | A4 Implication | A5 Evaluation |
|-----------|------------|-----------------|----------------|---------------|
| 2,08 | 1,00 | 1,13 | 0,63 | 0,58 |

Note amélioration

5,42

Manager l'Expérience Patient

| M1 Gouvernance | M2 Stratégie | M3 Communication | M4 Allocation | M5 Mobilisation |
|----------------|--------------|------------------|---------------|-----------------|
| 1,75 | 1,10 | 0,50 | 0,63 | 0,75 |

Note management

4,73

Stades de maturité

| 0 Ignore | 1 Explore | 2 Mobilise | 3 Opérationnalise | 4 Aligne | 5 Intègre |
|----------|-----------|------------|-------------------|-------------|-----------|
| < 5 | = 5 < 7 | = 7 / < 9 | = 9 / < 12 | = 12 / < 17 | > 17 |

Stade actuel



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)

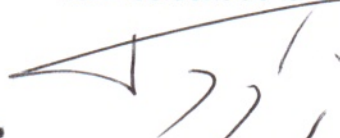
Une des premières actions à mener concerne notamment le respect des places de stationnement pour les personnes en situation de handicap.

Fait à Ham, le 16.11.2025

Le Directeur général



Le Président de la CDU


Raymond BROSNIOWSKI

Le président de la CME





Annexes

Résultats audit expérience patient

Grille d'audit accessibilité de France Assos Santé





| 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...), bateaux aux trottoirs</i> | | |
| | 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 <i>(Ascenseur adapté (taille, bouton en braille, enceinte indiquant oralement l'arrivée à l'étage...)</i> | | |
| LOCAUX | Accueil : matériel / mobilier est adapté <i>(guichets à hauteur adaptée, place pour se déplacer en fauteuil roulant, hygiaphone...)</i> | | |
| | 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 <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> | | |

| COMMUNICATION | Outils | | |
|-----------------------------|---|--|--|
| ADAPTÉS | <p>DE</p> <p>Charte de la personne hospitalisée en braille <i>(mise à disposition ou information à qui la demander)</i></p> <p>Documents d'information mis à disposition <i>(en FALC - Facile à Lire et à Comprendre type ma BD en santé, handiconnect...)</i></p> <p>Le livret d'accueil est tout ou partie en FALC - Facile à Lire et à Comprendre- <i>(écrit par des personnes formées et validées par des personnes atteintes de handicap correspondant) sur demande en plus du livret d'accueil "ordinaire"</i>.</p> <p>Livret d'accueil en version audio et/ou en format numérique adapté</p> <p>Documents d'information <i>(en FALC - Facile à Lire et à Comprendre type ma BD en santé, handiconnect...)</i> sur la pathologie, la prise en charge...</p> <p>Information sur la présence de personne diplômée en langue des signes <i>(ou possibilité de faire appel à une association ou autre interprète)</i></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> | | |
| ACCUEIL ADAPTÉ | <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 <i>(à l'entrée de l'établissement, en salle d'attente...)</i></p> <p>Etablissement déployant le dispositif HANDICONSULT</p> | | |
| ACCUEIL ADAPTÉ AUX URGENCES | <p>Existence d'espaces d'attente appropriés <i>(si besoin, séparés de la salle d'attente commune si le dimensionnement le permet)</i></p> <p>Signature de la charte Romain Jacob et affichage aux endroits de passage</p> | | |
| PILOTAGE | <p>Affichage de logos d'identification des différents handicaps <i>(en fonction de l'accessibilité développée dans l'établissement)</i></p> <p>Livret d'accueil intégrant la politique de l'établissement en matière de prise en charge de personnes vivant avec un handicap</p> | | |
| RÉSEAU | <p>Affichage ou dépliant sur des réseaux partenaires <i>(associations, convention avec des ESMS, dispositifs locaux...)</i></p> | | |

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 |
|--|--|----|---|---|----|-------|----------|
| A1 : Ecoute (6) | | | | | | | |
| 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 | | 2 | 1 |
| On attache beaucoup d'importance à la partie libre de l'entretien avec les patients-traceurs | | | | | | | |
| | | | | 1 | | 2 | 1 |
| Les instances dirigeantes sont à l'écoute de ce que rapportent les représentants des usagers sur l'expérience patient (ex : rapport, réunion dédiée) | | | | | | | |
| | | | | | | 0,5 | 1 |
| 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, ...) e satis à développer | | | | | | | |
| | | | | 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 | | 2 | 1 |
| L'expérience est recueillie selon les termes et les représentations (étapes, ...) exprimés par le patient | | | | | | | |
| | | | | 1 | | 4 | 1 |
| A2 : Analyse (5) | | | | | | | |
| 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 |
| 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) | | | | | | | |
| | | | | 1 | | 0,5 | 1 |
| 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 | | 2 | 1 |
| Nous nous efforçons de tirer de l'analyse, une cartographie des moments clés (positifs ou dysfonctionnels) | | | | | | | |
| | | | | 1 | | 1,00 | 1 |
| A3 : Amélioration (4) | | | | | | | |
| 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 | | 2 | 1 |
| L'analyse de la satisfaction débouche sur des actions concrètes, traçables et suivies | | | | | | | |
| | | | | 1 | | 1 | 1 |
| Le recueil de l'Expérience Patient débouche sur des actions concrètes, traçables et suivies | | | | | | | |
| | | | | 1 | | 0,5 | 1 |
| Toutes ces actions s'inscrivent dans un plan d'action coordonné | | | | | | | |
| | | | | 1 | | 1 | 1 |
| A4 : Implication (4) | | | | | | | |
| Les actions d'amélioration de l'Expérience Patient sont conçues avec les équipes concernées par leur mise en œuvre | | | | | | | |
| | | | | 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 | | | | | | | |
| | | | | 1 | | 0,5 | 1 |
| A5 : Evaluation (6) | | | | | | | |
| 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 | | 0,58 | 1 |

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)

M1 : Gouvernance (4)

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
La Direction s'engage sur des objectifs d'Expérience Patient formalisés et actualisés
Il existe un responsable ou une instance spécifiquement chargée de l'Expérience Patient ou cf PMS obj 22 référent du projet médico-soignant = ingénieur qualité
D'autres instances de l'établissement (CME, CSF, ...) 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/GSIRMT

| | -- | - | + | ++ | Score | Contrôle |
|--|----|---|---|----|-------|----------|
| | 1 | | | | 0,5 | 1 |
| | 1 | | | | 0,5 | 1 |
| | | | 1 | | 4 | Score M1 |
| | | | 1 | | 2 | 1,75 |

M2 : Stratégie (4)

L'Expérience Patient est un des axes stratégique explicite de l'établissement intégré dans l'objectif 22 du PMS
Les personnels sont conscients de l'importance de l'Expérience Patient dans la stratégie de l'établissement
Des services/pôles contribuent à l'élaboration de la stratégie d'Expérience Patient
La mise en œuvre de la stratégie d'Expérience Patient fait l'objet d'un suivi spécifique par la Direction
L'expérience patient est au cœur de la culture de l'établissement

| | -- | - | + | ++ | Score | Contrôle |
|--|----|---|---|----|-------|----------|
| | | 1 | | | 2 | 1 |
| | | 1 | | | 1 | 1 |
| | | 1 | | | 1 | 1 |
| | 1 | | | | 0,5 | Score M2 |
| | | | | | 1,1 | 0 |

M3 : Communication (4)

Les personnels soignants et non-soignants sont activement sensibilisés aux enjeux de l'Expérience Patient
Les engagements en termes d'Expérience Patient sont clairement communiqués aux personnels
Le(s) responsable(s) de la démarche Expérience Patient est/sont connu(s) de tous
Les engagements en termes d'Expérience Patient sont clairement communiqués aux usagers (website, livret d'accueil, ...)

| | -- | - | + | ++ | Score | Contrôle |
|--|----|---|---|----|-------|----------|
| | 1 | | | | 0,5 | 1 |
| | 1 | | | | 0,5 | 1 |
| | 1 | | | | 0,5 | Score M3 |
| | 1 | | | | 0,5 | 0,50 |

M4 : Allocation (4)

Du temps dédié au recueil et à l'amélioration de l'Expérience Patient est spécifiquement alloué au personnel
Des ressources logistiques sont allouées à l'Expérience Patient
Des ressources financières sont allouées à l'Expérience Patient
Ces ressources s'inscrivent dans un budget global dédié à l'Expérience Patient

| | -- | - | + | ++ | Score | Contrôle |
|--|----|---|---|----|-------|----------|
| | | 1 | | | 1 | 1 |
| | 1 | | | | 0,5 | 1 |
| | 1 | | | | 0,5 | Score M4 |
| | 1 | | | | 0,5 | 0,63 |

M5 : Mobilisation (4)

Les personnels sont formés au recueil de l'Expérience Patient formation pour encadrement médecin responsable prévue en S2 2024
Le recueil et l'analyse de l'Expérience Patient sont systématiquement intégrés aux tâches des équipes
L'amélioration de l'Expérience Patient est un thème spécifiquement traité dans les réunions de travail des équipes
La contribution à l'amélioration de l'Expérience Patient fait partie des éléments pris en compte dans l'évaluation individuelle des personnels

| | -- | - | + | ++ | Score | Contrôle |
|--|----|---|---|----|-------|----------|
| | 1 | | | | 1 | 1 |
| | 1 | | | | 0,5 | 1 |
| | 1 | | | | 0,5 | Score M5 |
| | 1 | | | | 1 | 0,75 |