



N.Ref: DC/06358/043/00

**Guide pour la mise en place de la conformité au
référentiel de certification version 2007**

Version 3 du mercredi 3 octobre 2007

I.	Introduction	1
I.1	Les objectifs	1
I.2	La méthode	2
I.3	Les moyens nécessaires :	2
I.4	Comment utiliser ce guide ?	2
I.5	Petite terminologie :	3
II.	Aspects stratégiques.....	3
III.	Organisation générale de l'établissement.....	4
III.1	Organisation générale et management :	4
III.2	La démarche qualité :	4
III.3	Système d'information :	4
III.4	Ressources humaines	4
IV.	La prise en charge des patients.....	5
IV.1	Qualité des soins :	5
IV.2	Accueil du patient et de son entourage :	6
IV.3	Droits et respect du patient :	6
IV.4	Le dossier du patient :	6
IV.5	Le circuit du médicament :	7
IV.6	Prise en charge de la douleur.....	7
IV.7	Prise en charge des patients admis en urgence :	7
V.	Fonctions hôtelières et logistiques :	8
V.1	Restauration.....	8
V.2	Bionettoyage	8
V.3	Blanchisserie.....	8
V.4	Maintenance	8

I. Introduction

I.1 Les objectifs

Ce guide a pour but de proposer la méthode pour mettre en œuvre le manuel de certification édition 2007.

Il y a deux manières pour mettre en œuvre la certification :

- Soit s'axer sur la conformité, article par article. L'expérience montre que l'effort porte alors surtout sur la satisfaction formelle des demandes du référentiel et la démarche est vécue par le personnel comme lourde et peu intéressante, déclenchant même parfois une aversion pour la démarche qualité. Ceci s'explique par le fait que, bien que des améliorations soient apportées, bien des dysfonctionnements ne sont pas traités et les gains finaux paraissent faibles comparés aux efforts fournis.
- Soit profiter de la mise à plat de l'organisation de l'établissement à laquelle on est forcé de toutes façons, pour apporter toutes les améliorations utiles, dans le champ du référentiel ou non. On aboutit alors à une rénovation en profondeur du fonctionnement de l'établissement et à un renforcement de l'adhésion du personnel (à tous niveaux : médecins, IDE, administratifs...). Les personnels jugent en effet ces démarches uniquement en fonction des améliorations concrètes qu'elles apportent. Si les gains ne sont pas à la mesure des efforts, il n'y aura pas adhésion.

On aboutit aussi à la conformité sur le fond au référentiel. La conformité formelle demande simplement une vérification finale (l'auto évaluation) afin d'apporter les compléments nécessaires, sur la base généralement de modèles documentaires fournis par ailleurs.

Il ne faut donc pas confondre démarche qualité et démarche de certification : la première consiste à améliorer le fonctionnement et les conditions du travail, la seconde à se mettre en conformité. L'expérience montre simplement qu'il est beaucoup plus facile, rapide et porteur pour la suite de se faire certifier grâce à une réelle démarche qualité.

I.2 La méthode

- Commencer par un diagnostic détaillé des améliorations utiles (Diagnostic Participatif d'Amélioration —DPA) :
 - Vis-à-vis des « clients » (selon le cas médecins adresseurs, patients, familles...)
 - En interne : consultation approfondie du personnel afin de le mobiliser et de recueillir ses suggestions
- Ce diagnostic peut être réalisé en interne ou, dans les cas un peu difficiles, par un observateur extérieur à l'établissement.
- Dresser un plan de travail précis, chaque tâche étant réalisée par ceux qui sont directement concernés.
 - Au fur à mesure des améliorations, mettre en place les « documents-outils » utiles
 - 3 mois avant l'audit de certification, réaliser avec la cellule qualité une auto-évaluation qui sera une préparation pédagogique à l'audit et qui permettra de compléter les oublis formels par rapport au référentiel
 - In fine, mettre en place une démarche qualité pérenne basée sur un suivi attentif de terrain complété par des indicateurs, une boîte à suggestion, une démarche de réflexion et d'amélioration permanente.

On trouvera des présentations plus détaillées de cette méthode sur le site web <http://www.qualite-info.net> et dans le livre « Certification qualité utile, sortir du formalisme, recentrer la qualité sur le développement de l'entreprise ».

I.3 Les moyens nécessaires :

- Un animateur qualité interne de valeur, connaissant bien le terrain, ayant le goût de la qualité et formé aux méthodes fonctionnelles. Lui prévoir une libération suffisante de temps (environ ½ temps pendant quelques mois). Il sera aidé si possible par un stagiaire (pour le suivi courant, la frappe...). Le fait que chaque service prend en main ses processus rend la tâche globale d'animation relativement légère.
 - Une cellule qualité groupe connaissant bien les référentiels et la réglementation et leurs modes de mise en œuvre utiles au sein du groupe. Elle diffuse également les bonnes pratiques et aide à améliorer, au service des établissements.
- Evolution par rapport aux méthodes actuelles :
- Revenir aux objectifs fonctionnels et aux « vrais » besoins.
 - Conserver les grilles et modèles actuels comme des guides
 - Maintenir les contrôles, de façon annexe.
 - Une formation des directeurs
 - L'appui du haut management du groupe.

I.4 Comment utiliser ce guide ?

Le guide est structuré par grands domaines opérationnels : la stratégie (soit les orientations générales vis-à-vis du « marché » et en interne), l'organisation générale, les soins, l'hôtellerie et logistique

Chaque partie est juste amorcée. Elle est normalement à établir par les professionnels concernés, ce projet n'étant qu'un premier cadre à titre d'exemple.

Chaque rubrique comporte chaque fois :

1. Les objectifs qualité, soit l' « idéal » à atteindre. Le diagnostic consiste alors à identifier en quoi cet idéal n'est pas atteint et quels travaux permettront de s'en rapprocher. Exemple : pour la qualité des soins : en quoi et comment la qualité des soins pourrait-elle être améliorée au sein de la

clinique ?

Notas : Si tout va bien, on peut théoriquement se limiter à examiner les aspects réglementaires (§ 4) et passer à la suite, mais il faut toujours essayer de trouver des voies de progrès afin de maintenir la mobilisation des personnels. Plus on améliorera et meilleurs seront les résultats, aussi bien au niveau du fonctionnement, de la certification que de la motivation..

2. La rubrique 2 donne des exemples de points à examiner pour le diagnostic.
Une fois le diagnostic fait, il faut dresser le plan de travail et engager les travaux de façon méthodique et bien organisée.
3. La rubrique 3 donne des exemples de bonnes pratiques constatées dans le domaine
4. le 4 rappelle les exigences associées du référentiel (notamment des points vérifiés lors des audits) et de la réglementation, avec les documents à établir (des modèles seront à prévoir afin que ce travail rédactionnel soit minime)
5. le 5 indique les modèles et documents-types « société » pouvant être utilisés comme base pour l'élaboration des documents (la « bible »)

L'idéal serait qu'un tel guide se réfère par des liens hypertextes aux éléments détaillés tels que documents, réglementation, modèles, fiches de présentation des bonnes pratiques...

I.5 Petite terminologie :

- Qualité : un item qui fonctionne parfaitement :
 - Qualité externe : il satisfait pleinement à ses « clients », par exemple pour la clinique les patients et leur famille, les partenaires coopérants, les autorités...
 - Qualité « interne » : il fonctionne parfaitement, à la satisfaction de tous les partenaires internes concernés : réalisateurs, hiérarchie, autres services...
- Non-qualité : les points sur lesquels l'idéal précédent n'est pas atteint.
- Démarche qualité : démarche d'amélioration des non-qualités
- Démarche de certification : démarche de labellisation qui implique de se mettre en conformité avec un référentiel (elle ne coïncide avec la démarche qualité que lorsqu'elle n'améliore).
- Bonne pratique : méthode plus performante que les autres. Une bonne pratique doit être adaptée à chaque cadre.

II. Aspects stratégiques

II.1.1 Objectifs :

Un établissement toujours plein, qui accueille les meilleurs patients (selon les critères de l'établissement), qui assure l'excellence en matière de soins, dont les personnels sont heureux et dont la rentabilité est optimale (la qualité des soins et la satisfaction des personnels sont toutefois traités dans les autres §)

II.1.2 Diagnostic et indicateurs¹ :

- Évolution du taux de remplissage, du chiffre d'affaires et de la rentabilité
- Bilan de la demande potentielle et des concurrents, voies de progrès
- Analyse des pertes de patients, analyse des performances des concurrents
- Visite de prescripteurs clefs
- Interrogation de patients
- Enquêtes périodiques auprès des prescripteurs et des patients

II.1.3 Exemples de bonnes pratiques :

- Adresseurs et partenaires : relationnel avec eux, fiche de satisfaction simple envoyée avec les rapports d'hospitalisation, ...
- Patients et leur famille : excellence sur les points appréciés particulièrement par eux
- Suivi des établissements « concurrents » et démarquage sur des points importants pour les « clients »

II.1.4 Le référentiel et la réglementation :

- Ref 1 : les orientations stratégiques de l'établissement :

¹ Le diagnostic consiste à examiner en quoi l'objectif précédent n'est pas atteint et les solutions possibles, à partir des suggestions des personnels (à tous niveaux)

- 1a : Prendre en compte les besoins de la population en termes de soins et de prévention ; doc (au choix) : projet d'établissement, note d'orientation stratégique, CPOM, enquêtes sur les besoins...
- 1b : Être complémentaire avec les autres établissements de santé locaux et participer aux réseaux de santé ; doc : conventions de coopération, compte-rendus de coopération...
- 1c : Définir et mettre en œuvre une stratégie précise et partagée par les différents responsables ; doc : compte-rendus internes, projets de services, indicateurs...
- 1d : respect par les Services de la stratégie ; doc : idem précédent.

II.1.5 Modèles et documents-types :

- SROS
- Projet d'établissement

III. Organisation générale de l'établissement

III.1 Organisation générale et management :

Reste à faire

III.2 La démarche qualité :

III.2.1 Objectifs :

- Mettre en place une démarche participative permanente destinée à traiter les problèmes de fonctionnement

III.2.2 Diagnostic et indicateurs :

- Evolution générale des indicateurs
- Résolution effective des problèmes
- Améliorations réalisées à l'initiative des personnels
- Trophée et prix qualité
- Ambiance générale

III.2.3 Exemples de bonnes pratiques :

- Boîte à suggestion
- Groupes de projet qualité
- Prix, meilleur personnel du mois
- Trophée annuel...

III.2.4 Le référentiel et la réglementation :

III.2.5 Modèles et documents-types :

III.3 Système d'information :

III.3.1 Objectifs :

- Faire en sorte que l'informatique fonctionne parfaitement au service des opérationnels
- Assurer la sécurité du système vis-à-vis des données confidentielles
- Assurer la sécurité du système vis-à-vis des virus et autres
- Assurer la pérennité du système en cas de sinistre : sauvegardes extérieures...

III.3.2 Diagnostic et indicateurs :

- Enquête auprès des équipes
- Réaliser des tentatives d'intrusion (?)

III.3.3 Exemples de bonnes pratiques :

III.3.4 Le référentiel et la réglementation :

- 4.a : Schéma directeur du SI
- 4b/18b : bon fonctionnement et sécurisation du dossier du patient
- 18c : sécurité du SI, respect de la législation informatique et liberté

III.3.5 Modèles et documents-types :

III.4 Ressources humaines

III.4.1 Objectifs :

- Les personnels les plus compétents et les plus performants
- Les personnels les plus motivés
- Une gestion des RH avec le moins de lourdeurs administratives possibles.

III.4.2 Diagnostic et indicateurs :

- Taux d'absentéisme, turn-over, difficultés de recrutement
- Signes de démotivation : retards, non-respect des consignes, difficultés de management...

III.4.3 Exemples de bonnes pratiques :

- Livret d'accueil des nouveaux salariés,
- Staffs mensuels conviant les soignants et non soignants à la présentation de cas cliniques ou de pratiques de soins particulières
- Elaboration d'un journal interne

III.4.4 Le référentiel et la réglementation :

III.4.5 Modèles et documents-types :

IV. La prise en charge des patients

IV.1 Qualité des soins :

IV.1.1 Objectifs :

- Un diagnostic initial soigné et l'établissement de prescriptions de qualité (en l'état de l'art).
- La bonne coordination de tous les soignants et intervenants (paraméd, IDE, AS, hôtellerie..), permanente et dans la durée (rotation des soignants)
- La prise en compte des spécificités du patient (spécificités nutritionnelles, addictions, risques thromboemboliques, risques de chute, risque suicidaire, possibilités d'escarres...)
- Un suivi attentif du patient et un bon environnement affectif
- La bonne maîtrise des urgences vitales

IV.1.2 Diagnostic et indicateurs :

- Évaluation qualitative de la qualité des soins, de la compétence et de la pratique des soignants :
 - Méthodes pour le diagnostic initial et les prescriptions, examen de diagnostics et de traitements de patients.
 - Adaptation du suivi des patients en fonction de leur pathologie et de leur état, prise en charge des situations particulières (addictions, etc... Cf § IV.1.1)
 - Coordination et état d'esprit de l'équipe de soins (médecins, IDE, AS, paramédicaux...)
 - Temps de présence des psychiatres et infirmiers auprès des patients en fonction de leur état, nombre de patients par soignant
 - Entourage affectif des patients (questionnement des patients)
 - Relations patients – soignants (réunions communes, distance thérapeutique...)
- Accidents de soins, FIE

IV.1.3 Exemples de bonnes pratiques :

- Accueil :
 - Visite initiale conjointe entre psychiatre et infirmier, voire autres soignants
 - Établissement clair des prescriptions
- Suivi et mesures prises face aux différentes situations : addictions, risques suicidaires...

IV.1.4 Le référentiel et la réglementation :

- Ref 24 : Évaluation initiale de l'état de santé du patient et projet thérapeutique personnalisé :
 - 24a : impliquer le patient et éventuellement son entourage
 - 24b : diagnostic global de l'état du patient et coordination des soins
 - 24c : réflexion bénéfice-risque (à tracer dans le dossier du patient)
 - 24d : restrictions de circulation éventuelles du patients
 - 24e : projets de vie pour les longues durées
- Ref 25 : Situations nécessitant une prise en charge adaptée :
 - 25a – 25 f : prise en charge des situations particulières
- Ref 27 : Continuité des soins
 - 27a : continuité des soins : coordination des soignants
 - 27b : urgences vitales.

Nota : l'EPP est supposée acquise par le respect des référentiels 41, 42 et 44.

IV.1.5 Modèles et documents-types :

IV.2 Accueil du patient et de son entourage :

IV.2.1 Objectifs :

- Un accueil de qualité, sous les aspects psychologiques (pour le patient : attentes, amabilité...), médicaux (médecins et IDE), administratifs (enregistrement du patient, dossier du patient...) et hôteliers (préparation des chambres, précautions particulières)

IV.2.2 Diagnostic et indicateurs :

- Interrogation de patients, plaintes des patients ou des familles
- Temps d'attente
- Planification des entrées et coordination des services
- Gestion de la charge des services

IV.2.3 Exemples de bonnes pratiques :

- Planification des soins et prévisions des mouvements accessibles par réseau informatique,
- Groupe Accueil des nouveaux patients,

IV.2.4 Le référentiel et la réglementation :

- 22a : adaptation des locaux, notamment aux handicaps des patients
- 22b : permanence de l'accueil, coordination avec les professionnels concernés, réduction des délais d'attente
- 22c : cas des détenus
- 22d : cas des accompagnants

IV.2.5 Modèles et documents-types :

IV.3 Droits et respect du patient :

IV.3.1 Objectifs :

Acquérir une image d'excellence vis-à-vis des patients, éviter tous accidents et plaintes :

- clarification de ses droits,
- information du patient,
- recherche de son consentement,
- respect de ses volontés,
- respect de sa dignité,
- confidentialité des informations

IV.3.2 Diagnostic et indicateurs :

- Interrogation de patients,
- plaintes des patients ou des familles

IV.3.3 Exemples de bonnes pratiques :

- Réunions soignants-soignés
- Relations avec les associations d'utilisateurs

IV.3.4 Le référentiel et la réglementation :

- 19 / 20 / 21
- loi du 04 Mars 2002 relative aux droits des malades
- charte de la personne hospitalisée
- Code de déontologie médicale
- textes professionnels

IV.3.5 Modèles et documents-types :

IV.4 Le dossier du patient :

IV.4.1 Objectifs :

- une transmission sûre des informations au sein de l'équipe soignante :
 - prescriptions et consignes
 - données de suivi du patient
- Pouvoir connaître l'historique des soins, notamment en cas de nouveau séjour du patient ou d'accident

IV.4.2 Diagnostic et indicateurs :

- Coordination interne de l'équipe de soin (médecins, paraméd, IDE, AS, hôtellerie...), travail en équipe, circulation de l'information... : interroger les membres de l'équipe, prendre quelques cas

au hasard...

- Cas des rotations de personnels, des intérimaires, des libéraux...
- Points particuliers : autorisations de déplacement des patients, consignes alimentaires, liaisons para-méd – médecins...
- Risques d'erreurs / erreurs commises par le passé
- Maniabilité et facilité d'emploi du Dossier du patient ou de son équivalent.
- Possibilité de retrouver l'historique d'un patient

IV.4.3 Exemples de bonnes pratiques :

- Fiches organisées par profession et faciles à remplir, mises au point avec les intéressés
- Sommaire permettant d'organiser et normaliser le DPA
- Evaluation de conformité faite régulièrement

IV.4.4 Le référentiel et la réglementation :

- 28a : règles de gestion du Dossier
- 28b : tenue à jour du dossier

IV.4.5 Modèles et documents-types :

IV.5 Le circuit du médicament :

IV.5.1 Objectifs :

- Assurer la fourniture aux soignants des médicaments nécessaires en évitant à la fois les manques et le gaspillage.

IV.5.2 Diagnostic et indicateurs :

- Interrogation des soignants
- Consultation des historiques de soin
- Examen du traitement des urgences et des erreurs

IV.5.3 Exemples de bonnes pratiques :

- Gestion du stock : mise en place de stocks de sécurité, fifo...
- Vérification périodique des stocks de sécurité, des péremptions,
- Éviter le gâchis inutile

IV.5.4 Le référentiel et la réglementation :

- 31a : prescriptions de médicaments
- 31b : dispensation des médicaments
- 31c : administration des médicaments
- 31d : cas des urgences
- Recommandations HAS
- Décret infirmier
- Code de déontologie médicale

IV.5.5 Modèles et documents-types :

IV.6 Prise en charge de la douleur

IV.6.1 Objectifs :

- Anticiper et traiter les douleurs physiques
- Se préoccuper des douleurs morales,

IV.6.2 Diagnostic et indicateurs :

- Interrogation de patients, plaintes des patients ou des familles

IV.6.3 Exemples de bonnes pratiques :

- Formation des soignants

IV.6.4 Le référentiel et la réglementation :

- 26a : prise en charge de la douleur, protocoles, CLUD...
- 26b : information et implication du patient, mesure de la douleur
- 26c : formation des soignants

IV.6.5 Modèles et documents-types :

IV.7 Prise en charge des patients admis en urgence :

IV.7.1 Objectifs :

- Une organisation permettant d'absorber les urgences en permettant un accueil de qualité (avec les soins immédiats nécessaires) tout en ne dérégulant pas notablement les activités internes.
- Si le taux d'urgence est trop élevé, prévoir un dispositif séparé dédié aux urgences.

IV.7.2 Diagnostic et indicateurs :

- Interrogation de patients admis en urgence, plaintes des patients ou des familles
- Temps d'attente
- Coordination avec l'activité planifiée des services, incidence sur la qualité du fonctionnement.

IV.7.3 Exemples de bonnes pratiques :

IV.7.4 Le référentiel et la réglementation :

- 23a / 23b / 23c : organisation de l'accueil en urgence, avec des personnels formés, adaptation des mesures prises au degré d'urgence et à la gravité de l'état du patient
- 23d : connaissance des lits disponibles et maintien d'un cota en fonction des besoins

IV.7.5 Modèles et documents-types :

V. Fonctions hôtelières et logistiques :

V.1 Restauration

V.1.1 Objectifs :

- Satisfaction des consommateurs (patients, familles, soignants, visiteurs...)
- Respect des besoins diététiques des patients

V.1.2 Diagnostic et indicateurs :

- Organisation (cuisine centrale ou sous-traitance) : contrat de prestation
- Interrogation des patients
- Interrogation des personnels de cuisine et de service
- Résultats des prélèvements bactériologiques

V.1.3 Exemples de bonnes pratiques :

- Ateliers diététiques pour les patients (clinique de l'Abbaye)
- Réunions d'écoute des patients

V.1.4 Le référentiel et la réglementation :

V.1.5 Modèles et documents-types :

V.2 Bionettoyage

V.2.1 Objectifs :

- Propreté absolue des installations et notamment des chambres, des toilettes...
- Respect par les personnels des conditions d'aseptie

V.2.2 Diagnostic et indicateurs :

V.2.3 Exemples de bonnes pratiques :

- Formation des personnes aux méthodes et aux produits

V.2.4 Le référentiel et la réglementation :

V.2.5 Modèles et documents-types :

V.3 Blanchisserie

V.3.1 Objectifs :

-

V.3.2 Diagnostic et indicateurs :

V.3.3 Exemples de bonnes pratiques :

V.3.4 Le référentiel et la réglementation :

V.3.5 Modèles et documents-types :

V.4 Maintenance

V.4.1 Objectifs :

- Maintenance préventive :

- Maintenance corrective ;;

V.4.2 Diagnostic et indicateurs :

V.4.3 Exemples de bonnes pratiques :

- Consignes en cas de danger, affichage des n°s d'urgence

V.4.4 Le référentiel et la réglementation :

V.4.5 Modèles et documents-types :