



PROJET QUALITE – SECURITE DES SOINS 2016-2020

C

H

P

O



STANDARD : 04 69 15 70 00

Télécopie standard : 04 69 15 70 13

Urgences : 04 69 15 72 14

Site internet : www.ch-bourgoin.fr

Version 3 : 31/08/2017

CENTRE HOSPITALIER PIERRE OUDOT

30 avenue du Médipôle

Boîte postale 40348

38 302 BOURGOIN-JALLIEU CEDEX

PREAMBULE

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge des patients reste une priorité affirmée du projet d'établissement 2016-2020. Elle se traduit par la mise en œuvre d'une démarche globale, collective et organisée au sein de l'établissement.

Un Programme d'Amélioration Qualité Sécurité des Soins (PAQSS) est élaboré chaque année pour atteindre les objectifs prioritaires fixés par la politique Qualité/Gestion des risques du centre hospitalier Pierre Oudot.

Le projet Qualité Sécurité des Soins 2016-2020 est construit en cohérence avec les autres composantes du projet d'établissement, notamment le projet médical et le projet de soins.

Les axes stratégiques identifiés tiennent compte des orientations définies par la loi HPST de juillet 2009, des préconisations issues des programmes de santé publique et des exigences du manuel de certification des établissements de santé V2014.

Par ailleurs, il s'appuie également sur les résultats des différentes évaluations menées en interne et en externe.

Le déploiement de ce projet à partir de 2016 sera marqué par la 4^{ème} itération de la procédure de certification de la HAS programmée en mars 2018.

Par ailleurs, le projet QSS tient compte de la création du GHT (Groupement Hospitalier de Territoire), dont l'objectif est de fédérer les CH de Bourgoin-Jallieu, La Tour-du-Pin, Morestel et Pont-de-Beauvoisin.

Ainsi, la prise en charge coordonnée des habitants du Nord-Isère sera organisée dans le respect des exigences de qualité et de sécurité des patients pour l'ensemble des parcours de soins définis par filière (urgences, gériatrie, SSR, ...)

POLITIQUE QUALITE ET SECURITE DES SOINS

L'article 5 de la loi HPST a donné à la CME un rôle stratégique dans « *le pilotage de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de soins et dans le pilotage des conditions d'accueil et de prise en charge des patients, en lien avec les orientations de la CRUQPC* ».

La stratégie et les orientations concernant les démarches QSS relatives à la prise en charge du patient relèvent du plus haut niveau décisionnel.

Ainsi, la politique QSS définie au centre hospitalier repose sur les 10 grands axes suivants :

❖ **Axe 1. Structurer un système de management de la qualité et de la sécurité des soins dans lequel les acteurs sont activement impliqués**

Afin de structurer un système de management de la qualité et de la sécurité des soins performant assurant le pilotage de la politique QSS, il est important d'obtenir :

- un engagement fort de la direction et de la communauté médicale
- une définition claire des rôles de chacun
- un accompagnement méthodologique adapté
- une forte implication de l'ensemble des acteurs

Conformément au décret 2010-1408 du 12 novembre 2010, la mission de coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins a été confiée à Mr Richard ROLLAND, cadre supérieur de santé. Il assure la cohérence des actions conduites dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins.

Ses missions principales sont les suivantes :

- ✓ appui stratégique au président de la commission médicale d'établissement, au représentant légal de l'établissement de santé, pour l'élaboration de la politique et du programme d'actions d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins
- ✓ définition et mise en œuvre du système d'information et de communication sur la politique et le programme de gestion des risques auprès des professionnels de l'établissement
- ✓ coordination des programmes, des projets et des activités en lien avec les différents acteurs impliqués dans la gestion des risques (instances, commissions, ...)
- ✓ élaboration et mise en service d'outils et/ou de méthodes spécifiques au domaine de la gestion des risques
- ✓ recensement, identification, analyse et traitement des risques priorités (événements indésirables graves, risques à priori) en collaboration avec les professionnels des différents secteurs concernés
- ✓ assistance, conseil et formation des équipes

Ces missions s'inscrivent dans un travail collectif, en concertation avec les professionnels impliqués dans la sécurité des soins.

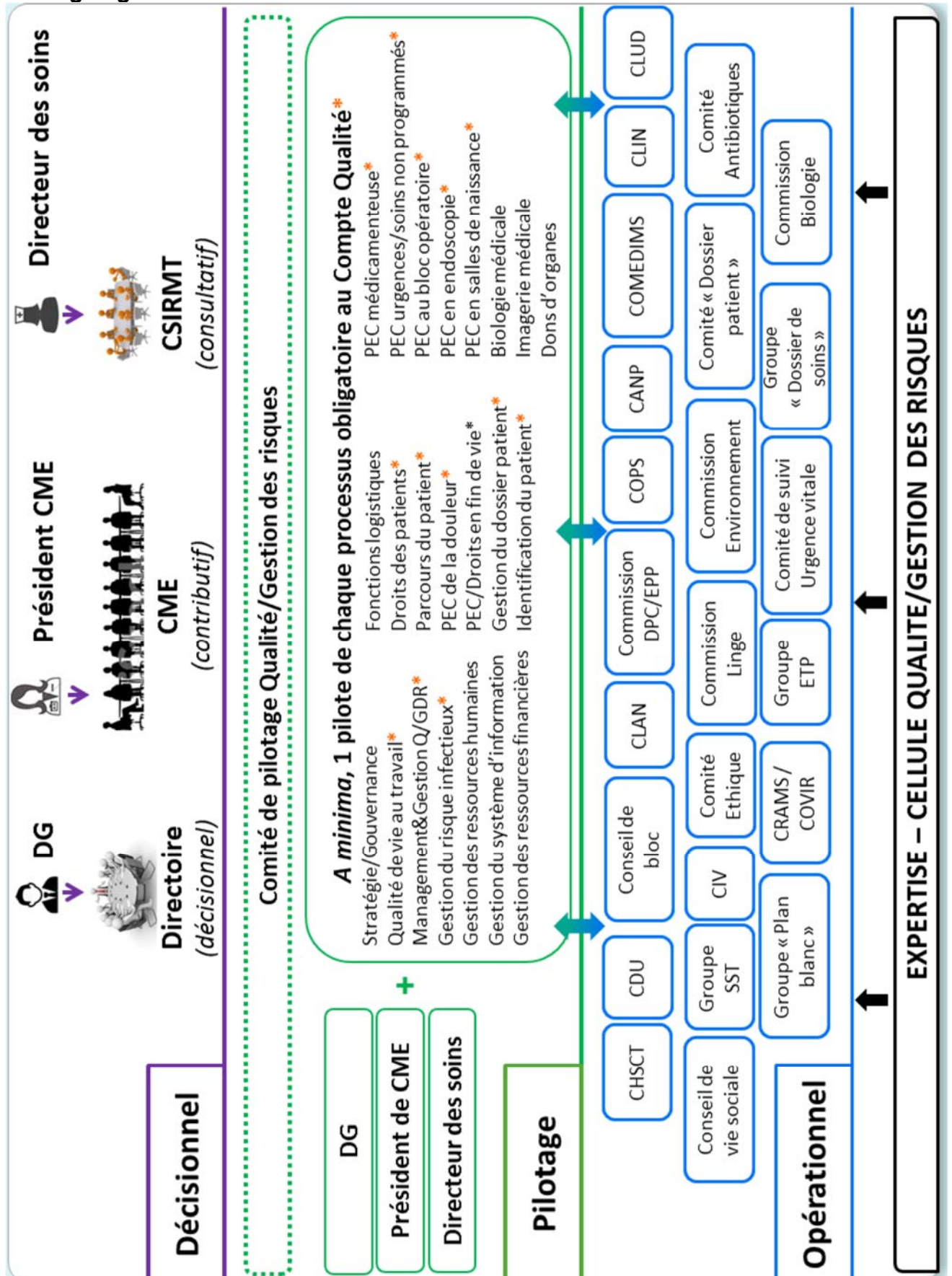
▪ Objectifs principaux :

- *Définir l'organisation et la répartition des rôles entre les différents niveaux requis : stratégique, pilotage opérationnel (revoir la composition, le rôle et les missions du Comité de Pilotage Qualité-Sécurité des Soins, optimiser le pilotage interne de l'établissement en développant et en organisant le suivi et l'analyse des indicateurs de qualité et de performance)*
- *Développer les approches processus pour impliquer davantage les professionnels de terrain*

(identifier les parcours patients au sein de l'établissement, améliorer l'organisation des parcours patients intra-hospitaliers et dans l'environnement/territoire (personnes vulnérables/personnes âgées, enfants et adolescents, ...))

- *Optimiser les prises en charge complexes et les parcours particuliers (urgences, bloc opératoire, chirurgie ambulatoire, maladies chroniques)*
- *Développer le travail en équipe (Selon la HAS, la pratique du travail en équipe doit permettre de rassembler les professionnels autour de buts communs et de la recherche de solutions afin d'améliorer la prise en charge du patient en collaborant avec d'autres acteurs de l'établissement et avec les secteurs extrahospitaliers de façon à assurer des soins appropriés, sûrs, accessibles, délivrés au bon moment, et suppose donc un collectif coordonné.)*

Le management de la QSS est représenté de façon schématique par l'organigramme suivant :



❖ **Axe 2. Conforter la place des usagers pour contribuer à l'amélioration des droits des patients**

Le Centre Hospitalier Pierre Oudot affirme son attachement au respect des droits des personnes accueillies au sein de l'établissement tels qu'ils sont définis par les textes et s'engage à mettre en œuvre sa mission dans une approche éthique de l'accompagnement et du « prendre soin ».

La Commission des usagers (CDU) en place :

- examine les plaintes et réclamations
- veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches en s'assurant qu'ils soient informés sur les voies de recours et de conciliation dont ils disposent

Elle contribue, par ses avis et ses propositions, à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches :

- ✓ facilite les démarches des usagers et l'expression de leurs griefs
- ✓ est associée à l'organisation du parcours de soins et à la politique qualité et sécurité élaborée par la CME (force de propositions)
- ✓ peut se saisir de tout sujet se rapportant à la politique qualité et sécurité
- ✓ reçoit toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions (avis ou recommandations formulées par les autres instances concernant la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité, synthèse des réclamations, nombre et issue des recours gracieux ou juridictionnels, nombre et suivi des demandes de communication du dossier médical, présentation des événements indésirables graves et des actions correctrices, résultats des enquêtes de satisfaction des usagers, ...)
- ✓ procède à une appréciation des pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge
- ✓ formule des recommandations pour améliorer l'accueil, la qualité et la sécurité de la prise en charge et l'application du droit des usagers
- ✓ rend compte de ses analyses et propositions dans un rapport annuel (transmission au Conseil de surveillance et à l'Agence Régionale de Santé)

▪ Objectifs :

- Favoriser l'implication des usagers dans les démarches d'amélioration de la qualité
- Garantir le fonctionnement de la Commission Des Usagers (CDU) et promouvoir son implication dans les projets développés dans l'établissement
- Faciliter l'accueil et l'implication des associations de bénévoles
- Garantir l'information des patients en utilisant différents médias (livrets, site internet, ...)

- *Optimiser le dispositif de gestion des plaintes et des réclamations*
- *Renforcer la promotion de la bientraitance autour des thèmes en lien notamment avec l'information, le respect de la dignité et la prise en charge de la douleur*
- *Poursuivre l'évaluation de la satisfaction du patient en lien avec la CDU*

❖ **Axe 3. Optimiser la maîtrise des risques hospitaliers pour faire face aux enjeux de sécurité**

La nécessité de mettre en place une approche globale et coordonnée de la gestion des risques au sein du CHPO implique de prendre en compte l'ensemble de la sphère du soin mais aussi de son environnement au sens large.

En effet, les analyses approfondies montrent qu'un événement grave associé aux soins est systématiquement lié à la combinaison de causes variées.

La coordination institutionnelle des vigilances réglementées et assimilées, un suivi de la veille sanitaire et la structuration de la gestion de crise constituent un fondement de la sécurité des soins.

Le Comité des vigilances sanitaires réglementaires et des risques liés aux activités médicales et de soins a pour missions principales de :

- ✓ formaliser les organisations et les outils de la sécurité sanitaire et des soins
- ✓ promouvoir les démarches de gestion des risques auprès de l'ensemble des professions de santé (déclaration, analyse et traitements des événements indésirables y compris ceux liés aux produits de santé)
- ✓ assurer le retour d'expérience du traitement des incidents ou événements signalés
- ✓ proposer des axes de travail en lien avec les projets institutionnels
- ✓ proposer un programme d'actions annuel ou pluriannuel
- ✓ informer, sensibiliser et former les professionnels de la structure à la gestion des risques liés aux vigilances
- ✓ contribuer à l'élaboration d'indicateurs communs aux différentes vigilances sanitaires réglementaires
- ✓ participer à la communication sur la gestion des risques et les vigilances sanitaires réglementaires

▪ Objectifs :

- *Promouvoir une culture du signalement des événements indésirables et renforcer les démarches d'analyse des risques a posteriori pour garantir la sécurité des soins prodigués aux patients*
- *Assurer l'opérationnalité des démarches validées par la Commission Médicale d'Etablissement.*
- *Déployer les Comités de Retour d'Expérience (CREX) et les Revues de Morbi-Mortalité (RMM)*
- *Pérenniser les démarches d'analyse des risques a priori (cartographies des risques) et mettre en place les actions de prévention sur l'ensemble des secteurs de l'établissement (Médecine-Chirurgie-Obstétrique, USLD/EHPAD, Pédiopsychiatrie)*
- *Coordonner et harmoniser les actions des différentes vigilances opérationnelles sur l'établissement*

- *Optimiser le système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et sécuriser le circuit du médicament*
- *Garantir la gestion des situations de crise*
- *Favoriser la réalisation d'exercices de simulation de situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre de la mise en œuvre du plan blanc et de ses annexes*

❖ **Axe 4. Renforcer la lutte contre les infections associées aux soins, la maîtrise du risque infectieux et le bon usage des anti-infectieux**

La prise en charge de la lutte contre les IAS est assurée par le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) assisté de l'EPRIAS (Equipe de Prévention du Risque des Infections Associées aux Soins).
Le bon usage des anti-infectieux est coordonné par la Comité des anti-infectieux (CAI).

Le suivi de la réalisation du programme de lutte contre les IAS et le bon usage des anti-infectieux repose sur des indicateurs nationaux ou propres à l'établissement.

Le CLIN a pour missions principales :

- ✓ prévention des infections associées aux soins (IAS)
- ✓ surveillance des IAS
- ✓ actions d'information et de formation de l'ensemble des professionnels de l'établissement en matière d'hygiène hospitalière et de lutte contre les IAS
- ✓ évaluation périodique des actions de lutte contre les IAS

Ce comité définit chaque année le programme d'action de l'établissement dans le domaine de la lutte contre les IAS. Ce programme comporte les objectifs à atteindre et les actions à mener en matière de prévention, surveillance, formation, information et évaluation.

Les actions du CLIN s'intègrent dans le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins du CHPO. Le volet relatif à la lutte contre les IN de ce programme tient compte des programmes nationaux de lutte contre les IAS, du rapport de certification de la HAS, des avis éventuels d'autres instances institutionnelles, ...

Pour l'année 2017, le CLIN a eu pour priorité de s'inscrire dans le PROPIAS et proposer des axes stratégiques avec les principaux objectifs suivants :

- Objectifs :
 - *Développer la prévention et la surveillance des infections des dispositifs intravasculaires (notamment en Réanimation)*
 - *Poursuivre la surveillance des bactériémies à staphylocoque AUREUS*
 - *Améliorer la prévention de l'émergence et de la diffusion des BMR/BHR*
 - *Optimiser la gestion du risque infectieux au bloc opératoire avec notamment la mise à jour des recommandations relatives à la gestion préopératoire de l'opéré*
 - *Assurer la maîtrise de la prescription des antibiotiques notamment pour la prescription des Carbapénèmes et des Quinolones*

❖ **Axe 5. Développer les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles en lien avec le Développement Professionnel Continu (DPC)**

La Commission du développement professionnel continu (DPC) et de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) est une sous-commission de la CME. Elle définit les objectifs de DPC (FMC et EPP) en cohérence notamment avec les orientations nationales, le manuel de certification HAS et le projet médical du CHPO.

Elle coordonne les actions à conduire en matière de formation médicale et d'évaluation des pratiques professionnelles et assure la promotion de l'EPP. Pour ce faire, elle :

- ✓ contribue à la définition de la politique et de l'organisation de l'EPP et à la promotion d'une culture pérenne de l'évaluation et de l'amélioration des pratiques comprenant la mesure des résultats atteints
- ✓ veille au déploiement des démarches EPP, grâce à des actions de coordination, d'organisation, d'accompagnement et de suivi
- ✓ valide le choix des thèmes EPP et les démarches EPP et aide à la mise en œuvre de nouvelles démarches EPP
- ✓ définit et révisé périodiquement les indicateurs de pratique clinique, intégrés aux démarches d'EPP
- ✓ assure un suivi périodique et régulier de la politique EPP

▪ Objectifs :

- *Poursuivre le déploiement des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles via la commission DPC-EPP*
- *Accompagner l'engagement des professionnels dans leurs démarches en coordonnant les actions de formation avec les projets institutionnels :*
 - *assurer la cohérence entre les formations demandées et les orientations stratégiques*
 - *s'assurer que l'ensemble des soignants répondent à leur obligation professionnelle de formation)*
- *Communiquer sur les actions d'évaluation de pratiques professionnelles réalisées :*
 - *organiser un dispositif de retour d'expérience visant le réinvestissement des actions d'amélioration au niveau de l'établissement*
 - *définir un plan de communication afin de valoriser les démarches engagées (instances, professionnels internes et externes, patients, ...)*
- *Promouvoir les nouvelles formes d'EPP : simulation en santé, patient traceur*
- *Pérenniser le dispositif institutionnel d'audits internes afin de faciliter les démarches d'évaluation de pratiques*

❖ **Axe 6. Sécuriser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge**

Une Cellule d'IdentitoVigilance (CIV) composée de professionnels impliqués dans le processus de prise en charge des patients est constituée au CHPO afin de définir la politique d'identification du patient et d'en assurer le suivi de sa mise en œuvre.

La politique d'identification des patients de l'établissement vise à :

- ✓ garantir une identification fiable et de qualité des patients au sein du CHPO :
 - quels que soient les types de prise en charge concernés (urgence, ambulatoire ou hospitalisation conventionnelle)
 - sur la base de principes et recommandations d'identification à respecter (charte régionale d'identification, documents internes validés pour l'ensemble des étapes de la prise en charge)
 - ✓ promouvoir la culture de sécurité des soins liée à l'identification du patient auprès de tous les professionnels de santé
 - ✓ placer l'identité du patient comme le premier acte de soin pour l'ensemble des personnels de l'établissement
 - ✓ contribuer au passage d'une culture de l'identité administrative à une culture soignante pour tous les professionnels intervenant autour du patient
- Objectifs :
- *Analyser l'organisation existante et identifier les points critiques à chaque étape (dont cartographie du processus)*
 - *Déterminer et mettre en œuvre les axes d'amélioration et formaliser les bonnes pratiques*
 - *Accompagner les professionnels dans l'application des bonnes pratiques d'identification des patients*
 - *Développer les actions de formation/sensibilisation des professionnels concernés*
 - *Surveiller et prévenir les erreurs et les risques liés à l'identification des patients*
 - *Etudier les dysfonctionnements signalés en comité de retour d'expérience « Identitovigilance » (CREX)*
 - *Evaluer les bonnes pratiques via notamment le suivi d'indicateurs (taux de doublons, taux d'identités certifiées, taux de modification d'identités, taux de collisions, taux de fusions)*

#

❖ **Axe 7. Conforter la prise en charge de la douleur sous toutes ses dimensions**

Le comité de lutte contre la douleur (CLUD) a la volonté d'améliorer constamment la prise en charge de la douleur des patients pris en charge notamment des populations les plus vulnérables.

Cette volonté passe par la structuration de la filière de soins de la douleur, en particulier pour améliorer la gestion des douleurs chroniques et/ou rebelles.

Dans cette perspective, le CLUD a identifié ses missions principales :

- ✓ élaborer et mettre en œuvre des protocoles et des recommandations de bonnes pratiques destinés à tous les secteurs de soins dans le but de prévenir et de traiter la douleur
- ✓ former en continue l'ensemble des professionnels du CHPO en matière d'évaluation et de traitement de la douleur
- ✓ évaluer de façon périodique les actions de lutte contre la douleur
- ✓ promouvoir la prise en charge palliative sur l'ensemble des secteurs de l'établissement en collaboration avec les professionnels concernés (notamment l'équipe mobile d'accompagnement en soins palliatifs – EMASP)

Afin de mettre en œuvre son plan d'actions, 5 groupes de travail ont été mis en place pour atteindre les objectifs fixés ci-après :

▪ Objectifs :

- *Favoriser l'amélioration de la prise en charge de la douleur aiguë et/ou chronique, physique ou psychique en veillant notamment à :*
 - *repérer les patients dits à risque*
 - *proposer des protocoles adaptés aux équipes de soins*
 - *améliorer l'utilisation des outils d'évaluation,*
- *Améliorer les modalités de traitements médicamenteux afin d'éviter tout sur ou sous dosage antalgique et plus particulièrement concernant les morphiniques*
- *Optimiser l'usage des matériels et équipements biomédicaux à disposition des professionnels notamment les PCA*
- *Développer l'utilisation de méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité (hypnose notamment)*
- *Formaliser les prises en charge de la douleur induite/provoquée par les soins#*
 - #
 - #
 - #
 - #
 - #
 - #
 - #

❖ **Axe 8. Améliorer le dépistage et la prise en charge des troubles nutritionnels**

Sous-commission de la CME, le CLAN (Comité de Liaison Alimentation et Nutrition) se donne pour mission principale d'améliorer la prise en charge nutritionnelle des patients et des résidents en évaluant leur état nutritionnel et en coordonnant les actions des professionnels concernés.

Le CLAN a une démarche transversale et interprofessionnelle associant des soignants de proximité (médecins, infirmiers, diététiciens et aides-soignants) des producteurs (cuisiniers, pharmaciens) et la Direction du Centre Hospitalier.

Dans cette perspective, le CLAN définit sa politique selon les axes stratégiques suivants :

- ✓ définition de la politique et des actions prioritaires de prise en charge nutritionnelle et hôtelière du CHPO
- ✓ validation et coordination des actions d'amélioration menées au sein de l'établissement en veillant à la cohérence avec les objectifs fixés
- ✓ accompagnement des professionnels pour mise en œuvre les actions validées
- ✓ coordination des actions et projets développés au sein des différents secteurs de prise en charge au sein de l'établissement

▪ Objectifs :

- *Identifier et proposer les actions de formation continue nécessaires à la mise en œuvre de la politique définie*
- *Assurer le dépistage des patients dénutris et des patients à risque dans un but thérapeutique et/ou de prévention*
- *Elaborer les procédures, protocoles et supports d'information utiles aux professionnels pour l'optimisation de la prise en charge nutritionnelle des patients*
- *Réaliser l'évaluation de l'existant en matière de structures, moyens en matériel et en personnel (besoins nutritionnels, organisations des prestations cuisine/service diététique/services de soins)*
- *Créer une unité de soins de support ou une équipe transversale de dénutrition pour la prise en charge des patients atteints de cancer (mise en place d'ateliers culinaires, ...)*
- *Elaborer un protocole pour la prise en charge des patients très dénutris (syndrome de renutrition)*
- *Promouvoir l'activité physique avec le soutien d'un coach sportif (service d'endocrinologie) et développer les ateliers comme par exemple les ateliers « gym poussette » proposés aux mamans à la maternité*

❖ **Axe 9. Sécuriser la prise en charge médicamenteuse des patients dans tous les secteurs d'activité**

La Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles a pour mission de contribuer par ses avis et ses propositions à l'élaboration et à la définition de la politique d'amélioration et de sécurisation du circuit du médicament.

Elle définit la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et contribue à la mise en œuvre de la réglementation dans ce domaine avec le souci de la maîtrise des dépenses des produits de santé.

Elle élabore, en particulier :

- ✓ la liste des médicaments et dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est recommandée dans l'établissement, en prenant en considération le rapport bénéfice-risque, sous forme de livret thérapeutique
- ✓ des recommandations en matière de prescription et de bon usage des médicaments et dispositifs médicaux stériles

Un programme d'actions, en matière de bon usage des Médicaments et des Dispositifs Médicaux Stériles permet la mise en œuvre des engagements fixés dans le contrat de bon usage des Médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L 162-2267 du Code de la sécurité sociale.

▪ Objectifs :

- *Poursuivre les formations en matière de prévention de l'iatrogénie des produits pharmaceutiques*
- *Organiser un CREX portant sur le circuit du médicament afin d'optimiser la sécurisation de la prescription médicamenteuse dès l'admission du patient*
- *Améliorer les pratiques de prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (liste des médicaments inappropriés, ...)*
- *Mettre en place des consultations pharmaceutiques pour les patients traités par chimiothérapie orale*
- *Développer la pharmacie clinique / conciliation médicamenteuse dans les secteurs d'activités (médecine Gériatrique, HGE, ...)*
- *Développer la dispensation nominative des médicaments via la robotisation du processus*
- *Uniformiser et sécuriser le processus des chimiothérapies*

❖ Axe 10. Optimiser la tenue et la gestion du dossier patient

Un Comité « Dossier patient » est identifié au CHPO en tant que sous-commission de la Commission Médicale d'Etablissement.

Lieu d'échanges pluridisciplinaires, le Comité « Dossier patient » a été constitué afin de coordonner l'ensemble des actions menées sur la thématique du dossier patient (papier et informatisé).

Le Comité a pour missions de :

- ✓ Définir la politique du dossier patient (composition, règles d'accès, règles de sécurité et de confidentialité)
- ✓ Identifier, mettre en œuvre et suivre les axes d'amélioration relatifs au dossier patient, en particulier du dossier patient informatisé
- ✓ Expertiser les problématiques rencontrées dans la gestion et l'utilisation du dossier patient en particulier du dossier informatisé
- ✓ Analyser les demandes de modification du dossier patient
- ✓ Coordonner les démarches d'évaluation du dossier patient

La politique du dossier patient repose sur les 5 principes suivants :

Principe n°1 : Structurer le dossier patient pour en faciliter l'utilisation et maîtriser son évolution

Principe n°2 : Assurer l'accessibilité du dossier pour les professionnels et pour les patients

Principe n°3 : Assurer la confidentialité de l'ensemble des informations portant sur la prise en charge des patients

Principe n°4 : Sécuriser l'archivage des dossiers patients

Principe n°5 : Evaluer régulièrement la qualité du dossier patient

▪ Objectifs :

- *Actualiser les règles communes d'utilisation et de gestion du dossier patient et les communiquer à l'ensemble des professionnels concernés*
- *Constituer un dossier patient commun regroupant l'ensemble des éléments de prise en charge du patient (hospitalisation, consultation, passage aux urgences, ...) afin de faciliter la continuité et la coordination des prises en charge*
- *Mettre en œuvre, à toutes les étapes de la prise en charge du patient, les conditions de confidentialité et de sécurité indispensables à la gestion de chaque élément du dossier*
- *Assurer un archivage des dossiers patients dans des conditions de sécurité optimales, répondant aux exigences réglementaires, quel que soit le local (archives centralisées, archives tampon, salles serveurs) et le format concernés (papier ou informatique)*
- *S'assurer de la bonne application des règles définies institutionnellement par des évaluations sur la tenue du dossier patient (audits ciblés)*