HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

MANUEL

Certification des établissements de santé pour la qualité des soins

Octobre 2020

Descriptif de la publication

Titre	Certification des établissements de santé
Méthode de travail	Groupes de travail et co-construction
Cibles concernées	Professionnels et représentants des usagers des établissements de santé, Agences régionales de santé
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr. Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Validation par le Collège le 15 octobre 2020
Actualisation	
Immatriculation interne	ACC01_R004_B

Ce document ainsi que sa référence bibliographique
sont téléchargeables sur **www.has-sante.fr**

Haute Autorité de santé – service communication information
5 avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis la Plaine Cedex. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – octobre 2020 – n° ISBN 978-2-11-155620-1

Sommaire

Le référentiel

Les fiches critères

Les fiches pratiques

Lexique

Remerciements

La certification de la Qualité des soins : “Patients, soignants, un engagement partagé”

La certification, mission confiée à la Haute Autorité de santé (HAS) par les ordonnances de 1996, est une procédure d’évaluation du niveau de qualité et de sécurité des soins des établissements de santé, publics et privés. Elle est effectuée par des professionnels (des pairs) mandatés par la HAS, les experts-visiteurs. Cette procédure, indépendante de l’établissement et de ses organismes de tutelle, porte sur le niveau de qualité et de sécurité des soins délivrés aux patients. Celui-ci est évalué au décours d’une visite de l’établissement par référence à des objectifs collectivement définis au niveau national par les professionnels et les usagers.

- **Être certifié Qualité des soins**, c’est s’appuyer sur **le point de vue des patients sur leur expérience** dans l’établissement de santé.
- **Être certifié Qualité des soins**, c’est **évaluer le résultat**, non seulement en termes de santé pour le patient mais aussi en termes d’appréciation du parcours dans l’établissement (l’accueil, les informations transmises, la coordination des équipes pour le soigner, la sortie…).
- **Être certifié Qualité des soins**, c’est **s’engager dans une démarche pragmatique** qui laisse l’initiative aux équipes d’organiser leurs pratiques pour atteindre les résultats par les méthodes qu’ils jugent les plus appropriées.
- **Être certifié Qualité des soins**, c’est avoir la possibilité de **s’appuyer sur la HAS pour être accompagné** dans son auto-évaluation.
- **Être certifié Qualité des soins**, c’est affirmer fièrement que les équipes ont le souci prioritaire du patient. P**our chacun des professionnels, c’est la reconnaissance de son engagement dans une démarche d’amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins** (et que son travail individuel y contribue directement).

Parmi les modalités de mesure de la qualité des soins en établissement de santé, la **certification est le seul dispositif national qui offre un cadre global d’analyse et d’évaluation externe de la qualité des soins et des prises en charge.**

Encourageant les voies d’amélioration adaptées à un établissement de santé, elle constitue un levier de mobilisation des professionnels de santé et des représentants des usagers.

Elle se distingue des inspections et n’a pas vocation à réaliser un palmarès des hôpitaux entre eux. Obligatoire, elle est codifiée à l’article L. 6113-3 (et suivants) du Code de la santé publique.

Cette démarche est réalisée selon des standards internationaux : la HAS est elle-même évaluée par l’*International Society for Quality in Health Care* (ISQua) *via* l’International accreditation program (IAP), le programme international qui accrédite les organismes qui accréditent des structures de soins.

En évolution constante depuis 20 ans…

La démarche de certification des établissements de santé a débuté il y a 20 ans. Elle s’inscrivait dans le cadre d’une volonté générale – en France et à l’international, dans le domaine sanitaire comme d’autres secteurs d’activité – de sécuriser au mieux les processus de production. Elle répondait également à une attente légitime de plus grande transparence sur la qualité du service rendu, pour les patients et leurs représentants, pour les pouvoirs publics et pour les professionnels de santé. Elle a permis de stimuler une démarche collective visant l’amélioration de la qualité et de la sécurité.

La démarche a constamment évolué au cours du temps, chaque itération prenant appui sur les acquis de la précédente pour introduire de nouveaux objectifs, méthodes ou exigences.

La première procédure date de juin 1999. Elle a permis de développer la culture de qualité et de sécurité des soins et d’impliquer les établissements dans une démarche d’amélioration continue.

La deuxième itération de la procédure de certification, lancée en 2005, introduisait l'évaluation des pratiques professionnelles dans les unités de soins.

La troisième itération (dite V2010) a mis en place une exigence accrue en termes de prise en charge du patient et de gestion des risques et a mis en exergue des exigences essentielles, à travers les pratiques exigibles prioritaires.

Enfin, la V2014 a été développée pour renforcer la capacité des établissements de santé à identifier et maîtriser leurs risques en continu. Elle a introduit la méthode d'évaluation centrée sur le patient avec la méthode du patient traceur et a mobilisé le management de l'établissement de santé sur les enjeux de qualité et de sécurité des soins.

En outre, l'introduction en 2017 de l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) dans les modalités de financement des établissements de santé et la prise en compte des résultats de la certification dans ce cadre valorisent financièrement les niveaux de décision de certification.

… la certification des établissements de santé se transforme profondément…

Le Collège de la HAS a fixé trois ambitions pour le développement de la nouvelle certification.

Médicaliser la certification et mieux prendre en compte le résultat de la prise en charge du patient

Dispenser des soins de qualité au patient est l'objectif premier des soignants. La certification doit donc parler aux équipes de soins. Cela implique que la démarche s'intéresse à ce qui fait sens pour elles : leurs pratiques et le résultat pour les patients, en termes d'efficacité, de sécurité ou encore de satisfaction.

Les objectifs et les critères de qualité des soins du référentiel sont définis par consensus, faciles à partager, et correspondent aux exigences de bonnes pratiques professionnelles quotidiennes.

Simplifier la démarche de certification dans tous ses aspects

Pour faciliter l'appropriation de la démarche, la certification se trouve simplifiée par :

- le renforcement de **l'autonomie** donnée aux établissements dans leur organisation ;
- la priorité donnée aux **résultats** et non plus leur aptitude à respecter des processus.

Des méthodes d'évaluation pragmatiques et proches du terrain :

- la mise à disposition des méthodes et des outils permettant à l'établissement, s'il le souhaite, la réalisation de son auto-évaluation dans des conditions similaires à la visite ;
- des rapports d'évaluation synthétiques ;
- un référentiel modulable selon les spécificités de chaque établissement (intégration des données des bases nationales : SAE, PMSI, etc. pour personnaliser le référentiel et la visite) ;
- des **résultats** de certification lisibles par tous.

Valoriser l'insertion territoriale des établissements de santé et la construction de parcours de soins

La certification doit valoriser les démarches mises en œuvre par un établissement pour améliorer la qualité et la sécurité du parcours de santé du patient au sein de son territoire, au plus près de son lieu de vie, avec une meilleure attention portée à ses besoins et à ses choix. La qualité du parcours du patient nécessite l'action coordonnée des acteurs de la prévention, de la promotion de la santé, du sanitaire, du médico-social, du social, et intègre les facteurs déterminants de la santé.

… à l'appui des enjeux en matière de qualité d'aujourd'hui

Le développement de l'engagement des patients

C'est aujourd'hui l'ensemble du positionnement du patient qui a évolué. **Si l'exercice de ses droits fondamentaux reste une condition impérative à la qualité et à la sécurité des soins, son positionnement en tant qu'acteur de sa prise en charge doit être largement promu comme facteur de l'efficacité du soin. Il s'agit de favoriser l'émergence d'un patient partenaire :**

- partenaire des professionnels de santé pour sa prise en charge individuelle. Le partage de la décision sur le projet de soins du patient, son implication dans les soins et l'expression de son point de vue sur son expérience et sur le résultat sont fondamentaux pour la qualité de sa prise en charge et constituent des facteurs clés de succès pour son rétablissement, sa rémission ou sa guérison ;
- partenaire des structures de soins à l'échelon collectif. Son engagement *via* de nombreuses initiatives (patient expert, pair…) dans la formation des professionnels, l'information et la formation des patients et aidants, vient compléter l'action et l'implication des représentants des usagers au sein des établissements.

Le développement de la culture de l'évaluation de la pertinence et du résultat

Pour accompagner l'acculturation progressive des établissements de santé à la démarche qualité, celle-ci s'est structurée en plusieurs étapes et s'est, dans un premier temps, concentrée sur la mise en place de procédures et processus qualité. Cette étape, nécessaire, constitue un moyen et non une fin en soi. Il convient désormais de passer d'une logique de moyens à une logique de résultats, maximisant la pertinence et la qualité du soin délivré. L'enjeu de la pertinence est majeur, puisque – à dire d'experts – les examens ou actes non pertinents sont estimés à 25-30 %, générant autant de risques ou d'événements indésirables évitables. **La démarche d'analyse de la pertinence (c'est-à-dire le questionnement sur le caractère approprié des prescriptions d'actes, de médicaments, de dispositifs médicaux, de séjours d'hospitalisation) et des résultats de leurs pratiques par les équipes de soins est au cœur du nouveau dispositif de certification.** L'engagement des équipes à analyser leurs pratiques pour améliorer la pertinence et les résultats sera évalué.

Le développement du travail en équipe, moteur d'amélioration des pratiques

La prise en charge des patients se fait aujourd'hui, majoritairement, dans un cadre pluriprofessionnel et pluridisciplinaire, en lien avec la chronicité, la complexité et la technicisation des prises en charge. Ainsi, il est rare qu'un professionnel intervienne seul pour la prise en charge d'un patient. La coordination entre les différents acteurs au cours de la prise en charge est un enjeu essentiel de la qualité des soins et de la réduction des risques. L'analyse des déclarations d'événements indésirables graves mentionne le défaut de fonctionnement en équipe comme facteur de la survenue d'un événement sur quatre. Le nouveau dispositif de certification prend en compte cet enjeu, aussi bien au niveau des équipes au sein de l'établissement qu'avec les autres acteurs du parcours de santé des patients.

L'adaptation aux évolutions du système de santé

Les évolutions du système de santé tant médicales, économiques, sociales ou encore liées aux crises sanitaires induisent un besoin accru de structuration territoriale : la chaîne de soins devient de plus en plus interdépendante et nécessite une coordination fine entre les acteurs pour garantir une prise en charge efficace et efficiente au bénéfice du patient tout au long de son parcours. Favoriser la coordination territoriale entre acteurs de l'offre en santé sanitaire et médico-sociale, en ville, au domicile ou en établissement est porté par les politiques publiques comme un gage de qualité du système de santé. À l'échelle des établissements, il s'agit d'articuler l'insertion territoriale, entre les missions de l'établissement et les besoins de la population, l'offre de soins territoriale, et de favoriser la fluidification accrue des parcours de soins et de santé.

La réponse à ces nouveaux enjeux n'est possible qu'en assurant l'adéquation des ressources en termes de plateaux techniques et de compétences professionnelles aux missions de chaque établissement de santé au sein d'une offre territoriale.

Le référentiel

Le référentiel constitue le socle du dispositif de certification. Dans ce référentiel, sont listés les critères à satisfaire par l'établissement de santé et tous les éléments nécessaires à leur compréhension et leur évaluation. Cette approche facilite ainsi son appropriation :

- par les professionnels et les représentants des usagers, qui peuvent s'appuyer sur le référentiel pour réaliser leur évaluation interne de manière autonome et s'en servir comme outil de pilotage de l'amélioration continue de la qualité ;
- par les experts-visiteurs, comme document de référence pour la conduite de la visite.

Ce référentiel a fait l'objet d'une élaboration concertée et d'une construction partagée entre la HAS et les professionnels de santé, les instances et les représentants des usagers. Conformément aux dispositions de la procédure de certification parue au Journal Officiel, ce référentiel décline le système de la certification sur ses différents aspects :

- les exigences déclinées par chapitres, objectifs et critères d'évaluation ;
- les méthodes de leur évaluation ;
- le processus décisionnel.

Un référentiel structuré en 15 objectifs répartis en trois chapitres : le patient, les équipes de soins, l'établissement

Afin de répondre aux ambitions et enjeux, le référentiel de certification est structuré en trois chapitres : le patient, les équipes de soins, l'établissement. Chaque chapitre est constitué d'objectifs en nombre limité, eux-mêmes déclinés en critères.

Chapitres	Objectifs
Chapitre 1 – Le patient	**1.1 –** Le patient est informé et son implication est recherchée
	1.2 – Le patient est respecté
	1.3 – Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient
	1.4 – Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge

Chapitres	Objectifs
Chapitre 2 – Les équipes de soins	**2.1 –** La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe
	2.2 – Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge
	2.3 – Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques
	2.4 – Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle
Chapitre 3 – L'établissement	**3.1 –** L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire
	3.2 – L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement
	3.3 – La gouvernance fait preuve de leadership
	3.4 – L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences
	3.5 – Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance
	3.6 – L'établissement dispose d'une réponse opérationnelle adaptée aux risques auxquels il peut être confronté
	3.7 – L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins

Le premier chapitre concerne directement le résultat pour **le patient**. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, ses besoins spécifiques pris en compte de la même façon que ses attentes et ses préférences. Au-delà, l'engagement du patient est recherché. Son implication comme partenaire de sa prise en charge, tout comme celle de ses proches et aidants, est favorisée par l'expression de son point de vue sur son expérience et le résultat des soins.

Le deuxième chapitre concerne **les équipes de soins**, à tous les niveaux. La certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met également l'accent sur la maîtrise des risques liés au soin. Les analyses des évènements indésirables associés aux soins, notamment les événements indésirables graves, ainsi que des rapports de certification de V2014, conduisent à mettre un accent particulier sur le risque infectieux et le risque lié aux médicaments.

Le troisième chapitre concerne **l'établissement** et sa gouvernance (direction et commission/conférence médicale d'établissement). Cette dernière favorise l'insertion territoriale en lien avec les autres acteurs de l'offre de soins et médico-sociale. Elle impulse une dynamique forte d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui associe et soutient les équipes, ainsi que les patients, représentants d'usagers et associations de malades.

Cette structuration permet l'analyse croisée entre le résultat pour le patient, les pratiques mises en œuvre par les équipes de soins et la dynamique impulsée par la gouvernance. L'objectif est de construire une vision intégrée du niveau de qualité de prise en charge au sein d'un établissement.

À titre d'exemple : l'objectif d'information et d'implication du patient (chapitre 1) entre en résonance avec l'objectif assigné à l'équipe de soins d'argumenter la pertinence des choix de prise en charge (chapitre 2), et avec l'exigence de développer une politique en faveur de l'engagement des patients individuellement mais aussi collectivement (chapitre 3).

On retrouve également des correspondances entre les analyses des pratiques attendues des équipes (chapitre 2) et le soutien que l'établissement doit apporter à la dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins (chapitre 3).

L'enjeu du travail en équipe (chapitre 2) est en correspondance avec l'exigence pour l'établissement de favoriser le travail en équipe et le développement des compétences (chapitre 3).

Un référentiel modulable en fonction de l'établissement de santé

Le référentiel contient 90 critères génériques, qui s'appliquent à l'ensemble des établissements de santé, et 41 critères spécifiques liés à des champs d'application relevant :

- de populations : enfant et adolescent, patient âgé, patient vivant avec un handicap ;
- de modes de prise en charge : ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD), SAMU-SMUR, urgences, soins critiques (catégorie regroupant les soins continus, les soins intensifs et la réanimation) ;
- de secteurs d'activité : chirurgie et interventionnel, maternité, psychiatrie et santé mentale, soins de suite et de réadaptation (SSR), unité de soins de longue durée (USLD).

Chaque établissement de santé est ainsi évalué sur les critères génériques, s'appliquant à tout l'établissement, ainsi que sur les critères spécifiques qui lui sont applicables.

Un référentiel comprenant des critères à trois niveaux d'exigence :

- 111 critères **standard** qui correspondent aux attendus de la certification ;
- 15 critères **impératifs** qui correspondent à ce que l'on ne veut plus voir au sein d'un établissement de santé. Si une évaluation de l'un de ces critères est négative, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification à l'établissement ;
- 5 critères **avancés** qui correspondent à des exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour. Ils constituent les potentiels critères standard de demain.

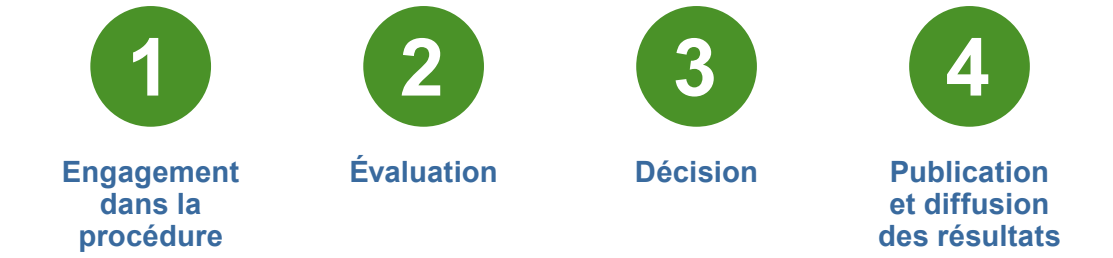
Un référentiel composé de critères précisés sous forme de fiches descriptives

Les critères sont présentés sous forme de fiches qui contiennent les éléments utiles à la compréhension et à l'évaluation du critère.

Section	Description
Arborescence	Rappel du chapitre et de l'objectif auquel appartient le critère
Critère	Intitulé du critère
Description du critère	Paragraphe descriptif identifiant les enjeux qui sont liés au critère
Champ d'application	Rappel du champ d'application générique ou spécifique
Niveau d'exigence du critère	• Standard • Impératif • Avancé
Éléments d'évaluation	Résultats attendus, lesquels seront évalués pour apprécier si l'établissement de santé répond ou non au critère
Cibles	• Patients • Professionnels • Gouvernance • Représentants des usagers
Méthodes d'évaluation	• Patient traceur • Parcours traceur • Traceur ciblé • Audit système • Observation
IQSS	Les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins, marqueur complémentaire à l'évaluation du critère
Références	• Références HAS • Références légales et réglementaires • Autres Les références sont données à titre indicatif et ne sauraient constituer l'ensemble des références ou obligations auxquelles les organismes soumis à la procédure de certification doivent se conformer. Elles sont par ailleurs susceptibles d'évoluer à tout moment.

La démarche de certification en pratique

Pour chaque établissement, la démarche s'articule autour de quatre étapes.



1 Engagement dans la procédure de certification	INITIALEMENT	ANNUELLEMENT	
	ES Engagement	HAS Intégration des données issues des bases nationales	ES Validation de la mise à jour des données de l'établissement
2 Évaluations	ENTRE 2 VISITES		
	ES Évaluation(s) interne(s) (Transmission possible mais non obligatoire à la HAS)		
	L'ANNÉE DE LA VISITE		
	HAS Communication de l'équipe d'experts 3 mois avant la visite	Échanges préparatoires en continu HAS <-> ES HAS Visite	
3 Décision	HAS Transmission du rapport de visite à l'ES 15 jours après la visite	ES Transmission des observations 1 mois après réception du rapport	CCES Décision de certification Après observations
4 Publication et diffusion des résultats	HAS Notification et diffusion de la décision et du rapport	ES Possibilité de formuler un RG 2 mois après réception de la décision	
	CERTIFIÉ	CERTIFICATION SOUS CONDITIONS	NON CERTIFIÉ
	Nouvelle visite sous 4 ans	Visite reprogrammée entre 6 et 12 mois	Visite reprogrammée dans les 12 à 24 mois

S'inscrire dans le dispositif et personnaliser sa démarche

L'engagement dans la démarche s'effectue par entité juridique sauf conventionnement particulier avec la HAS en se connectant sur le site : https://calista.has-sante.fr (système d'information de la certification : CALISTA).

L'établissement reçoit en retour ses identifiants et mot de passe d'accès. Il dispose alors de tous les outils pour s'évaluer s'il le souhaite, suivre sa démarche et consulter les résultats de ses évaluations et rapports de certification.

Le responsable légal désigne, dans CALISTA, l'administrateur de la procédure. Cet administrateur, sous l'autorité du responsable de l'établissement :

- valide les données de l'établissement aux échéances indiquées ;
- donne les droits d'accès aux professionnels et représentants d'usagers de son choix.

Cette étape d'engagement consiste aussi à identifier le profil de l'établissement.

Un référentiel adapté à chaque établissement

Le profil de l'établissement est déterminé par des données qualifiant ses activités, leur volume, ses modes de prise en charge et les populations de patients qu'il accueille. Elles sont importées annuellement des bases nationales (SAE, PMSI, ARHGOS…).

Le profil de l'établissement permet ainsi de définir :

les critères spécifiques du référentiel qui sont applicables à l'établissement. En effet, les critères génériques sont applicables à tout établissement alors que les critères spécifiques dépendent des activités, des modes de prise en charge ou du type de population accueillie ;

- le nombre et les méthodes d'évaluation qui seront utilisées lors de la visite (nombre et profils des patients traceurs, parcours traceurs, …).

Le profil de l'établissement intègre les données pour chacun des sites géographiques qui le composent.

CALISTA : une plateforme collaborative

Chaque établissement, ainsi que tous les professionnels et représentants d'usagers qu'il a désignés, a accès, *via* CALISTA, à tous les outils et éléments utiles à ses démarches :

- son référentiel personnalisé ;
- les actualités liées à la certification ;
- les documents qu'il souhaite partager (projet d'établissement, organigramme,) ;
- ses indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS), ses données importées des bases nationales, diverses informations contextuelles (informations issues des autorités de tutelle, engagement dans le projet PACTE, accréditation des médecins et des équipes…) ;
- les bilans de ses évaluations internes ;
- son calendrier de visite ;
- ses rapports de certification ;
- etc.

Des méthodes d'évaluation proches du terrain

Chaque critère est évalué par une ou plusieurs des cinq méthodes suivantes :

Le patient traceur

Le parcours traceur

Le traceur ciblé

L'audit système

L'observation

Ces méthodes sont utilisées par les experts-visiteurs de la HAS durant la visite de certification et, s'ils le souhaitent, par les évaluateurs de l'établissement dans le cadre de son évaluation interne. Ce terme d'évaluateur, utilisé dans les paragraphes suivants, s'entend pour les experts-visiteurs et pour l'évaluateur interne de l'établissement.

Patient traceur

Une rencontre avec le patient et l'équipe de soins

Le patient traceur évalue la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé. Il recueille, après l'obtention de son consentement, l'expérience du patient et/ou de ses proches. C'est pourquoi le patient retenu doit être le plus proche de la sortie afin que son vécu soit le plus large possible.

L'évaluateur se fait présenter le patient par son médecin référent ou son représentant, puis il rencontre le patient. Il s'entretient ensuite avec l'équipe assurant la prise en charge du patient.

Cette méthode n'est mobilisée, pour les évaluations externes, que par les experts-visiteurs médecins.

Parcours traceur

Une évaluation de la coordination des services

Le parcours traceur évalue la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, et le travail en équipe. Il apprécie aussi la culture qualité et sécurité des soins. L'évaluateur rencontre les équipes impliquées dans la prise en charge en s'appuyant sur un dossier « fil rouge » auquel seront associés des dossiers identiques si le dossier « fil rouge » ne permet pas de recueillir toutes les informations recherchées.

Ensuite, l'évaluateur, accompagné d'un professionnel, retrace le parcours physique du patient. À cette occasion, il rencontre les différentes équipes intervenant dans le parcours type retenu et complète ainsi son évaluation.

Traceur ciblé

Une évaluation de terrain de la mise en œuvre d'un processus ciblé

Le traceur ciblé consiste à évaluer, sur le terrain, la mise en œuvre réelle d'un processus, sa maîtrise et sa capacité à atteindre les objectifs. Il se différencie de l'audit système puisque l'évaluation part du terrain pour remonter, en cas de dysfonctionnements observés, vers le processus. Pour ce faire, l'évaluateur rencontre les équipes, consulte les documents nécessaires et réalise les observations associées.

En visite, plusieurs traceurs ciblés sont réalisés par les experts-visiteurs : circuit du médicament et des produits de santé, prévention des infections associées aux soins, gestion des événements indésirables, accueil non programmé, transport en intrahospitalier des patients et gestion des produits sanguins labiles.

Audit système

Une évaluation de la politique jusqu'au terrain

L'audit système consiste à évaluer un processus pour s'assurer de sa maîtrise et de sa capacité à atteindre les objectifs. Il se différencie du traceur ciblé puisque l'évaluation part de la compréhension du processus jusqu'à la vérification, sur le terrain, de sa mise en œuvre réelle par les professionnels. Pour ce faire, l'évaluateur consulte, dans un premier temps, l'ensemble des éléments constitutifs du processus. Puis, dans un deuxième temps, il rencontre, selon le processus concerné, la direction, la présidence de CME, la direction des soins ou équivalent ou les responsables en charge d'une structure spécifique, les représentants des usagers. Le troisième et dernier temps consiste à évaluer, avec les professionnels, dans quelle mesure le processus est mis en œuvre sur le terrain.

Observations

Une méthode tout au long de la visite

Les observations sont réalisées lors de chaque traceur. Elles sont réalisées sur la base d'une liste de points directement observables sur le terrain, par exemple : le respect de la dignité et de l'intimité du patient (pas de patients dénudés, portes fermées…), l'accessibilité des locaux (rampe d'accès, ascenseur, signalétique…), la maîtrise du risque infectieux (tenue des professionnels, containers fermés, boîtes pour objets piquants et tranchants…), etc.

… En pratique

Chaque méthode se décline dans une grille d'évaluation qui intègre les éléments d'évaluation de l'ensemble des critères, génériques et spécifiques, de la cible évaluée.

CALISTA : un outil pour générer ses grilles d'évaluation

Par exemple, la grille d'évaluation d'un patient traceur de 81 ans pris en charge en hospitalisation de jour intègre, en plus des éléments d'évaluation « patient traceur » des critères génériques, les éléments d'évaluation « patient traceur » des critères spécifiques aux patients âgés et les éléments d'évaluation « patient traceur » des critères spécifiques à la prise en charge ambulatoire.

Pour une évaluation complète, les grilles réalisées doivent couvrir tous les éléments d'évaluation de tous les critères applicables à l'établissement.

Ces grilles sont structurées selon les cibles à rencontrer ou consultations documentaires ou observations à réaliser :

Méthodes	Entretien			Consultation		Observation Entretien
	Patient	Équipe	Gouvernance	Dossier du patient	Autres documents	
Patient traceur	●	●		●		●
Parcours traceur		●		●		●
Traceur ciblé		●	●		●	●
Audit système		●	●		●	

L'évaluateur répond à la grille qui lui est confiée :

- « Oui » signe la satisfaction globale à l'élément d'évaluation ;
- « Non » signe la non-satisfaction globale à l'élément d'évaluation ;
- « NA » lorsque l'élément d'évaluation est non applicable à la situation de l'évaluation ;
- « RI » lorsque la réponse du patient est inappropriée.

Une appréciation ciblée sur le résultat

Les réponses de chaque grille sont agrégées par élément d'évaluation de chaque critère. Pour chaque élément d'évaluation, est comptabilisé le ratio rapporté à 100 : nb d'évaluations positives / nb d'évaluations. Les réponses « Non applicable » ou « Réponse inappropriée » n'affectent pas le résultat obtenu.

Exemple : pour un élément d'évaluation, les évaluateurs réalisent 12 patients traceurs. Ils obtiennent donc 12 réponses :

- huit « oui » ;
- deux « non » ;
- une « non applicable » ;
- une « réponse inappropriée ».

Le résultat de l'élément d'évaluation est de 80 % (8 « oui » pour 10 réponses valides).

La multiplication des grilles par les différents évaluateurs assure ainsi la robustesse des résultats.

Le résultat attribué à un critère est la moyenne des résultats attribués à ses éléments d'évaluation. Le résultat attribué à un objectif est la moyenne des résultats attribués à ses critères. Le résultat attribué à un chapitre est la moyenne des résultats attribués à ses objectifs.

Le score global de l'établissement est la moyenne des résultats des chapitres 1 à 3 du référentiel.

Les résultats des critères avancés n'entrent pas dans cette cotation, ils le sont uniquement au moment de la décision.

La certification s'appuyant davantage sur les résultats pour le patient, elle fait des indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) un marqueur de la dynamique d'amélioration des établissements de santé. Le résultat des IQSS portant sur tout ou partie des exigences d'un critère d'évaluation est mobilisé. Il s'agit d'évaluer d'une part l'effectivité du recueil, du partage, de l'analyse et de l'exploitation ; la mise en place des plans d'amélioration ; et d'autre part : la concordance des résultats des évaluations avec les IQSS.

Une évaluation interne à la main de l'établissement

L'évaluation interne permet à l'établissement de santé :

- de **faciliter l'appropriation** du référentiel **par les professionnels** ;
- de **s'évaluer** sur les critères du référentiel qui lui sont applicables.

Pour ne pas mobiliser l'énergie des professionnels au détriment de réalisations concrètes au bénéfice direct des patients, la transmission de l'évaluation interne de l'établissement à la HAS n'est plus obligatoire.

Les établissements de santé sont néanmoins invités à réaliser régulièrement leur évaluation interne et à adresser une fois par an leurs résultats à la HAS, *via* CALISTA.

Une évaluation externe confiée à des experts-visiteurs

Les équipes d'experts-visiteurs sont :

- multiprofessionnelles et composées d'experts-visiteurs issus d'établissements de santé différents. Elles comportent impérativement un médecin ;
- conduites par un coordonnateur désigné et formé par la HAS à cette fonction, du fait de sa maîtrise de la procédure et de ses qualités pédagogiques, d'organisation et de management ;
- dimensionnées en fonction de la taille de l'établissement de santé, de la localisation des sites géographiques à évaluer, du nombre et du type d'évaluations à réaliser ;
- parfois renforcées par des médecins centrés patients traceurs pour la réalisation de patients traceurs.

Les experts-visiteurs sont choisis en fonction :

- du nombre de médecins, soignants ou gestionnaires nécessaires ;
- du statut, des activités, des secteurs, des modes de prise en charge et du contexte de l'établissement de santé ;
- de leurs compétences sur les domaines d'activité de l'établissement, de leurs disponibilités selon la date de visite planifiée ;
- de leurs éventuels liens d'intérêts mentionnés dans leur déclaration publique d'intérêts.

Pour constituer les équipes, la HAS prend en compte les points suivants :

- les experts-visiteurs effectuent des visites dans un périmètre géographique de plus de 50 km autour de leur(s) lieu(x) d'exercice professionnel actuel ou datant de plus de 5 ans ;
- les experts-visiteurs n'interviennent pas dans des établissements de santé dans lesquels ils ont exercé ou avec lesquels ils ont eu des liens d'intérêts directs dans les 5 dernières années, susceptibles de les placer en situation de conflit d'intérêts ;
- les experts-visiteurs réalisent la visite d'un établissement de santé en dehors du groupement auquel appartient leur établissement de santé d'exercice.

La préparation de la visite

L'établissement est informé de la date de la visite et de la composition de l'équipe d'experts-visiteurs au moins 3 mois avant la visite. Le représentant légal de l'établissement de santé visité peut demander la récusation d'un ou plusieurs experts-visiteurs.

Le programme de visite est élaboré par la HAS en collaboration avec l'expert-visiteur coordonnateur selon le profil de l'établissement et ses résultats d'IQSS. Il liste l'ensemble des évaluations à réaliser (méthodes appliquées et personnes rencontrées). Un calendrier personnalisé en précise l'ordonnancement.

Une conférence téléphonique réunissant les responsables de l'établissement de santé, le coordonnateur de visite et le représentant de la HAS permet de finaliser la préparation de la visite.

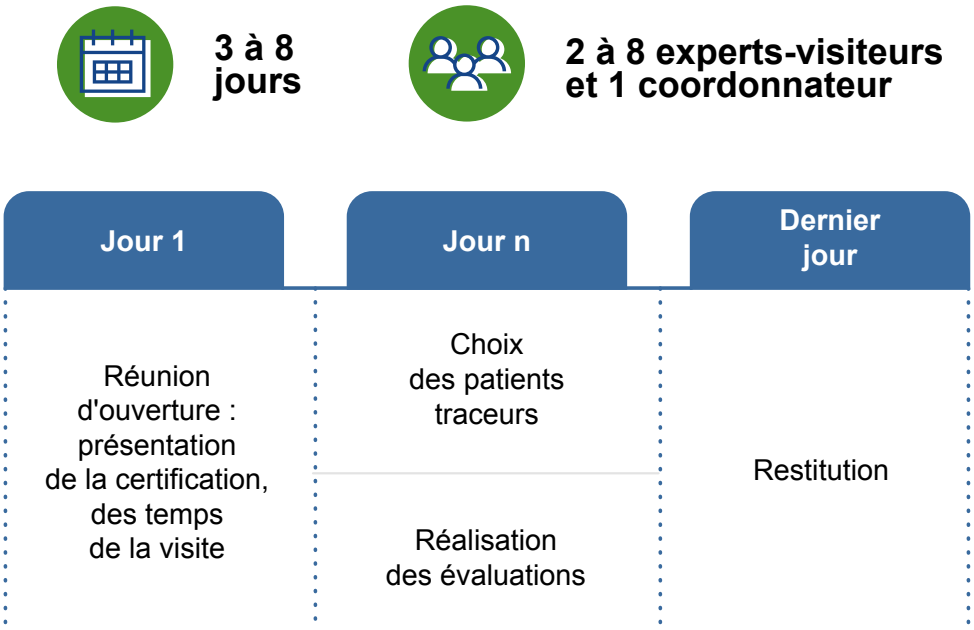
La visite

Pour les patients traceurs, le choix des patients est réalisé lors de la visite en regard de la liste des patients présents ; ce choix est conditionné au consentement des patients.

Le coordonnateur peut adapter le programme de visite et son calendrier dès lors qu'une ou plusieurs séquences ne peuvent être réalisées ou bien qu'apparaît la nécessité d'approfondir une évaluation. L'établissement en est informé lors des briefings du soir.

Pour un critère impératif, si l'évaluation n'atteint pas le niveau d'exigence attendu, une « fiche anomalie » est rédigée. Elle caractérise la nature de l'anomalie et en détermine les causes. Sont appréciés : l'impact sur le patient, les pratiques habituelles, la connaissance de l'établissement de cette situation, l'intégration dans la gestion de ses risques, et les éventuelles mesures conservatoires mises en œuvre ou projetées. Cet argumentaire, partagé avec l'établissement, a vocation à éclairer la prise de décision de la commission de certification.

Plusieurs fois par jour de visite, des temps d'échange entre l'établissement et les experts-visiteurs sont prévus :



Quinze jours après la visite, l'établissement reçoit son rapport de visite composé :

- des résultats des évaluations réalisées par les experts-visiteurs ;
- des synthèses par chapitre ;
- des éventuelles fiches anomalies.

Les synthèses sont une appréciation sur les résultats, soulignant soit les améliorations attendues soit l'excellence des niveaux atteints. Elles intègrent, à chaque fois qu'un IQSS est disponible en lien avec le critère, une analyse de la concordance entre l'évaluation en visite et les résultats de l'IQSS.

À réception de ce rapport de visite, l'établissement de santé peut rédiger des observations. Il est également invité à fournir une appréciation sur la conduite globale de la visite.

La HAS fonde sa décision sur le rapport de visite des experts-visiteurs et les observations de l'établissement.

La décision

La décision de la HAS est notifiée dans le rapport de certification qui contient les éléments suivants :

Préambule	Rappelle de manière synthétique les éléments clés du dispositif de certification des établissements de santé pour la qualité des soins, ses objectifs et les méthodes de visite.
Résultats de certification	Affiche la décision de certification validée par le Collège de la HAS.
Présentation de l'établissement de santé	Assure une présentation synthétique des principales caractéristiques de l'établissement de santé.
Présentation des résultats	- Restitue la note globale de satisfaction aux attendus du référentiel pour les décisions de certification. - Restitue par chapitre du référentiel les synthèses, les résultats chiffrés par objectifs et leurs visualisations graphiques.

La HAS statue sur les résultats des critères proposés par les experts-visiteurs. Ainsi, pour être certifié, le score global, calculé à partir de résultats des critères standards et impératifs, doit être supérieur ou égal à 50 %. Pour un critère impératif, en cas d'anomalie, la HAS se réserve le droit de refuser la certification.

L'obtention de la mention « Haute Qualité des soins », distinction accordée à certains établissements, peut résulter de deux situations :

- soit l'ensemble des résultats des critères (standards, impératifs, avancés) atteint un niveau supérieur ou égal à 50 % ;
- soit ce niveau est atteint pour trois quarts d'entre eux et au moins deux critères avancés ont un résultat supérieur à la moyenne.

Lorsque le score global est inférieur à 50 %, la commission de certification peut décider :

- soit d'une non-certification ;
- soit d'une décision de certification sous conditions. Ce cas s'envisage si les résultats n'ont pas d'impact grave sur la sécurité du patient et que des actions d'amélioration sont mises en œuvre dans des délais raisonnables. Ce report s'entend sous forme d'une nouvelle visite.

La publication et la diffusion des résultats

Diffusion publique accessible aux usagers

Le rapport de certification fait l'objet d'une diffusion publique sur le site Internet de la HAS www.has-sante.fr.

L'établissement de santé doit assurer une diffusion interne du rapport de certification. Il doit notamment le porter à la connaissance :

- de l'instance délibérante de la CME ;
- de la commission des usagers des établissements de santé.

Diffusion au sein de l'établissement de santé

Par ailleurs, l'établissement informe les personnes hospitalisées des résultats de la certification. Il a la possibilité d'afficher dans ses locaux ou sur ses supports de communication le macaron attestant de la décision de certification.

Aucune communication portant sur les résultats de certification ne peut s'effectuer avant la publication du rapport de certification sur le site Internet de la HAS.

La HAS informe chaque ARS de l'engagement et de l'avancement dans la procédure de certification des établissements de santé de sa région.

Information des tutelles

En fin de procédure, la HAS rend accessible le rapport de certification de chaque établissement de santé à l'ARS compétente.

La HAS adresse également aux ARS, le cas échéant, la liste des établissements de santé n'ayant pas respecté leurs obligations d'engagement et de mise en œuvre de la procédure.

Les critères

Légendes

N° critère Description — Niveau d'exigence standard
N° critère Description — Niveau d'exigence impératif
N° critère Description IQSS — Niveau d'exigence avancé Critère avec IQSS

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application	Page
1. Le patient	1.1 Le patient est informé et son implication est recherchée	**1.1-01** Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques IQSS	Tout l'établissement	29
		1.1-02 Le patient est impliqué, s'il le souhaite, dans l'évaluation bénéfice/risque de toute décision majeure pour sa prise en charge	Tout l'établissement	30
		1.1-03 Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	Tout l'établissement	31
		1.1-04 L'enfant ou l'adolescent est invité à exprimer son avis sur le projet de soins	Enfant et adolescent	32
		1.1-05 Le patient bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir pour sa santé	Tout l'établissement	33
		1.1-06 Le patient bénéficie d'actions pour devenir acteur de sa prise en charge IQSS	Tout l'établissement	34
		1.1-07 Les futurs parents discutent d'un projet de naissance avec l'équipe soignante dès le début de la grossesse	Maternité	35
		1.1-08 Le patient a pu désigner la personne à prévenir et la personne de confiance de son choix	Tout l'établissement	36
		1.1-09 Le patient, en prévision de sa sortie, est informé des consignes de suivi pour les médicaments qui lui sont prescrits	Tout l'établissement	37
		1.1-10 Le patient est informé des dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées	Tout l'établissement	38
		1.1-11 Le patient est informé des produits sanguins labiles et des médicaments dérivés du sang (MDS) qui lui sont administrés	Tout l'établissement	39
		1.1-12 En ambulatoire, le patient reçoit les informations spécifiques aux modalités de sa prise en charge	Ambulatoire	40
		1.1-13 En HAD, le patient sait qui contacter à tout moment	Hospitalisation à domicile	41
		1.1-14 Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	Tout l'établissement	42
		1.1-15 Le patient a la possibilité, en situation de fin de vie, de faire valoir au plus tôt sa décision d'accéder aux soins palliatifs	Tout l'établissement	43
		1.1-16 Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner et sur les aides techniques et humaines adaptées à ses besoins nécessaires pour son retour à domicile	Tout l'établissement	44
		1.1-17 Le patient est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction	Tout l'établissement	45

Table des fiches critères

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application	Page
1. Le patient	1.2 Le patient est respecté	**1.2-01** Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité	Tout l'établissement	47
		1.2-02 Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	Enfant et adolescent	48
		1.2-03 Le patient vivant avec un handicap bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour	Patient vivant avec un handicap	49
		1.2-04 Le patient âgé dépendant bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour	Patient âgé	50
		1.2-05 Le patient bénéficie du respect de la confidentialité des informations le concernant	Tout l'établissement	51
		1.2-06 Le recours à la contention mécanique relève d'une décision médicale	Tout l'établissement	52
		1.2-07 Le patient reçoit une aide pour ses besoins élémentaires, même en situation de tension d'activité	Tout l'établissement	53
		1.2-08 Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur IQSS	Tout l'établissement	54
	1.3 Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	**1.3-01** Avec l'accord du patient et selon la situation, les proches et/ou aidants doivent pouvoir s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins	Tout l'établissement	56
		1.3-02 Les proches et/ou aidants du patient adhèrent, avec son accord, aux modalités spécifiques de prise en charge en HAD	Hospitalisation à domicile	57
		1.3-03 La présence des proches et/ou aidants est facilitée en dehors des heures de visite, lorsque la situation le nécessite	Tout l'établissement	58
	1.4 Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	**1.4-01** Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates	Tout l'établissement	60
		1.4-02 Le patient vivant avec un handicap - ou ses proches et/ou aidants - exprime ses besoins et préférences pour une prise en compte dans son projet de soins	Patient vivant avec un handicap	61
		1.4-03 Le patient mineur atteint de maladie chronique ou vivant avec un handicap bénéficie de modalités de prise en charge intégrant les préoccupations de socialisation, éducatives et scolaires adaptées à sa situation	Enfant et adolescent	62
		1.4-04 En soins de longue durée, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social	Soins de longue durée	63
		1.4-05 Le patient atteint de troubles psychiques bénéficie d'un panel de soins adapté et diversifié pour accompagner son inclusion sociale dans le cas où son état de santé le nécessite	Psychiatrie et santé mentale	64
		1.4-06 Les conditions de vie habituelles sont prises en compte notamment pour la préparation de la sortie	Tout l'établissement	65
2. Les équipes de soins	2.1 La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions, est argumentée au sein de l'équipe	**2.1-01** La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein de l'équipe	Tout l'établissement	67
		2.1-02 La pertinence de l'orientation du patient par le SAMU est argumentée avec l'équipe d'aval	SAMU – SMUR	68

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application	Page
2. Les équipes de soins	2.1 La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions, est argumentée au sein de l'équipe	**2.1-03** La pertinence de l'admission et du séjour en SSR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe	Soins de suite et de réadaptation	69
		2.1-04 En hospitalisation traditionnelle, la prescription d'une HAD est envisagée dans le cadre du projet de soins dès l'admission du patient	Tout l'établissement	70
		2.1-05 La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels, isolement) est argumentée et réévaluée IQSS	Psychiatrie et santé mentale	71
		2.1-06 La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée IQSS	Tout l'établissement	72
		2.1-07 La pertinence de la transfusion des produits sanguins (PSL et MDS) est argumentée	Tout l'établissement	73
	2.2 Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofes-sionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	**2.2-01** Chaque appelant au SAMU pour un problème de santé bénéficie d'une régulation médicale	SAMU – SMUR	75
		2.2-02 Le dossier médical préhospitalier des SMUR comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient	SAMU – SMUR	76
		2.2-03 L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge	Urgences	77
		2.2-04 L'équipe des urgences a accès au dossier du patient ayant déjà séjourné ou consulté dans l'établissement	Urgences	78
		2.2-05 Le dossier du patient est complet et accessible aux professionnels impliqués	Tout l'établissement	79
		2.2-06 Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins IQSS	Tout l'établissement	80
		2.2-07 La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux	Tout l'établissement	81
		2.2-08 Les équipes se coordonnent dans le cas où le patient n'a pas été orienté dans l'unité adaptée faute de disponibilité	Tout l'établissement	82
		2.2-09 L'équipe de soin peut faire appel si besoin à un réseau d'équipes de recours ou d'expertise	Tout l'établissement	83
		2.2-10 Les acteurs de la programmation opératoire se coordonnent et tiennent compte de la priorisation des urgences	Chirurgie et interventionnel	84
		2.2-11 Le secteur interventionnel et le secteur de soins échangent toutes les informations relatives au patient	Chirurgie et interventionnel	85
		2.2-12 Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la *check-list* « Sécurité du patient » est utilisée de manière efficace	Chirurgie et interventionnel	86
		2.2-13 Les professionnels intervenant à domicile partagent les informations nécessaires à la prise en charge du patient et se coordonnent IQSS	Hospitalisation à domicile	87
		2.2-14 En HAD, la capacité d'intervention soignante à domicile 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 est assurée	Hospitalisation à domicile	88

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application	Page
2. Les équipes de soins	2.2 Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofes-sionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	**2.2-15** En phase de transition adolescent-adulte, les équipes (pédiatriques ou pédopsychiatriques et adultes) se coordonnent pour assurer la continuité de la prise en charge du patient	Tout l'établissement	89
		2.2-16 Le carnet de santé, le dossier du patient et le cas échéant le dossier médical partagé sont mis à jour de manière synchronisée pour assurer la continuité des soins	Enfant et adolescent	90
		2.2-17 Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie	Psychiatrie et santé mentale	91
		2.2-18 En psychiatrie, la prise en charge ambulatoire permet un accès précoce aux soins psychiques	Psychiatrie et santé mentale	92
		2.2-19 Une démarche palliative pluridisciplinaire, pluriprofessionnelle et coordonnée, est mise en œuvre pour les patients en fin de vie	Tout l'établissement	93
		2.2-20 Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et adressée au médecin traitant IQSS	Tout l'établissement	94
	2.3 Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	**2.3-01** Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	Tout l'établissement	96
		2.3-02 Les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances sanitaires	Tout l'établissement	97
		2.3-03 Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments	Tout l'établissement	98
		2.3-04 Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments	Tout l'établissement	99
		2.3-05 Les équipes d'HAD maîtrisent la sécurisation du circuit des produits de santé	Hospitalisation à domicile	100
		2.3-06 Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque	Tout l'établissement	101
		2.3-07 L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques	Tout l'établissement	102
		2.3-08 Les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie	Tout l'établissement	103
		2.3-09 Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle	Tout l'établissement	104
		2.3-10 Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains IQSS	Tout l'établissement	105
		2.3-11 Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires IQSS	Tout l'établissement	106
		2.3-12 Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs	Chirurgie et interventionnel	108
		2.3-13 Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au traitement et au stockage des dispositifs médicaux réutilisables	Tout l'établissement	109

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application	Page
2. Les équipes de soins	2.3 Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	**2.3-14** Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates IQSS	Tout l'établissement	110
		2.3-15 Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent le risque infectieux en respectant les bonnes pratiques per-opératoires IQSS	Chirurgie et inteventionnel	111
		2.3-16 Les équipes pluriprofessionnelles maîtrisent le risque de dépendance iatrogène	Tout l'établissement	112
		2.3-17 Les équipes respectent les recommandations vaccinales pour les professionnels de santé IQSS	Tout l'établissement	113
		2.3-18 La gestion des récidives d'épisodes de violence est anticipée et gérée avec le patient à l'aide d'un plan de prévention partagé	Psychiatrie et santé mentale	114
		2.3-19 Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants	Tout l'établissement	115
		2.3-20 Les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du *post-partum* immédiat (HPPI) IQSS	Maternité	116
		2.3-21 L'autorisation de sortie du patient en chirurgie ambulatoire est validée	Ambulatoire	117
		2.3-22 Le transport des patients en intrahospitalier est maîtrisé	Tout l'établissement	118
	2.4 Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	**2.4-01** Les résultats cliniques sont analysés par l'équipe et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés IQSS	Tout l'établissement	120
		2.4-02 Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'évaluation de la satisfaction et de l'expérience du patient	Tout l'établissement	121
		2.4-03 Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins	Tout l'établissement	122
		2.4-04 Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des événements indésirables associés aux soins	Tout l'établissement	123
		2.4-05 Dans les secteurs de soins critiques, les modalités de prise en charge du patient sont analysées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés	Soins critiques	124
		2.4-06 Dans les blocs opératoires et secteurs interventionnels, les modalités de réalisation de la *check-list* sont analysées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés	Chirurgie et interventionnel	125
		2.4-07 Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens de biologie médicale et d'anatomopathologie sont mises en place	Tout l'établissement	126
		2.4-08 Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale sont mises en place	Tout l'établissement	127
		2.4-09 Les activités de prélèvement et de greffe d'organes, tissus ou cellules souches hématopoïétiques sont évaluées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés	Chirurgie et interventionnel	128

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application	Page
3. L'établissement	3.1 L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	**3.1-01** L'établissement participe aux projets territoriaux de parcours	Tout l'établissement	130
		3.1-02 L'établissement participe à la coordination des parcours sur le territoire ou hors territoire dans le cas d'activités de recours IQSS	Tout l'établissement	131
		3.1-03 L'établissement est inscrit dans une dynamique de projet territorial de santé mentale (PTSM)	Psychiatrie et santé mentale	132
		3.1-04 L'établissement a mis en place des modalités de collaboration entre les services ambulatoires de psychiatrie et la médecine générale de ville IQSS	Psychiatrie et santé mentale	134
		3.1-05 Pour les admissions en urgence dans les unités spécialisées, l'établissement a mis en place des modalités de prise en charge rapide	Urgences	135
		3.1-06 L'établissement contribue à prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences générales	Patient âgé	136
		3.1-07 Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément	Tout l'établissement	137
		3.1-08 L'établissement, investit ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoires	Tout l'établissement	138
	3.2 L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	**3.2-01** L'établissement promeut toutes les formes de recueil de l'expression du patient IQSS	Tout l'établissement	140
		3.2-02 L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients	Tout l'établissement	141
		3.2-03 L'établissement a une communication centrée sur le patient	Tout l'établissement	142
		3.2-04 L'établissement veille à la bientraitance	Tout l'établissement	143
		3.2-05 L'établissement participe à la lutte contre les situations et actes de maltraitance dont ont été victimes les patients	Tout l'établissement	144
		3.2-06 L'établissement lutte contre la maltraitance ordinaire en son sein	Tout l'établissement	145
		3.2-07 L'établissement assure l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap	Tout l'établissement	146
		3.2-08 L'établissement favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables, qu'il dispose ou non de missions spécifiques en la matière	Tout l'établissement	147
		3.2-09 L'établissement est organisé pour permettre au patient d'accéder à son dossier	Tout l'établissement	148
		3.2-10 L'établissement, porteur ou non de missions institutionnelles de recherche clinique, favorise l'accès aux innovations pour les patients	Tout l'établissement	149
		3.2-11 L'établissement assure l'implication des représentants des usagers et des associations de patients au sein de l'établissement, dans les instances et dans la vie de l'établissement	Tout l'établissement	150

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application	Page
3. L'établissement	3.3 La gouvernance fait preuve de leadership	**3.3-01** La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins	Tout l'établissement	152
		3.3-02 L'établissement soutient une culture de sécurité des soins	Tout l'établissement	153
		3.3-03 La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	Tout l'établissement	154
		3.3-04 Les responsables d'équipe bénéficient de formations ou de coaching en management	Tout l'établissement	155
	3.4 L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	**3.4-01** La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe	Tout l'établissement	157
		3.4-02 La gouvernance impulse et soutien des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe	Tout l'établissement	158
		3.4-03 Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées et développées	Tout l'établissement	159
	3.5 Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	**3.5-01** La gouvernance a une politique de qualité de vie au travail (QVT)	Tout l'établissement	161
		3.5-02 La gouvernance met en place des mesures de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits	Tout l'établissement	162
	3.6 L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	**3.6-01** La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	Tout l'établissement	164
		3.6-02 Les risques numériques sont maîtrisés	Tout l'établissement	166
		3.6-03 La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée	Tout l'établissement	167
		3.6-04 Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés	Tout l'établissement	168
		3.6-05 La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement	Tout l'établissement	170
	3.7 L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	**3.7-01** L'établissement pilote les revues de pertinence des pratiques	Tout l'établissement	172
		3.7-02 L'établissement prend en compte le point de vue du patient dans son programme d'amélioration de la qualité	Tout l'établissement	173
		3.7-03 Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont communiqués, analysés, exploités à l'échelle de l'établissement IQSS	Tout l'établissement	174

Table des fiches critères

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application	Page
3. L'établissement	3.7 L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	**3.7-04** Les analyses des événements indésirables graves sont consolidées, exploitées et communiquées à l'échelle de l'établissement	Tout l'établissement	175
		3.7-05 L'établissement siège d'un service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) ou d'une filière de prise en charge de l'urgence améliore l'organisation en aval des urgences pour assurer un parcours intrahospitalier de qualité en toute sécurité	Urgences	176
		3.7-06 L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement	Tout l'établissement	177

Chapitre 1.
Le patient

Objectif 1.1
Le patient est informé et son implication est recherchée

Le patient bénéficie de droits garantis par les textes législatifs et synthétisés par la charte de la personne hospitalisée (annexe à la circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006). Les établissements de santé se doivent d'informer le patient sur ses droits. Un résumé des principaux droits est intégré dans le livret d'accueil remis lors de chaque admission. Cette information peut être complétée par les représentants des usagers et/ou les associations de patients : ils constituent une ressource à laquelle l'accès des patients est facilité. La compréhension par le patient, son adhésion aux soins et sa participation aux différentes étapes de sa prise en charge facilitent la mise en œuvre de son projet de soins. L'engagement du patient est reconnu pour contribuer à une décision partagée visant à l'amélioration de la qualité, de l'efficacité et de la sécurité de ses soins. L'apport des proches et/ou aidants constitue, dans de nombreuses situations, une ressource tant pour le patient que pour l'équipe soignante. À ce titre et sous réserve de l'accord du patient, leur implication doit être favorisée.

Critère 1.1-01 Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques

L'information du patient est essentielle pour qu'il exerce ses droits et recours, fasse des choix éclairés, et pour éviter les incompréhensions. Le professionnel de santé doit s'assurer de la compréhension des informations délivrées. Il utilise des modes de communication et d'information adaptés prenant en compte chaque situation (handicap, maladie chronique, mineurs, précarité…). Une attention particulière devra être portée à l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Pour les enfants et adolescents, une information adaptée à l'âge ou la compréhension est délivrée directement par les professionnels de santé, en complément des informations données aux parents ou tuteurs. La remise au patient de la charte de la personne hospitalisée et du livret d'accueil améliore la qualité des relations entre le patient et les professionnels de santé. En ce qui concerne l'accueil des enfants, un livret d'accueil adapté à l'âge et à la compréhension des enfants et adolescents est disponible, ainsi que la charte européenne de l'enfant hospitalisé.

Tout l'établissement | Standard

Éléments d'évaluation

Patient traceur

Patient

- Le patient, sans avoir à le demander, est informé sur son diagnostic (hypothèse, confirmation), son état de santé, ses traitements, ses soins, la durée prévisionnelle de sa prise en charge, etc.
- Si son admission a été faite aux urgences, le patient a été informé du délai de sa prise en charge en fonction de son état de santé.

Professionnels

- L'équipe témoigne de l'information donnée au patient.
- Les informations destinées aux enfants et adolescents sont adaptées à leur niveau de compréhension.

Observation

- Affichage dans les services : charte de la personne hospitalisée & charte de l'enfant dans les secteurs accueillant des enfants.
- Affichage dans les services de supports d'information concernant des prises en charges spécifiques (ex : Charte Romain Jacob).

IQSS

- e-Satis + 48h MCO (questions *ad hoc*)
- e-Satis MCOCA (questions *ad hoc*)

Références HAS

- La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, 2017.
- Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, 2017.
- Faire dire, 2016.
- Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi, 2015.
- Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique, 2014.
- Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé, 2012.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 1110-4, L. 1111-2 et L. 1112-1 al. 4, du CSP.
- Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.
- Art. L. 1111-6 du CSP sur la désignation d'une personne de confiance.
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Critère 1.1-02 Le patient est impliqué, s'il le souhaite, dans l'évaluation bénéfice/risque de toute décision majeure pour sa prise en charge

L'information et la réflexion partagée sur le bénéfice/risque des actes diagnostiques et thérapeutiques à réaliser dans le cadre de la prise en charge (y compris les protocoles de recherche clinique) favorisent une plus grande compréhension et participent à l'engagement du patient dans ses soins. Au-delà des risques liés au résultat (efficacité, sécurité), les risques sont pris au sens large : douleur, délais, désagréments, effets secondaires, etc. L'information et la réflexion partagée permettent au patient, dès lors qu'il en a la capacité et le souhait, de participer aux décisions qui le concernent. À sa demande, la personne de confiance qu'il a désignée peut utilement contribuer à cette réflexion.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient traceur

Patient

- L'évaluation bénéfice/risque a été expliquée et partagée avec le patient ou, le cas échéant, avec le patient et/ou la personne de confiance qu'il a désignée.

Professionnels

- Le patient participe à la décision après qu'on lui a expliqué les bénéfices et les risques.

Références HAS

- La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, 2017.
- Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, 2017.
- Faire dire, 2016.
- Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi, 2015.
- Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique, 2014.
- Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé, 2012.

Références légales et réglementaires

- Art. L.1111-2 et L. 1112-2 al. 4 du CSP.
- Art. L. 1111-4 du CSP sur le consentement à un traitement.
- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Autres références

- Plan national maladies rares 2018-2022.

Critère 1.1-03 Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités

Le rôle du patient comme acteur de sa prise en charge est reconnu afin d'en améliorer la qualité et l'efficacité et de réduire les effets indésirables liés à une non-adhésion à son projet de soins. Ce projet nécessite la participation, la compréhension, l'adhésion du patient pour formaliser la proposition et les objectifs de prise en charge en accord avec lui. Il est un fil conducteur décliné tout au long de la prise en charge du patient. Il constitue une condition transversale de qualité, une condition d'observance, et fait l'objet d'un suivi et d'un ajustement en collaboration avec le patient. Le consentement doit être libre (absence de contrainte) et éclairé (précédé par une information claire et adaptée).

Tout l'établissement | Impératif

Éléments d'évaluation

Patient traceur

Patient

- Le patient consent à son projet de soins et à ses modalités (HAD, hôpital de jour, ambulatoire…).

Professionnels

- Les moyens de communication utilisés par les professionnels pour recueillir le consentement sont adaptés au patient.

Références HAS

- La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, 2017.
- Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, 2017.
- Faire dire, 2016.
- Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi, 2015.
- Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique, 2014.
- Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé, 2012.

Références légales et réglementaires

- Art. 16-3 du Code civil, art. L. 1111-4 et R. 1112-35, du CSP.
- Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1 C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

Autres références

- Promotion, prévention et programmes de santé – INPES, novembre 2009.

Critère 1.1-04 L'enfant ou l'adolescent est invité à exprimer son avis sur le projet de soins

Le ou les titulaires de l'autorité parentale expriment leur consentement libre et éclairé sur le projet de soins de leur enfant et ses modalités. La consultation de l'enfant sur son projet de soins est un droit reconnu par la convention internationale des droits de l'enfant. Cela encourage son implication et renforce son rôle dans le combat contre sa maladie. L'enfant ou l'adolescent est ainsi invité à exprimer son opinion sur son projet de soins. Son consentement doit être recherché mais n'est pas indispensable selon l'âge, le niveau de compréhension et la nature de sa prise en charge.

Tout l'établissement | Standard

Éléments d'évaluation

Parcours

Professionnels

- Les professionnels qui assurent la prise en charge de l'enfant documentent son avis sur le projet de soins et ses modalités.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 1111-2 du CSP.
- Art. L. 3211-10 du CSP.
- Art. 372 du Code civil.
- Art. L1111-5 du CSP.

Autres références

- Rapport du Défenseur des droits sur l'enfant, 2017.

Critère 1.1-05 Le patient bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir pour sa santé

En matière de santé, la prévention repose pour partie sur la sensibilisation et l'implication de chaque individu. Pour cela, les professionnels de santé développent des actions, adaptées et personnalisées, avec une approche motivationnelle, de nature à renforcer la capacité du patient à agir pour préserver et/ou améliorer son état de santé (tabac, alcool, autres drogues, activité physique, nutrition, hygiène, sexualité, dépistages…). Il lui est proposé une évaluation de son statut vaccinal.

Tout l'établissement | Standard

Éléments d'évaluation

Patient traceur

Patient

- Le patient bénéficie, en amont ou au cours de son séjour, d'interventions qui visent à renforcer sa capacité à agir pour promouvoir sa santé et réduire ses risques (tabac, alcool, autres drogues, activité physique, nutrition, hygiène, sexualité, dépistages, évaluation de son statut vaccinal…).

Professionnels

- Les équipes inscrivent dans le dossier du patient les informations relatives aux principaux facteurs de risque et de protection du patient (statut tabagique, consommation d'alcool, IMC et activité physique, voyages…).
- Les équipes délivrent au patient des messages spécifiques et adaptés ayant pour objectif de préserver ou d'améliorer son état de santé.
- Pour les patients vivant avec un handicap ou en situation de précarité, les carences en soins sont recherchées.

Observation

- Des supports d'information et de communication sur les messages de santé publique (vaccination, maltraitance…) et la prévention primaire (tabac, alcool, autres drogues, activité physique, nutrition, hygiène, sexualité, dépistages…) sont affichés ou à disposition dans les services.

Références HAS

- Activité physique et sportive pour la santé promotion, consultation et prescription, 2018.
- Stratégies de prévention de la carie dentaire, 2010.
- Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte, 2015.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 1111-2 et L. 1112-1 al. 4 du CSP.

Autres références

- Haut Conseil de la santé publique (HCSP), « Avis relatif à la place des offreurs de soins dans la prévention », 20 pages, 31 juillet 2018.
- Haut Conseil de la santé publique (HCSP), « Place des offreurs de soins dans la prévention », 84 pages, juillet 2018.
- Revue d'épidémiologie et de santé publique : approche terminologique de l'engagement des patients : point de vue d'un établissement de santé français, décembre 2019.

Critère 1.1-06 Le patient bénéficie d'actions pour devenir acteur de sa prise en charge.

Le bénéfice de l'implication du patient est démontré. Outre son information et son implication dans les décisions concernant sa prise en charge, la prise en compte de ses attentes, de ses préférences et de son expérience est favorisée par la mise en œuvre d'actions diverses (attitude des professionnels, association dans la mise en œuvre de la prise en charge, formation [dont éducation thérapeutique formalisée] ou simplement conseils des professionnels, par exemple l'aide aux premiers allaitements pour les femmes qui le souhaitent).

Tout l'établissement | Standard

Éléments d'évaluation

Patient traceur

Patient

- Le patient se sent impliqué dans sa prise en charge (s'il le souhaite).
- Le patient sait ce qu'il peut faire pour gérer ses soins, accélérer sa convalescence, éviter des complications.

Professionnels

- Dans le cas d'un isolement pour risque de transmission d'agents infectieux, les règles imposées au patient par les équipes lui sont expliquées.
- Le patient bénéficie d'actions d'information, d'actions éducatives, de formations adaptées qui favorisent son implication dans sa prise en charge.

IQSS

- e-Satis + 48h MCO (questions *ad hoc*)
- e-Satis MCOCA (questions *ad hoc*)

Références HAS

- Éducation thérapeutique du patient (ETP) : évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques, 2018.
- Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi, 2015.
- L'éducation thérapeutique du patient, 2014.
- Mise en œuvre de l'éducation thérapeutique dans le cadre de l'expérimentation PAERPA, 2014.
- Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée », 2013.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 1111-2 et L. 1111-4 du CSP.
- Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées, et comportant une charte de la personne hospitalisée.
- Art. D. 6143-37-1-5 et R. 6146-9-2-5° du CSP.
- Art. L1161-2 du CSP.
- Arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient.
- Textes réglementaires sur l'autorisation des programmes d'ETP par les ARS.
- Décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation.
- Art. R. 6123-119 du CSP.

Autres références

- Décrets SSR (tronc commun, accompagner la perte d'autonomie provisoire ou définitive).

Critère 1.1-07 Les futurs parents discutent d'un projet de naissance avec l'équipe soignante dès le début de la grossesse

Un projet de naissance est élaboré si les parents le souhaitent dès le début de la grossesse et permet aux futurs parents de transmettre leurs souhaits quant au mode d'accouchement, l'accueil du bébé, le séjour en maternité, dans la mesure où celui-ci n'est pas contraint par une situation clinique à risque pour la mère ou pour l'enfant. Le repérage des situations de vulnérabilité de nature sociale ou psychologique est assuré. Dans ce cas, des dispositifs d'aide et d'accompagnement sont proposés.

Maternité Avancé

Éléments d'évaluation

Patient traceur

Patient

- Un projet de naissance a été proposé aux futurs parents, s'ils l'ont souhaité, dès le début de la grossesse.

Professionnels

- Un projet de naissance a été proposé aux futurs parents, s'ils l'ont souhaité, dès le début de la grossesse.

Références HAS

- Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales, 2017.
- Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, 2016.
- Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés, 2014.
- Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance, 2014.
- Préparation à la naissance et à la parentalité, 2012.
- Comment mieux informer les femmes enceintes ?, 2005.

Critère 1.1-08 Le patient a pu désigner la personne à prévenir et la personne de confiance de son choix

La réglementation prévoit l'identification dans le dossier du patient d'une personne « à prévenir » et d'une personne de confiance. La personne de confiance pourra accompagner le patient dans toute démarche liée à sa santé et, s'il est hors d'état d'exprimer sa volonté, elle sera consultée en priorité pour l'exprimer. Elle pourra recevoir l'information médicale à la place du patient. À ce titre, les professionnels de santé peuvent recourir à la personne de confiance, notamment lorsque le patient a des troubles cognitifs. Cette identification est réalisée le plus en amont possible et par anticipation des situations de crise, notamment en psychiatrie.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient

- Le patient est informé de la possibilité de désigner une personne à prévenir et une personne de confiance.

Professionnels

- Le professionnel informe le patient du rôle de la personne de confiance et lui suggère de porter ces informations auprès de la personne qu'il aura choisie.

Consultation documentaire

- La remise d'information et l'identité de la personne à prévenir et de la personne de confiance sont tracées dans le dossier.

Patient traceur

Références HAS

- Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé, Principes généraux, 2012.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 1111-6 et R. 1112-3 du CSP.
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système.
- Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du CSP, charte de la personne hospitalisée.
- Loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

Critère 1.1-09 Le patient, en prévision de sa sortie, est informé des consignes de suivi pour les médicaments qui lui sont prescrits

Le patient reçoit une information sur les éventuelles modifications de son traitement habituel, les traitements prescrits en cours d'hospitalisation et le traitement à poursuivre après sa sortie. Il doit comprendre les objectifs des traitements et de leurs éventuelles modifications. L'information ainsi délivrée favorise l'observance aux traitements et participe à la bonne implication du patient dans sa prise en charge. La disponibilité du bilan médicamenteux à l'admission contribue à cette information.

Tout l'établissement | Standard

Éléments d'évaluation

Patient traceur

Patient

- Le patient, en prévision de sa sortie, est informé :
  - des éventuelles modifications de son traitement habituel (arrêt, substitution, posologie, etc.) ;
  - de l'éventuel nouveau traitement prescrit ;
  - des consignes de suivi ;
  - de la nécessité de signaler tout effet indésirable lié à son traitement médicamenteux et selon les modalités indiquées.

Professionnels

- Les professionnels s'assurent du bon niveau de compréhension du patient.

Références HAS

- Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments, 2013.

Références légales et réglementaires

- Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison.

Critère 1.1-10 Le patient est informé des dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées

En application du règlement européen 2017/745 du 5 avril 2017 (article 18) relatif aux dispositifs médicaux implantables, la carte d'implant est fournie au patient pour les dispositifs médicaux qui lui sont implantés pendant son séjour. Cette carte mentionne les éléments suivants :

- les informations permettant l'identification du dispositif, dont le nom, le numéro de série, le numéro de lot, l'IUD, le modèle du dispositif, ainsi que le nom, l'adresse et le site Internet du fabricant ;
- les mises en garde, précautions ou mesures à prendre par le patient ou par un professionnel de santé à l'égard des interférences réciproques avec des sources ou conditions d'environnement extérieures ou des examens médicaux raisonnablement prévisibles ;
- toute information sur la durée de vie prévue du dispositif et le suivi éventuellement nécessaire ;
- toute autre information destinée à garantir l'utilisation sûre du dispositif par le patient, notamment les informations quantitatives et qualitatives générales sur les matériaux et substances auxquels les patients sont susceptibles d'être exposés.
- L'ensemble des informations est noté dans ses différents dossiers.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient traceur

Patient

- Le patient a été préalablement informé avant la pose du dispositif médical implantable.
- Le patient est informé des mises en garde, précautions ou conduites à tenir en cas d'incident et reçoit toute autre information destinée à garantir l'utilisation sûre du dispositif.

Professionnels

- La carte d'implant contenant toutes les informations liées au dispositif médical implanté est délivrée au patient à sa sortie.

Consultation documentaire

- La pose du dispositif médical implantable, son identification et l'information du patient sont tracées :
  - dans le dossier du patient ;
  - dans la lettre de liaison et/ou les documents de sortie ;
  - et, s'ils existent, dans le dossier médical partagé et le dossier pharmaceutique.

Références légales et réglementaires

- Règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017.
- Décret n° 2006-1497 fixant les règles particulières de la matériovigilance exercée sur certains dispositifs médicaux.
- Instruction n° DGOS/PF2/2014/158 du 19 mai 2014 : enquête nationale sur l'organisation de la traçabilité sanitaire des DMI dans les ETS publics ou privés MCO.
- Instruction n° DGOS/PF2/2015/200 du 15 juin 2015 : propositions d'axes d'amélioration à la suite de la synthèse des résultats nationaux.
- Arrêté du 26 janvier 2007 précisant la liste des DM soumis aux règles particulières de traçabilité.
- Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé.
- Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison.
- Article L. 1111-23 pour DMI dans DP.

Autres références

- Guide de traçabilité de dispositifs médicaux, Édition 2016, Europharmat.

Critère 1.1-11 Le patient est informé des produits sanguins labiles et des médicaments dérivés du sang (MDS) qui lui sont administrés

Le patient reçoit une information sur les produits sanguins labiles et les médicaments dérivés du sang qui lui ont été administrés, les risques encourus, les précautions et les conduites à tenir en cas d'incident. Le patient est informé de la notification de ces informations sur son dossier médical partagé, le cas échéant.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient

- Le patient reçoit une information sur les produits sanguins labiles et les médicaments dérivés du sang qui lui ont été administrés, les risques encourus, les précautions et les conduites à tenir en cas d'incident.

Professionnels

- Toutes les informations liées aux produits sanguins labiles et aux médicaments dérivés du sang administrés au patient lui sont délivrées.

Patient traceur

Références légales et réglementaires

- Art. L. 1111-2 du CSP.
- Art. R. 4127-35 du CSP.

Critère 1.1-12 En ambulatoire, le patient reçoit les informations spécifiques aux modalités de sa prise en charge

Le patient est informé des modalités avant, pendant et après son séjour en ambulatoire du point de vue administratif aussi bien que de ses soins. Ces informations, explicitées au patient, sont rassemblées dans un document qui lui est remis ou aisément accessible.

Ambulatoire **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient traceur

Patient

- En chirurgie, le patient est informé des modalités pré, péri et postopératoires de sa prise en charge ambulatoire.
- Les informations sont remises au patient dans un document spécifique qui indique les événements indésirables possibles ainsi que la conduite à tenir en cas de survenue (type « passeport » pour la chirurgie).

Professionnels

- Les professionnels informent le patient des modalités de prise en charge en ambulatoire avant, pendant et après son séjour.

Références HAS

- Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire (e-Satis MCOCA), 2019.
- Éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient en chirurgie ambulatoire, 2014.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 1111-2 et D. 6124-304 du CSP.
- Article R. 4127-35 du CSP.

Autres références

- Chirurgie ambulatoire mode d'emploi, ANAP, 2013.
- Guide de bonne pratique en chirurgie ambulatoire de l'enfant, OA CHIRPED, 2014.

Critère 1.1-13 En HAD, le patient sait qui contacter à tout moment

Le patient doit être informé des numéros d'appel qui lui permettent d'obtenir une intervention soignante 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 et, si nécessaire, le recours à un avis médical en interne ou en externe à tout moment.

Hospitalisation à domicile **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient traceur

Patient

- Le patient et/ou ses proches et/ou aidants savent qui contacter à tout moment.
- Les numéros d'appel sont consignés dans un document disponible au domicile du patient.

Professionnels

- Un médecin ou une IDE peut répondre au patient en cas de besoin 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Références HAS

- Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD à destination des médecins prescripteurs, 2017.

Références légales et réglementaires

- Art. D. 6124-309 et D. 6124-310 du CSP.

Critère 1.1-14 Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées

Rédiger ses directives anticipées est un droit. Les professionnels, de façon adaptée à la situation clinique du patient, doivent lui rappeler ce droit et inciter les patients à renseigner leur dossier médical partagé.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient

- Le patient est informé sur son droit à rédiger ses directives anticipées.

Professionnels

- Les équipes informent le patient sur son droit à rédiger ses directives anticipées.

Consultation documentaire

- Lorsque le patient a rédigé des directives anticipées, celles-ci sont tracées dans le dossier.

Patient traceur

Références HAS

- Les directives anticipées concernant les situations de fin de vie, 2016.
- Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé – Principes généraux, 2012.

Références légales et réglementaires

- Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.
- Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.
- Art. L. 1111-11 à L. 1111-12 du CSP.
- Art. R. 1111-17 à R. 1111-20 du CSP.
- Charte de la personne hospitalisée.

Critère 1.1-15 Le patient a la possibilité, en situation de fin de vie, de faire valoir au plus tôt sa décision d'accéder aux soins palliatifs

Lorsque le traitement spécifique de la maladie atteint ses limites, le patient a la possibilité d'accéder aux soins palliatifs. L'objectif consiste à soulager ses douleurs physiques, à prendre en compte sa souffrance psychologique, spirituelle et sociale. Le patient a ainsi la possibilité de :

- bénéficier de soins de support diminuant les effets secondaires des traitements, les effets de la maladie ;
- ne pas subir d'obstination déraisonnable pour éviter toute souffrance réfractaire et insupportable ;
- refuser les investigations, limiter ou arrêter ses traitements ;
- pouvoir recourir à une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès.

Le patient exprime sa volonté d'accéder aux soins palliatifs S'il ne peut le faire et s'il n'a pas rédigé de directives anticipées, l'expression de sa volonté est recherchée. auprès de la personne de confiance ou, à défaut, auprès de la famille ou de l'un des proches. Le patient peut accéder aux soins palliatifs, y compris en dehors des unités ou espaces dédiés. Si le patient le souhaite, son retour à domicile est facilité.

Tout l'établissement | Standard

Éléments d'évaluation

Patient traceur

Professionnels

- L'expression de la volonté du patient en fin de vie est recherchée.
- En l'absence de directives anticipées, la personne de confiance est sollicitée pour témoigner de la volonté exprimée par le patient.

Références HAS

- Les directives anticipées concernant les situations de fin de vie, 2016.
- Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé – Principes généraux, 2012.

Références légales et réglementaires

- Art. R. 4127-37, R. 4127-37-1, R. 4127-37-2 et R. 4127-37-3 du CSP.
- Charte de la personne hospitalisée.

Critère 1.1-16 Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner et sur les aides techniques et humaines adaptées à ses besoins nécessaires pour son retour à domicile

Les patients et leurs proches et/ou aidants peuvent bénéficier de l'appui des représentants des usagers et/ou des associations de patients bénévoles (dans l'établissement ou non). Elles peuvent intervenir dans divers champs : information, accueil, entraide, soutien des personnes concernées, formation des malades, des familles et des professionnels, information et éducation thérapeutiques, accompagnement et accès aux soins et aux droits. Pour faciliter le retour à domicile, les préconisations relatives aux aides techniques et humaines adaptées à ses besoins et leur mise en place sont conseillées au patient et à ses proches. L'établissement se doit d'informer le patient de leur existence et faciliter l'accès à ces dernières en amont de sa sortie.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient

- Le patient est informé des structures et des personnes, représentants des usagers et/ou associations de bénévoles, qui peuvent l'accompagner.
- Le patient est informé sur les modalités pour les contacter (coordonnées, permanence, …)
- Le cas échéant, le patient est informé sur les aides techniques et humaines adaptées à ses besoins nécessaires pour son retour à domicile.

Patient traceur

Observations

- Les contacts des représentants des usagers (CDU) et des associations de patients sont facilement accessibles et mis à jour, et mentionnent, le cas échéant, les informations sur les permanences des associations, éventuellement sur le site Internet.

Observation

Références légales et réglementaires

- Art. L. 1111-1 à L. 1111-9 du CSP, information des usagers du système de santé et expression de leur volonté (Art. L. 1111-2).
- Art. L. 1112-1 à L. 1112-6 du CSP.
- Arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé.

Autres références

- Plan Cancer 2014-2019, Action 7.15 : soutenir des expériences de « patients ressources » bénévoles et évaluer l'apport et les conditions de leur participation à l'accompagnement des personnes
- Rapports du CCNE, de l'IGAS, du CEE, 2018.
- Rapport citoyen de 2018. Enquête 2016, France – Bénévolat (page 8).
- Référentiel JALMALV sur l'accompagnement et le soin palliatif.
- Recommandations de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP).

Critère 1.1-17 Le patient est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction

La prise en compte du point de vue du patient permet d'améliorer la qualité de la prise en charge. Pour ce faire, un système de recueil et d'analyse de l'expérience du patient et de sa satisfaction est mis en place. En fonction des modes et des durées de prise en charge, les modalités de recueil et d'exploitation de l'expression des patients peuvent prendre des formes différentes allant du questionnaire à la tenue de réunions régulières entre patients et professionnels. Les patients peuvent déclarer tout événement indésirable grave lié à leurs soins (EIGS). Ils doivent être informés de cette possibilité et des modalités de déclaration.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient

- Le patient peut s'exprimer sur son expérience quant à sa maladie. Son point de vue est pris en compte.
- Le patient est informé des modalités pour exprimer sa satisfaction et/ou son expérience durant et après son séjour (e-Satis, questionnaires de satisfaction).
- Le patient est informé des modalités pour soumettre une réclamation durant et après son séjour.
- Le patient est informé des modalités pour déclarer tout événement indésirable grave lié à ses soins (EIGS).

Professionnels

- L'équipe sollicite le patient sur son expérience quant à sa prise en charge. Son point de vue est pris en compte.

Patient traceur

Références HAS

- Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés + 48 h en MCO (e-Satis +48h MCO), 2019.
- Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire (e-Satis MCOCA), 2019.
- Faire dire, 2016.
- Implication des représentants des usagers dans la certification, 2015.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 1112-3 et R. 1112-91 du CSP.
- Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/S. D4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.
- Décret du 1er juin 2016 relatif à la Commission des usagers.

Autres références

- Stratégie nationale santé, 2018/2022.

Chapitre 1.
Le patient

Objectif 1.2
Le patient est respecté

Le patient bénéficie de droits garantis par les textes législatifs et synthétisés par la charte de la personne hospitalisée (annexe à la circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006). Parmi ces droits figure l'obligation de respect de la personne hospitalisée. Cette obligation couvre différents registres : respect de l'intégrité de la personne, de sa vie privée, de la confidentialité des informations la concernant, de ses croyances et convictions, de sa liberté d'aller et venir. L'établissement se doit par toute disposition appropriée de garantir le respect du patient en toute circonstance.

Critère 1.2-01 Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité

L'établissement met en place des mesures qui visent à garantir, en toute circonstance, le respect de l'intimité et de la dignité du patient, particulièrement dans les situations des chambres à plusieurs lits, d'attente dans les couloirs, de contention, etc. Le patient est traité avec égards et ne souffre pas de gestes, propos ou attitudes inappropriés de la part des professionnels. Il convient d'être très vigilant pour éviter l'infantilisation des personnes lors des soins prodigués. Les professionnels y seront particulièrement attentifs si le patient vit avec un handicap, ou s'il s'agit d'une personne âgée vulnérable.

Tout l'établissement | Impératif

Éléments d'évaluation

Patient

- Du point de vue du patient, les conditions d'accueil et de prise en charge ont respecté sa dignité et son intimité (exemples : portes fermées, sanitaires en nombre suffisant, hygiène des locaux, état des chambres, …).
- Du point de vue du patient, les professionnels respectent sa dignité et son intimité.

Patient traceur

Observations

- Les équipements et les locaux garantissent la dignité des patients.
- Les pratiques garantissent la dignité des patients.

Observation

Références HAS

- Le déploiement de la bientraitance, 2012.
- La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre, 2008.

Références légales et réglementaires

- Art. 9 du Code civil et art. L. 1110-2, L. 1110-4 du CSP.
- Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/. SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.
- Charte Romain Jacob.
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du CSP.

Critère 1.2-02 Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté

Il convient d'éviter l'hospitalisation d'un mineur dans un secteur d'adultes. Les enfants et adolescents doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier en toute sécurité des soins et des activités ludiques et éducatives, adaptées à leur âge. Toutefois, les exceptions doivent être encadrées par des mesures adaptées pour le temps estimé de l'hospitalisation, dans un espace réservé, avec des professionnels formés et un environnement permettant de garantir la sécurité et le bien-être des enfants et adolescents. Pour les grands adolescents, il sera tenu compte chaque fois que possible de leurs souhaits quant au type de service où ils séjourneront.

Enfant et adolescent **Impératif**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- Dans les services accueillant des mineurs, les professionnels sont formés à la prise en charge des enfants et adolescents.

Parcours traceur

Observations

- En cas d'hospitalisation de mineurs dans un service d'adultes, l'environnement est adapté à leur sécurité et à leur protection.

Observation

Références légales et réglementaires

- Circulaire ministérielle 83-24 du 1er août 1983.
- Décision du Défenseur des droits MDE-MSP 2015-190 du 4 septembre 2015.
- Charte de l'enfant hospitalisé, 1988.

Critère 1.2-03 Le patient vivant avec un handicap bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour

Tout patient vivant avec un handicap peut perdre son autonomie dans les activités de base de la vie quotidienne. Cette perte d'autonomie peut être due à plusieurs facteurs intriqués : certains sont liés au patient (sa pathologie et son état de santé avant l'hospitalisation) ; d'autres sont liés aux modalités de soins et à l'environnement hospitalier. L'aptitude du patient fait l'objet d'une évaluation systématique. Des mesures adaptées doivent être mises en œuvre pour préserver l'autonomie des personnes hospitalisées.

Patient vivant avec un handicap **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient

- Du point de vue du patient, son autonomie est maintenue durant son séjour, hormis les effets inhérents aux modalités de sa prise en charge.

Professionnels

- Les aptitudes et capacités du patient font l'objet d'une évaluation systématique.
- Les mesures permettant le maintien de l'autonomie du patient tout au long de son séjour sont mises en place.

Patient traceur

Références HAS

Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap, 2018.

Références légales et réglementaires

- Charte de la personne hospitalisée [points VIII et VIX].
- Charte Romain Jacob.

Critère 1.2-04 Le patient âgé dépendant bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour

Tout patient âgé peut perdre son autonomie dans les activités de base de la vie quotidienne. Cette perte d'autonomie peut être due à plusieurs facteurs intriqués : certains sont liés au patient (sa pathologie et son état de santé avant l'hospitalisation) ; d'autres sont liés aux modalités de soins et à l'environnement hospitalier. L'aptitude du patient fait l'objet d'une évaluation systématique. Des mesures adaptées doivent être mises en œuvre pour préserver l'autonomie des personnes hospitalisées, y compris les mesures d'aide et d'accompagnement à certains gestes (toilette, alimentation…).

Patient âgé **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient

- Du point de vue du patient, son autonomie est maintenue durant son séjour, hormis les effets inhérents aux modalités de sa prise en charge.

Professionnels

- L'aptitude du patient fait l'objet d'une évaluation systématique.
- Les mesures permettant le maintien de l'autonomie du patient tout au long de son séjour sont mises en place.

Patient traceur

Références HAS

Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap, 2018.

Références légales et réglementaires

- Charte de la personne hospitalisée [points VIII et VIX].

Critère 1.2-05 Le patient bénéficie du respect de la confidentialité des informations le concernant

L'établissement garantit la confidentialité des informations qu'il détient sur les personnes hospitalisées. Le patient est informé des mesures qui garantissent le respect de la confidentialité des informations le concernant. Toutefois, les informations à caractère médical, dans la mesure où elles sont utiles à la continuité des soins et déterminent la meilleure prise en charge possible, sont confiées par le patient à :

- l'ensemble de l'équipe de soins qui le prend en charge ;
- d'autres professionnels de santé ne faisant pas partie de l'équipe de soins qui prend en charge le patient, dans la mesure où celui-ci en aura été averti et ne s'y sera pas opposé.

Les professionnels sont attentifs à ce que la confidentialité du patient soit respectée mais ne compromette pas la sécurité de ses soins. Une personne hospitalisée peut refuser toute visite et demander que sa présence ne soit pas divulguée.

Tout l'établissement | Standard

Éléments d'évaluation

Patient

- Du point de vue du patient, la confidentialité et le secret professionnel ont été respectés lors de son séjour.

Patient traceur

Observations

- Les professionnels respectent la confidentialité et le secret professionnel dans la totalité des secteurs de l'hôpital.

Observation

Références HAS

Références légales et réglementaires

- Art. 9 du Code civil, art. L. 1110-2 et L. 1110-4 du CSP.
- Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1 C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du CSP.

Critère 1.2-06 Le recours à la contention mécanique relève d'une décision médicale

Le recours à la contention mécanique relève d'une décision médicale prise sur les éléments cliniques issus d'un examen médical et doit être motivé au sein du dossier du patient. La motivation doit notamment faire apparaître les mesures mises en œuvre au préalable sans succès afin d'établir qu'elle est réellement prise en dernier recours. Elle intègre la réflexion bénéfice/risque et doit être proportionnée et réévaluée tout au long de l'hospitalisation. Une information claire et explicite doit être fournie au patient et/ou à sa personne de confiance et notée dans le dossier du patient, notamment chez les patients âgés.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient

- En cas de contention, le patient – et/ou sa personne de confiance – a reçu une information claire et explicite sur sa motivation.

Professionnels

- La contention mécanique fait l'objet d'une décision médicale précisant les modalités de mise en œuvre :
  - points de contention ;
  - diurnes ou nocturnes ;
  - durée ;
  - modalités de surveillance et d'évaluation.
- La motivation ayant conduit au recours à la contention physique est argumentée et tient compte des éventuels échecs des mesures alternatives antérieures et de l'évaluation bénéfice/risque.
- La pertinence du maintien de la contention mécanique est obligatoirement réévaluée.

Patient traceur

Références HAS

- Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation, 2018.
- Isolement et contention en psychiatrie générale, 2017.
- Trouble du spectre de l'autisme : interventions et parcours de vie de l'adulte, 2017.
- Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie, 2016.
- Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent, 2012.
- Contention physique de la personne âgée, 2005.
- Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité, 2004.

Références légales et réglementaires

- Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1/C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.
- Instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à « la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement ».

Critère 1.2-07 Le patient reçoit une aide pour ses besoins élémentaires, même en situation de tension d'activité

La réponse aux besoins fondamentaux du patient doit être systématiquement assurée (hydratation, nutrition, accompagnement aux toilettes, hygiène), particulièrement en cas de perte d'autonomie et pour les personnes vivant avec un handicap. Durant les moments de tension liés à des situations de forte activité, les équipes y veillent tout particulièrement (par exemple dans des situations d'attente prolongée sur brancard)..

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient traceur

Patient

- Le patient a reçu tout au long de sa prise en charge une réponse et une aide pour répondre à ses besoins élémentaires (hydratation, nutrition, accompagnement aux toilettes, hygiène).

Professionnels

- Les besoins élémentaires du patient sont évalués (hydratation, nutrition, accompagnement aux toilettes, hygiène).

Références légales et réglementaires

- Art. D. 6124-19 et D. 6124-23 du CSP.
- Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers.

Critère 1.2-08 Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur

Le patient est seul capable d'indiquer l'intensité de sa douleur. Il est écouté par les équipes de soins afin que soit mis en place le traitement médicamenteux approprié ou toute autre forme d'analgésie non médicamenteuse. Tous les moyens sont mis en œuvre pour évaluer la douleur du patient, quel que soit son secteur de prise en charge. L'entourage peut également informer l'équipe de soins. Pour les patients non communicants, une échelle d'hétéro-évaluation est utilisée. Dès lors que le patient ressent ou est susceptible de ressentir la douleur, celle-ci est évaluée avec lui et ce jusqu'à disparition complète et durable de la douleur. Ces réévaluations sont notées dans le dossier du patient et les résultats permettent, le cas échéant, d'adapter les modalités de prise en charge du patient.

Tout l'établissement | Impératif

Éléments d'évaluation

Patient traceur

Patient

- Le patient évalue sa douleur dès lors qu'il la ressent ou est susceptible de la ressentir et ce jusqu'à disparition complète et durable de la douleur.

Professionnels

- Pour les patients vivant avec un handicap ou en situation de vulnérabilité, une attention particulière est portée sur les modalités d'évaluation adaptées de la douleur.

Consultation documentaire

- L'anticipation, le soulagement de la douleur et les réévaluations régulières sont retrouvés dans le dossier (quand une prescription « si besoin » est réalisée, le besoin – niveau de douleur – est précisé).

IQSS

- Évaluation de la prise en charge de la douleur MCO.
- Évaluation de la prise en charge de la douleur SSR.
- Évaluation de la prise en charge de la douleur HAD.

Références HAS

- Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie, 2020.
- Prise en charge médicamenteuse de la douleur chez l'enfant : alternatives à la codéine, 2016.
- Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient, 2009.
- Douleur chronique : les aspects organisationnels : le point de vue des structures spécialisées, 2009.
- Douleur postopératoire, 2006.
- Prévention et traitement de la douleur postopératoire en chirurgie buccale, 2005.
- Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale, 2000.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 1110-5-3 et L. 1112-4 du CSP.
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système.
- Circulaire DHOS/E2 n° 2002-266 du 30 avril 2002.
- Circulaire DGS/DH/DAS n° 99/84 du 11 février 99.
- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Chapitre 1.
Le patient

Objectif 1.3
Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient

Les proches et/ou aidants constituent une ressource pour le patient et les équipes soignantes. Leur présence dans la durée auprès du patient et leur connaissance de ses habitudes et besoins, notamment lorsque celui-ci vit avec un handicap, une moindre autonomie, ou est atteint d'une maladie chronique, s'avèrent très utiles à la prise en compte dans le projet de soins des besoins spécifiques du patient.

Critère 1.3-01 Avec l'accord du patient et selon la situation, les proches et/ou aidants doivent pouvoir s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins

Dès l'accueil et tout au long de la prise en charge, sauf refus exprimé par le patient, la participation des proches et/ou aidants à l'élaboration du projet de soins est recherchée par les équipes, particulièrement dans les situations difficiles et pour les patients vivant avec un handicap ou en situation de dépendance. Le partage de leur connaissance du patient avec l'équipe soignante permet une meilleure adaptation de la prise en charge.

Tout l'établissement | Standard

Éléments d'évaluation

Patient

- Dans des situations difficiles, des locaux adaptés permettent que les échanges avec les proches et/ou aidants se réalisent dans le respect de l'intimité et de la confidentialité (patient, proches et/ou aidants).

Professionnels

- Si accord du patient, l'association des proches et/ou aidants est facilitée dans la mise en œuvre du projet de soins, particulièrement dans les situations difficiles et pour le patient vivant avec un handicap ou en situation de dépendance.

Patient traceur

Références HAS

- Trouble du spectre de l'autisme : interventions et parcours de vie de l'adulte, 2018.
- Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi, 2015.
- L'accompagnement à la santé de la personne handicapée, 2013.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 1110-4, L. 1111-2, L. 1111-4 et L. 1111-6-1 du CSP.

Critère 1.3-02 Les proches et/ou aidants du patient adhèrent, avec son accord, aux modalités spécifiques de prise en charge en HAD

L'adhésion des proches et/ou aidants, lorsqu'ils sont associés à la mise en œuvre du projet de soins, est nécessaire lors d'une hospitalisation à domicile. Elle nécessite :

- de les informer et de les accompagner spécifiquement (missions et fonctionnement d'une HAD, rôle du médecin coordonnateur) ;
- d'évaluer régulièrement leur place dans la prise en charge (à la préadmission, lors du suivi et pour la sortie d'HAD) ;
- de prévoir une organisation pour les aider en cas de besoin, en lien avec les acteurs du territoire.

Hospitalisation à domicile **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient

- Des supports d'information aux patients et aux proches et/ou aidants sont remis au patient.
- Un accompagnement social et/ou psychologique et/ou logistique est proposé, en cas de besoin, aux proches et/ou aidants *a minima* pendant l'hospitalisation.
- Le projet d'hospitalisation à domicile est expliqué conjointement au patient et aux proches et/ou aidants afin de recueillir leur adhésion.

Professionnels

- Les professionnels informent et accompagnent le patient dans sa prise en charge en HAD.

Patient traceur

Critère 1.3-03 La présence des proches et/ou aidants est facilitée en dehors des heures de visite, lorsque la situation le nécessite

Face à des situations difficiles, la présence des proches auprès du patient hospitalisé peut être rassurante pour améliorer le vécu de sa maladie et de son hospitalisation. Les situations difficiles doivent être identifiées par les professionnels et des réponses adaptées et personnalisées doivent être proposées en accord avec le patient. Dans le cas de la prise en charge d'un enfant, à l'exception de restrictions liées à son état clinique, des solutions sont proposées aux parents au sein ou à proximité de l'établissement pour favoriser leur présence à son chevet. L'établissement favorise leur présence 24 heures sur 24, qui rassure l'enfant et les parents. Elle favorise l'implication de ces derniers dans la prise en charge. Le partage de leur connaissance de l'enfant avec l'équipe soignante permet une meilleure adaptation de la prise en charge.

Tout l'établissement | Standard

Éléments d'évaluation

Patient traceur

Patient

- Dans les situations cliniques difficiles, la présence des proches et/ou aidants auprès du patient est proposée et facilitée par l'équipe en dehors des heures de visite. Pour les enfants, la présence des parents est favorisée 24 heures sur 24.

Professionnels

- Des réponses adaptées et personnalisées sont proposées aux proches et/ou aidants en accord avec le patient.

Consultation documentaire

- Les situations difficiles sont identifiées par les professionnels et tracées dans le dossier.

Chapitre 1.
Le patient

Objectif 1.4
Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge

Les mécanismes de l'isolement social font interagir de nombreux facteurs. Le risque d'être isolé augmente très fortement avec l'âge. Si toutes les catégories socioprofessionnelles peuvent être affectées, la corrélation entre niveau socio-économique et isolement est établie. Les réseaux de sociabilité des personnes en situation de pauvreté sont moins divers et, dans ce contexte, les conséquences des ruptures sont plus radicales. De la même façon, les maladies chroniques, les pathologies invalidantes, la perte d'autonomie et le handicap peuvent enfermer dans un processus de rupture. Les addictions peuvent, quant à elles, conduire au repli sur soi, jusqu'à la rupture avec la famille et avec l'entourage.

Critère 1.4-01 Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates

Le parcours de santé et de soins du patient en situation de précarité sociale est étroitement lié à ses conditions de vie. Les équipes de soins associent les professionnels concernés pour organiser son parcours de santé et de soins.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient

- Le patient en situation de précarité sociale, s'il le souhaite, peut être orienté vers les aides sociales adaptées.

Professionnels

- Les équipes de soins associent les professionnels concernés pour organiser le parcours de santé et de soins des patients en situation de précarité sociale dans le cadre d'une coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.

Patient traceur

Références HAS

- Plan personnalisé de coordination en santé, 2019.
- Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs, 2018.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 1110-6 et L. 1110-12 du CSP.

Autres références

- Parcours de soins des enfants atteints de maladies chroniques, Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant, 2015.
- Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité, Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant, 2014.

Critère 1.4-02 Le patient vivant avec un handicap – ou ses proches et/ou aidants – exprime ses besoins et préférences pour une prise en compte dans son projet de soins

Afin d'éviter tout risque de décompensation et/ou d'altération de la qualité de vie des patients vivant avec un handicap, leurs besoins et préférences, ainsi que ceux de leurs proches et/ou aidants, sont pris en compte, par les équipes dans leurs projets de soins. Celui-ci est élaboré de façon pluriprofessionnelle incluant les professionnels en soins de support.

Patient vivant avec un handicap **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient traceur

Patient

- Le patient vivant avec un handicap – et/ou ses proches et/ou aidants – exprime ses besoins et préférences.

Professionnels

- Les besoins et préférences du patient sont évalués.

Consultation documentaire

- Les besoins et préférences exprimés par le patient sont pris en compte dans son projet de soins.

Références HAS

- Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap, 2018.
- Qualité de vie : handicap, les problèmes somatiques et les phénomènes douloureux, 2017.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 1111-6-1, L. 1411-6, L. 1411-7 et L. 1411-8 du CSP.
- Charte Romain Jacob.

Critère 1.4-03 Le patient mineur atteint de maladie chronique ou vivant avec un handicap bénéficie de modalités de prise en charge intégrant les préoccupations de socialisation, éducatives et scolaires adaptées à sa situation

Les modalités de prise en charge doivent permettre aux mineurs concernés de limiter la rupture avec leur vie sociale, éducative et scolaire. Le projet de soins tient compte de ces préoccupations et du souhait de l'enfant et de ses parents. Les équipes de soins associent les ressources humaines adaptées pour concilier projet de soins et autres activités (ludiques, éducatives et scolaires).

Enfant et adolescent **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient traceur

Patient

- Les modalités de prise en charge intègrent les préoccupations sociales, éducatives et scolaires du patient.

Professionnels

- Une prise en charge sociale, éducative et scolaire, est proposée, selon les besoins, à l'enfant ou à l'adolescent et à ses parents.

Références HAS

- Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé, 2011.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 1110-6 et L. 1110-12 du CSP.

Autres références

- Parcours de soins des enfants atteints de maladies chroniques, Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant, 2015.

Critère 1.4-04 En soins de longue durée, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social

L'unité de soins de longue durée est un lieu de soins et un véritable lieu de vie de la personne. Son parcours de vie, ses besoins et ses préférences doivent être pris en compte. Le maintien de son autonomie est évalué et assuré. Une attention particulière doit être portée, en accord avec le patient, à l'intégration d'activités dans son projet de vie pour maintenir son autonomie, son lien social et familial.

Soins de longue durée **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient

- En unité de soins de longue durée, le maintien de l'autonomie est assuré :
  - le patient se voit proposer des activités correspondant à ses préférences et ses besoins (autonomie, lien social…) ;
  - la préservation du lien social et familial est assurée.

Professionnels

- Des actions sont mises en place pour maintenir l'autonomie du patient.
- La préservation du lien social et familial est assurée.

Patient traceur

Observations

- Le programme d'activités et le planning d'intervention des bénévoles, animateurs, etc. sont affichés dans le service.

Observation

Références HAS

- L'outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation, 2018.
- Trouble du spectre de l'autisme : interventions et parcours de vie de l'adulte, 2017.
- Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA, 2015.
- Programme Qualité de vie en Ehpad, 2012.

Références légales et réglementaires

- Loi handicap 2005.
- Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

Autres références

- Plan grand âge 2018.
- Stratégie nationale de santé, 2018/2022.

Critère 1.4-05 Le patient atteint de troubles psychiques bénéficie d'un panel de soins adapté et diversifié pour accompagner son inclusion sociale dans le cas où son état de santé le nécessite

Pour le patient dont l'état de santé le nécessite, le projet de soins intègre des soins de réhabilitation psychosociale pour favoriser son inclusion sociale, l'autonomisation de la personne et sa qualité de vie (accès à un logement adapté, au monde du travail, à la vie de la cité, aux services publics, aux activités culturelles et sportives, connaissance des groupes d'entraide mutuelle …).

Psychiatrie et santé mentale **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient

- Le patient est interrogé sur ses attentes et besoins spécifiques en termes d'inclusion sociale.

Professionnels

- En fonction des attentes et des besoins du patient, un projet de soins et d'accompagnement personnalisé est co-construit avec lui, intégrant notamment des objectifs de socialisation : accès à un logement adapté, au monde du travail, à la vie de la cité, aux services publics, aux activités culturelles et sportives, connaissance des groupes d'entraide mutuelle, etc.

Patient traceur

Références HAS

- Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques, 2015.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 3212-1-2° du CSP.
- Instruction DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires.
- Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale
- Instruction DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale.

Autres références

- Le déploiement de la réhabilitation psychosociale dans les territoires – ANAP, 2019.
- Cahier pédagogique de la CNSA, mai 2017, les GEM (groupes d'entraide mutuelle).

Critère 1.4-06 Les conditions de vie habituelles sont prises en compte notamment pour la préparation de la sortie

Afin de prévenir toute rupture de parcours de prise en charge, notamment pour les personnes âgées, les patients vivant avec un handicap ou les patients atteints de polypathologies, il est nécessaire d'avoir une approche pluriprofessionnelle associant la prise en charge clinique à celle des difficultés fonctionnelles, sociales et psychologiques. La préparation de la sortie est réalisée en lien avec le patient et ses proches ou aidants.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient

- Le patient est interrogé sur ses conditions de vie habituelles, en prévision de sa sortie. Une assistance sociale spécifique a été proposée au patient si besoin.

Professionnels

- Au cours de l'hospitalisation, les professionnels ont pris en compte les conditions de vie environnementales et sociales du patient pour organiser la sortie.

Patient traceur

Références HAS

- Plan personnalisé de coordination en santé, 2019.
- Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires, 2015.
- Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi, 2015.
- Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels, 2010.

Chapitre 2.

Les équipes de soins

Objectif 2.1

La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions, est argumentée au sein de l'équipe

La pertinence (la bonne intervention de santé, au bon moment, au bon endroit, pour le bon patient) est une dimension essentielle de la qualité des soins et un enjeu majeur pour la sécurité du patient. Toute intervention en santé comporte des risques qui doivent être mis en balance, indépendamment du coût, avec les bénéfices ou résultats attendus de l'intervention. Les décisions majeures concernant la prise en charge du patient doivent bénéficier d'un processus garantissant une pertinence optimale en prenant en compte le point de vue du patient.

Critère 2.1-01 La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein de l'équipe

Les décisions de prise en charge concernent :

- les modalités de prise en charge (hospitalisation complète, hospitalisation de jour, programmes de récupération améliorée après chirurgie [RAAC], HAD, prise en charge externe…) ;
- les prescriptions (actes, produits de santé) ainsi que leurs modalités de réalisation et d'administration des produits de santé ;
- le suivi en aval dans le cadre du parcours de soins. Elles doivent prendre en compte :
- une évaluation globale des besoins du patient (clinique, social…) ;
- ses préférences et/ou son expérience – celles des proches et/ou aidants ou de la personne de confiance le cas échéant.

Elles s'appuient sur :

- les recommandations de bonnes pratiques ;
- les connaissances scientifiques ;
- l'expertise des professionnels de santé ;
- l'analyse bénéfice/risque partagée avec le patient.

Une concertation pluridisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle est réalisée pour toute situation complexe.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- Pour les prises en charge standard, l'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques.
- Pour les prises en charge complexes :
  - une concertation pluridisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle permet de discuter les indications à visée diagnostique et thérapeutique ;
  - les alternatives concernant les modalités de prise en charge sont discutées ;
  - une analyse bénéfice/risque a été partagée avec le patient, ses préférences ont été recherchées et prises en compte, si possible.

Parcours traceur

Références HAS

- Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC), 2016.
- Patient et professionnels de santé : décider ensemble, 2013.
- Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé, 2011.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 1111-2 et L. 1111-4 du CSP.

Critère 2.1-02 La pertinence de l'orientation du patient par le SAMU est argumentée avec l'équipe d'aval

La régulation médicale dirige le patient vers la filière de soins non programmés, connue et adaptée à la pathologie présentée par le patient. Cela permet une meilleure accessibilité aux soins spécialisés, qui se traduit par un gain de temps et l'amélioration du pronostic vital. La préférence du patient est prise en compte quand c'est possible.

SAMU – SMUR **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- L'orientation du patient au décours de la prise en charge par le SAMU/SMUR est argumentée et tient compte, si possible, des préférences du patient.
- Les professionnels du SAMU connaissent et utilisent les filières d'admission directe des patients qui relèvent des services spécialisés et de leurs modalités d'admission.

Parcours traceur

Références HAS

- Prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë en dehors des services de cardiologie, 2012.
- Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale, 2011.
- Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse), 2009.
- SAMU : Améliorer la qualité et la sécurité des soins, 2020.

Références légales et réglementaires

- Art. R. 6311-2 du CSP.
- Art. L. 6311-1 et Art. R. 6123-15 du CSP.

Critère 2.1-03 La pertinence de l'admission et du séjour en SSR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe

En SSR (hospitalisation complète, de jour ou HAD), les demandes d'admission sont étudiées en équipe pluriprofessionnelle pour s'assurer que les objectifs de la prise en charge relèvent des missions de l'établissement et que les caractéristiques du patient (pathologie principale, âge, polypathologies éventuelles, conditions de vie…) répondent à la spécialité et aux types de séjour proposés par l'établissement. La réévaluation après la première phase du séjour permet de confirmer la pertinence de cette prise en charge. Les modalités de sortie sont préparées et ajustées si besoin dans le cadre du dialogue avec le patient, notamment en ce qui concerne les aides techniques et humaines pour le retour à domicile.

Soins de suite et de réadaptation **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- Les demandes d'admission en SSR font l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle.
- La pertinence du maintien de la prise en charge en SSR est réévaluée dès la première phase du séjour.

Parcours traceur

Références HAS

- Outil d'aide à la décision pour l'admission des patients en soins de suite et de réadaptation, 2013.
- Pertinence de la prise en charge des patients en SSR après hospitalisation en MCO pour exacerbation de bronchopneumopathie, 2018.

Références légales et réglementaires

- Art. R. 1112-11 du CSP.
- Circulaire n° DGOS/R2/2019/235 du 7 novembre 2019 relative à l'anticipation des tensions liées aux hospitalisations non-programmées et au déploiement du besoin journalier minimal en lits dans tous les établissements et groupements hospitaliers de territoire.

Critère 2.1-04 En hospitalisation traditionnelle, la prescription d'une HAD est envisagée dans le cadre du projet de soins dès l'admission du patient

Lorsque les conditions le permettent, le transfert en hospitalisation à domicile est envisagé et discuté avec le patient et son entourage. L'éventuelle demande d'avis de la structure d'HAD et le retour de cette demande sont tracés dans le dossier. Une évaluation initiale des conditions à domicile et de l'autonomie du patient permet d'anticiper son implication ou celle de son entourage, notamment dans la gestion de son traitement. Cette alternative est réévaluée tout au long de la prise en charge.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- Une analyse des transferts en HAD est réalisée et partagée avec les services prescripteurs et les HAD.

Parcours traceur

Références HAS

- Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD à destination des médecins prescripteurs, 2017.
- Conditions du développement de la chimiothérapie en hospitalisation à domicile, 2015.
- Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'*ante* et du *post-partum*, 2011.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 1110-8, L. 1111-2, L. 1111-4 et D. 6124-309 du CSP.

Autres références

- État des lieux et outil HAD (ORFEE HAD) – ANAP.

Critère 2.1-05 La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels, isolement) est argumentée et réévaluée

Les recours à des mesures restrictives de liberté sont des mesures de protection limitées dans le temps pour prévenir une violence imminente sous-tendue par des troubles mentaux. Elles s'inscrivent dans une démarche thérapeutique. Elles ne doivent être utilisées qu'en dernier recours, en cas d'échec des mesures alternatives. Elles ne peuvent être réalisées que sur décision d'un psychiatre d'emblée ou secondairement, l'état clinique somatique du patient devant être pris en compte. Elles sont assujetties à une surveillance régulière et intensive suivant la prescription médicale. Aucune mesure d'isolement ne peut être décidée par anticipation ou « si besoin ».

Psychiatrie et santé mentale **Impératif**

Éléments d'évaluation

Patient traceur

Patient

- En cas de restriction de liberté, le patient et/ou sa personne de confiance ont reçu une information claire et explicite.

Professionnels

- Toute mesure d'isolement est une décision médicale.
- La pertinence des mesures restrictives est systématiquement évaluée et elle est réévaluée régulièrement durant le séjour.
- Les mesures restrictives de liberté (pratiques d'isolement, contention…) du patient, après l'échec de mesures alternatives, ont fait l'objet d'une évaluation bénéfice/risque en équipe pluriprofessionnelle.

IQSS

- Futurs indicateurs contention isolement.

Références HAS

- Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures, 2018.
- Isolement et contention en psychiatrie générale, 2017.
- Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie, 2016.
- Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité, 2004.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 3222-5-1 du CSP.
- Instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement.

Critère 2.1-06 La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée

Le respect des recommandations de bonnes pratiques d'antibiothérapie par les équipes est indispensable pour lutter contre l'antibiorésistance. La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e heure et la 72e heure est systématique. Toute prescription d'un traitement antibiotique répond à une justification.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- Toute prescription d'un traitement antibiotique répond à une justification.
- Les praticiens doivent pouvoir se référer à des recommandations locales pour l'antibiothérapie et pouvoir faire appel à un référent antibiothérapie pour l'établissement (externe ou interne).
- Des évaluations régulières de la pertinence d'une prescription d'antibiotique entre la 24e et la 72e heure sont systématiques.
- Les praticiens bénéficient de formations à l'utilisation des antibiotiques, notamment ceux en cours de cursus.

Traceur ciblé

IQSS

- ATBIR : indicateur de bonnes pratiques d'antibiothérapie.

Références HAS

- Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes, 2019.
- Antibiothérapie des infections à entérobactéries et à *Pseudomonas aeruginosa* chez l'adulte : place des carbapénèmes et de leurs alternatives, 2019.
- Pertinence des actes et prescriptions médicamenteuses chez un patient adulte infecté par *Helicobacter pylori*, 2017.
- Mieux prescrire les antibiotiques pour les infections respiratoires hautes et les infections urinaires, 2016.
- Stratégie d'antibiothérapie et prévention des résistances bactériennes en établissement de santé, 2008.

Références légales et réglementaires

- Art. R. 6111-10 du CSP.
- Instruction n° DGOS/PF2/DGS/RI1/2014/08 du 14 janvier 2014 relative aux recommandations pour la prévention de la transmission croisée des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes.
- 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), 2015.

Autres références

- Proposition pour des antibiothérapies plus courtes – SPILF, 2017.
- Caractérisation des antibiotiques considérés comme critiques – Agence nationale de sécurité du médicament, 2013.

Critère 2.1-07 La pertinence de la transfusion des produits sanguins (PSL et MDS) est argumentée

L'indication de la transfusion fait systématiquement l'objet d'une analyse bénéfice/risque pour chaque patient. L'équipe procède à une analyse de pertinence de ses pratiques.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- L'analyse bénéfice/risque est réalisée pour tout acte de transfusion.
- L'analyse de pertinence des actes transfusionnels est régulièrement réalisée.

Parcours traceur

Références HAS

- Transfusion de plasma thérapeutique : produits, indications, 2012
- Transfusions de globules rouges homologues : produits, indications, alternatives, 2015.
- Transfusion de plaquettes : produits, indications,2015.

Références légales et réglementaires

- Art. R. 1221-40 du CSP.
- Art. R. 1221-45 du CSP.
- Décret n° 2014-1042 du 12 septembre 2014 relatif au sang humain.

Autres références

- Note d'information DGS/PP4/DGOS/PF2 du 18 avril 2019 relative à la prévention des œdèmes pulmonaires de surcharge post-transfusionnels (TACO – *Transfusion Associated Circulatory Overload*).

Chapitre 2.

Les équipes de soins

Objectif 2.2

Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge

La coordination est essentielle pour garantir la qualité et la sécurité des soins. Il s'agit d'une part d'assurer l'articulation des professionnels impliqués dans la prise en charge du patient, qu'il s'agisse des professionnels médicaux (intervention parfois nécessaire de plusieurs disciplines médicales) ou plus globalement de professionnels de santé et d'accompagnement. D'autre part, il s'agit d'assurer les échanges d'information qui permettent que chaque professionnel intervenant pour le patient soit destinataire de l'ensemble des informations utiles à sa mission, en préservant la confidentialité des données personnelles. Pour finir, ces enjeux de coordination sont tout aussi essentiels dans le cadre du parcours intrahospitalier du patient que dans les interfaces de celui-ci avec le parcours de santé et de vie du patient.

Critère 2.2-01 Chaque appelant au SAMU pour un problème de santé bénéficie d'une régulation médicale

Les appels au SAMU pour raison médicale sont traités sous la responsabilité d'un médecin et tracés. Toutes les communications se rapportant à un cas traité sont tracées au sein du dossier de régulation médicale (DRM). Le travail en équipe entre l'assistant de régulation médicale (ARM) et le médecin est effectif.

SAMU – SMUR **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- Le protocole concernant l'organisation de la régulation médicale des appels, des rôles de l'ARM et du médecin régulateur, est accessible et à jour.
- L'effectivité du travail en équipe du médecin régulateur et des ARM est constatée.

Consultation documentaire

- Toutes les communications se rapportant à un cas régulé sont tracées au sein du dossier de régulation médicale (DRM).

Traceur ciblé

Références HAS

- Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale, 2011.
- SAMU : Améliorer la qualité et la sécurité des soins, 2020.

Références légales et réglementaires

- Art. R. 6315-3 et R. 6311-7, R. 6311-13 du CSP.
- Arrêté du 20 octobre 2011 fixant les règles de traçabilité des appels traités dans le cadre de la permanence des soins en médecine ambulatoire, pris en application de l'article R. 6315-3 du CSP.

Autres références

- SAMU de France, guide d'aide à la régulation médicale, 2009.
- Samu centres 15, référentiel et guide d'évaluation, SAMU.
- Urgences de France – Société française de médecine d'urgence, mars 2015.

Critère 2.2-02 Le dossier médical préhospitalier des SMUR comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient

L'équipe SMUR trace sa prise en charge et transmet à l'équipe hospitalière d'accueil toutes les informations utiles : hypothèse diagnostique, thérapeutique mise en œuvre, surveillance réalisée, nom du médecin…

SAMU – SMUR **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- Les équipes SMUR analysent régulièrement leurs dossiers. Le bilan donne lieu à des actions de pilotage de leur activité et d'amélioration de leurs pratiques (formation, adaptation des moyens…).
- Toutes les prises en charge font l'objet d'un dossier médical préhospitalier.
- Les dossiers médicaux préhospitaliers sont complets.

Consultation documentaire

- La composition de l'équipe est tracée dans le planning d'intervention.

Traceur ciblé

Références légales et réglementaires

- Art. R. 6123-15 du CSP.
- Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence.

Autres références

- SMUR, référentiel et guide d'évaluation-SFMU, 2013.

Critère 2.2-03 L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge

Chaque patient arrivant aux urgences bénéficie d'un accueil et d'un triage permettant son orientation dans le circuit adapté et dans les meilleurs délais. Les patients vivant avec un handicap ou en situation de dépendance ou vulnérables font l'objet d'une attention particulière. La présence des accompagnants est facilitée. Les patients sont examinés et surveillés dans des locaux fermés et protégés. Le tri est réalisé par un IDE formé, à l'aide d'une échelle de tri validée. Un médecin référent est rapidement identifié et facilement joignable. L'orientation du patient s'appuie sur une évaluation en temps réel des lits disponibles et sur des règles d'hébergement des patients partagées.

Urgences **Standard**

Éléments d'évaluation

Traceur ciblé

Professionnels

- Le tri est réalisé dès l'accueil, par un infirmier diplômé d'État (IDE) formé spécifiquement à la fonction d'infirmier d'accueil et d'orientention (IAO) à l'aide d'une échelle de tri validée.
- Un médecin référent est facilement joignable et est rapidement identifié.
- La décision d'orientation prend en compte un éventuel handicap, une situation de dépendance ou un facteur critique de vulnérabilité.
- Les délais d'attente sont mesurés et communiqués au patient.
- L'équipe des urgences connaît en temps réel les disponibilités des lits des services de l'établissement.
- Les examens sont réalisés dans des locaux permettant le respect de la confidentialité et de la dignité.

Références HAS

- Prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë en dehors des services de cardiologie, 2012.
- Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale, 2011.
- Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse), 2009.

Références légales et réglementaires

- Art. D. 6124-18 du CSP.

Autres références

- Le triage en structure des urgences – Société française de médecine d'urgence, 2013.
- La prise en charge des infarctus cérébraux et des accidents ischémiques transitoires – *European Stroke Organization*, 2008.
- Urgences – ANAP, 2017.
- Gestion des lits – ANAP, 2017.

Critère 2.2-04 L'équipe des urgences a accès au dossier du patient ayant déjà séjourné ou consulté dans l'établissement

L'équipe des urgences a accès au dossier du patient, le cas échéant, *via* le dossier médical partagé.

Urgences **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- L'équipe peut accéder aux données antérieures de séjour ou de consultation du patient dans l'établissement ou le cas échéant, *a minima* au dossier médical partagé.

Traceur ciblé

Références HAS

- Suivi ambulatoire de l'adulte transplanté rénal au-delà de 3 mois après transplantation, 2007.
- Dossier du patient. Amélioration de la qualité et du contenu, 2003.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 1111-7 et R. 1112-2 du CSP.

Critère 2.2-05 Le dossier du patient est complet et accessible aux professionnels impliqués

Une bonne prise en charge nécessite un dossier médical complet. Au préalable, les équipes s'assurent d'avoir récupéré tous les éléments utiles à la prise en charge (antécédents, prescriptions…). Le dossier patient intègre toutes les informations utiles, en amont et tout au long de sa prise en charge, jusqu'à sa sortie. L'interopérabilité des systèmes d'information garantit l'accessibilité de ces informations quand elles sont informatisées.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- Tous les éléments utiles à la prise en charge du patient (antécédents, examen clinique, prescriptions, résultats de bilan, allergies, bactéries multirésistantes…) sont intégrés dans le dossier du patient et accessibles rapidement.
- L'équipe remet au patient toutes les informations utiles :
  – en amont de son hospitalisation : horaire d'arrivée, rappel des consignes préopératoires ou préthérapeutiques, éléments administratifs ;
  – à sa sortie et pour son suivi : consignes postopératoires ou post-thérapeutiques pour détecter les éventuelles complications, signes motivant une consultation, numéro d'appel en cas de besoin, etc.
- Tous les professionnels impliqués (médecins, soignants, soins de support…) partagent, en temps utile, tous les éléments nécessaires à la prise en charge du patient (traçabilité et accès au dossier).

Parcours traceur

Références légales et réglementaires

- Art. D. 6124-302 et D. 6124-304 du CSP.
- Art. R. 1112-1-2 et Art. R. 1112-2 du CSP.
- Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison.

Critère 2.2-06 Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins

Le projet de soins adapté aux besoins et préférences du patient est élaboré par l'équipe et inclut la contribution des professionnels en soins de support. Les interventions des professionnels intervenant en support de l'équipe (spécialistes médicaux, kinésithérapeute, psychologue, assistante sociale, brancardier…) sont connues, synchronisées et tracées, en respectant le secret professionnel (médical, social…). La prise en charge intègre ainsi les éléments médicaux, psychologiques, d'autonomie, de rééducation, et sociaux qui permettent de construire un projet de soins, partagé dans le dossier du patient et, si cela est nécessaire, évolutif. La coordination pluriprofessionnelle et la coopération avec le patient sont des facteurs prépondérants dans la qualité de mise en œuvre du projet de soins, notamment pour des modes de prises en charge ambulatoire, en hospitalisation à domicile et dans les programmes de récupération améliorée après chirurgie. Le projet de soins intègre un projet d'accompagnement du patient vivant avec un handicap.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- L'équipe a construit avec le patient un projet de soins adapté à ses besoins et préférences en s'appuyant sur l'évaluation globale de sa situation.
- Le projet de soins du patient est élaboré par l'équipe de soins incluant les professionnels en soins de support.
- Les besoins et préférences du patient sont réévalués et tracés tout au long de sa prise en charge pour adapter le projet de soins.

Parcours traceur

IQSS

- Indicateur projet de soins, projet de vie en SSR.

Références HAS

- L'outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation, 2018.
- Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC), 2016.
- Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi, 2015.
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé, 2008.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 1110-5 du CSP.

Critère 2.2-07 La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux

La conciliation des traitements médicamenteux est un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluriprofessionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient entre professionnels de santé aux points de transition : admission, sortie et transferts.

Tout l'établissement | Avancé

Éléments d'évaluation

Traceur ciblé

Professionnels

- La conciliation médicamenteuse est mise en œuvre pour les situations les plus à risque.

Gouvernance

- L'établissement a identifié des secteurs, des situations ou des profils de patients pour lesquels il est pertinent de développer la conciliation des traitements médicamenteux.

Références HAS

- Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en cancérologie, 2019.
- Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé, 2018.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 5126-1-3° du CSP.
- Art. R. 6111-10 du CSP.
- Art. R. 6144-2 et R. 6164-3-1° du CSP.
- Art. R. 1112-48 du CSP.

Autres références

- Organiser l'activité de pharmacie clinique – ANAP, 2019.
- Enjeux de l'informatisation de la conciliation médicamenteuse – ANAP, 2019.

Critère 2.2-08 Les équipes se coordonnent dans le cas où le patient n'a pas été orienté dans l'unité adaptée faute de disponibilité

Si le patient n'a pas été orienté dans l'unité adaptée faute de disponibilité d'accueil, notamment liée à une suractivité occasionnelle, les équipes s'adaptent pour que sa prise en charge n'en soit pas modifiée.

Tout l'établissement | Standard

Éléments d'évaluation

Patient traceur

Professionnels

- L'équipe qui héberge le patient élabore son protocole de soins en lien avec l'équipe spécialiste.
- Toutes les mesures particulières mises en place du fait de son hébergement inhabituel sont communiquées au patient.
- Le dossier du patient est accessible à l'équipe spécialiste.

Autres références

- Gestion des lits, tome 1 : vers une nouvelle organisation – ANAP, 2017.
- Gestion des lits, tome 2 : mise en œuvre et bilan – ANAP, 2017.

Critère 2.2-09 L'équipe de soin peut faire appel si besoin à un réseau d'équipes de recours ou d'expertise

La possibilité de recourir à une expertise (douleur, hygiène, antibiothérapie, soins palliatifs, addictologie, psychiatrie) ou à un avis spécialisé et/ou un spécialiste en interne ou externe permet de garantir une prise en charge adaptée du patient dans les meilleurs délais. Les modalités de recours à la télésanté lorsqu'elles existent sont organisées.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- L'équipe de soins bénéficie d'accès direct à des correspondants experts à l'intérieur ou l'extérieur de la structure et les modalités de recours sont connues des professionnels.
- Les modalités de recours à la télésanté, si cet accès existe, sont formalisées et connues des professionnels.

Parcours traceur

Références HAS

Téléconsultation et téléexpertise : guide de bonnes pratiques, 2019.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 6316-1, R. 6316-2, R. 6316-3 et R. 6316-4 du CSP.

Critère 2.2-10 Les acteurs de la programmation opératoire se coordonnent et tiennent compte de la priorisation des urgences

La programmation opératoire est établie conjointement (opérateur, anesthésiste et responsable du secteur) et tient compte de la priorisation des urgences. Les rôles, procédures et tâches au bloc et dans les secteurs interventionnels pour un acte programmé ou en urgence sont définis. La qualité et la sécurité des soins au bloc opératoire, et en secteur interventionnel, sont assurées par un travail en équipe, la communication, la traçabilité des informations, la prise de décision partagée et la coordination entre les différents acteurs. Les équipes anticipent et intègrent les urgences tout en respectant un délai raisonnable pour le patient sans urgence vitale.

Chirurgie et interventionnel **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- Les cas de déprogrammation sont encadrés et garantissent un délai raisonnable de reprogrammation pour tous les patients.
- En cas de reprogrammation, le patient est informé.
- Les rôles, procédures et tâches au bloc et dans les secteurs interventionnels pour un acte, programmé ou en urgence, définis dans la charte du bloc opératoire, sont respectés.
- Les écarts de programmation (différence entre ce qui est programmé et ce qui est réalisé) sont suivis et leur analyse donne lieu à des actions d'amélioration.

Parcours traceur

Références HAS

- Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens : mieux travailler en équipe, 2016.
- Ce qu'il faut savoir sur l'évaluation de la démarche qualité et gestion des risques au bloc opératoire, 2015.
- Accréditation des pratiques à risque, SSP coopération entre anesthésistes et chirurgiens – HAS, CFAR, FCVR, SFFAR, 2015.

Références légales et réglementaires

- Art. D. 6124-93 du CSP.

Autres références

- Bloc opératoire – ANAP, 2017.

Critère 2.2-11 Le secteur interventionnel et le secteur de soins échangent toutes les informations relatives au patient

Toute intervention n'est déclenchée que si le dossier du patient est complet. Les équipes se transmettent l'information en amont et en aval de l'intervention pour sécuriser la prise en charge du patient. Les particularités des patients sont prises en compte et font l'objet, si besoin, de protocoles spécifiques en amont et en aval d'une intervention.

Chirurgie et interventionnel **Standard**

Éléments d'évaluation

Parcours traceur

Professionnels

- Les équipes se transmettent les informations utiles en amont et en aval de l'intervention pour sécuriser la prise en charge du patient.
- La qualité des informations transmises fait l'objet d'une analyse régulière et entraîne, si besoin, des actions d'amélioration.

Références HAS

- Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens : mieux travailler en équipe, 2016.
- Ce qu'il faut savoir sur l'évaluation de la démarche qualité et gestion des risques au bloc opératoire, 2015.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 1110-4, L. 1110-4-1, L. 1110-12 et R. 1112-2 du CSP.

Critère 2.2-12 Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la *check-list* « Sécurité du patient » est utilisée de manière efficace

L'application conforme de la check-list comprenant le partage structuré des informations essentielles au sein de l'équipe et des vérifications croisées aux étapes validées (avant induction anesthésique le cas échéant, avant le geste et avant la sortie de salle d'intervention) réduit les complications péri-interventionnelles et garantit en permanence la sécurité des patients.

Sa mise en œuvre systématique repose sur :

- un engagement de la direction et de la commission/conférence médicale d'établissement ;
- un relais effectif de l'encadrement, responsable de pôle, conseil de bloc, cadres de santé ;
- la participation active de l'ensemble des professionnels qui exercent au bloc opératoire ou interventionnel ;
- la participation du patient, auquel la démarche doit être expliquée pour ne pas être anxiogène.

En vue de faciliter son appropriation par les professionnels – meilleur garant de l'amélioration de la sécurité du patient – la HAS autorise, voire encourage les professionnels à ADAPTER LA CHECK-LIST POUR MIEUX L'ADOPTER. Cela repose sur une démarche construite par les professionnels prenant en compte le contexte de l'établissement et les spécificités du secteur, ainsi que l'indispensable intégration de ce programme à la pratique au quotidien.

La réalisation de la *check-list* améliore le travail en équipe, la communication entre les professionnels, la collaboration entre les acteurs, et induit une véritable sécurité des patients. C'est ainsi que la *check-list* réduit les complications péri-interventionnelles et évite la survenue d'événements indésirables particulièrement graves (erreurs d'intervention, de site opératoire, de côté, rétention d'objets chirurgicaux…) qui continuent de survenir.

Chirurgie et interventionnel **Impératif**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- La *check-list* au bloc opératoire est mise en œuvre de façon systématique (exhaustivité de la réalisation et du remplissage).
- La *check-list* est adaptée à tous les plateaux techniques interventionnels.
- La *check-list* est réalisée de façon exhaustive à chaque étape : avant induction le cas échéant, avant le geste et avant la sortie de la salle.
- La *check-list* est réalisée en présence des personnes concernées.

Parcours traceur

Références HAS

- La *check-list* « Sécurité du patient au bloc opératoire », 2018.
- Les autres *check-lists*, 2016. Pour une meilleure utilisation de la *check-list* « Sécurité du patient au bloc opératoire ».

Autres références

- Étude mondiale *Check-lists*, 2008.

Critère 2.2-13 Les professionnels intervenant à domicile partagent les informations nécessaires à la prise en charge du patient et se coordonnent

Lors d'une prise en charge en HAD, l'équipe de l'HAD coordonne les différents professionnels et organise leur intervention pour assurer la continuité des soins. Si cela est nécessaire, cette coordination se fait en étroite complémentarité avec les équipes de l'EHPAD.

Hospitalisation à domicile **Standard**

Éléments d'évaluation

Parcours traceur

Professionnels

- Une réunion pluriprofessionnelle au cours du séjour a lieu en présence du médecin coordonnateur.
- Un protocole de soins, renseigné, précisant les intervenants, daté, a été communiqué au médecin traitant.

Consultation documentaire

- Les coordonnées de l'ensemble des intervenants du patient hospitalisé à domicile sont tracées dans son dossier.

IQSS

- Coordination de la prise en charge en HAD.

Références HAS

- Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD à destination des médecins prescripteurs, 2017.
- Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'*ante* et du *post-partum*, 2011.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 1110-4 et L. 1110-12 du CSP.
- Art. D. 6124-308, D. 6124-309 et D. 6124-312 du CSP.
- Décret n° 2012-1030 du 6 septembre 2012 relatif à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement.
- Décret n° 2017-817 du 5 mai 2017 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile.
- Circulaire n° DGOS/R4/DGCS/2013/107 du 18 mars 2013 relative à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social.

Autres références

- Kit d'outils HAD – ANAP, 2018.
- Organisation et Interaction au sein des territoires – ANAP, 2019.

Critère 2.2-14 En HAD, la capacité d'intervention soignante à domicile 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 est assurée

L'organisation de l'activité d'HAD assure au patient une capacité d'intervention soignante à domicile 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 et le recours médical si nécessaire.

Hospitalisation à domicile **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient — Patient traceur

- Le patient et son entourage savent qui appeler en cas d'urgence.

Professionnels — Parcours traceur

- La réhospitalisation des patients en urgence est organisée avec le SAMU et l'établissement de recours.
- Pour les gestes d'urgence, des instructions et du matériel adaptés sont disponibles et connus par l'équipe d'intervention soignante à domicile.
- Une organisation est en place pour assurer la prise en charge des urgences vitales au domicile du patient 24 heures sur 24.

Références HAS

- Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD à destination des médecins prescripteurs, 2017.
- Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'*ante* et du *post-partum*, 2011.

Références légales et réglementaires

- Art. D. 6124-309 et D. 6124-310 du CSP.

Critère 2.2-15 En phase de transition adolescent-adulte, les équipes (pédiatriques ou pédopsychiatriques et adultes) se coordonnent pour assurer la continuité de la prise en charge du patient

En phase de transition adolescent-adulte, les équipes pédiatriques ou pédopsychiatriques anticipent la transition du jeune patient en coordination avec le secteur adulte. Les équipes du secteur adulte récupèrent toutes les informations nécessaires pour prendre le relais de la prise en charge du jeune patient. Si cela est nécessaire, une consultation de transition coordonnée est mise en place. Un protocole de transition existe pour garantir la continuité de la prise en charge de ces patients.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Parcours traceur

Professionnels

- L'équipe du secteur pédiatrique anticipe la transition du jeune patient en coordination avec le secteur adulte.
- L'équipe du secteur adulte se coordonne avec l'équipe pédiatrique qui suivait le jeune patient avec une pathologie chronique.

Références HAS

- Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé, 2012.

Références légales et réglementaires

- Circulaire n° 83-24 du 1er août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants.
- Circulaire DGS/dh n° 132 du 16 mars 1988 relative à l'amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents.
- Charte européenne de l'enfant hospitalisé, Leïden, 1988.

Critère 2.2-16 Le carnet de santé, le dossier du patient et le cas échéant le dossier médical partagé sont mis à jour de manière synchronisée pour assurer la continuité des soins

Le report des éléments du carnet de santé dans le dossier du patient et, le cas échéant, le dossier médical partagé et le dossier pharmaceutique, s'ils existent, permet de garantir le partage de l'information entre professionnels de santé, notamment en ce qui concerne le statut vaccinal et les antécédents.

Enfant et adolescent **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- Le carnet de santé de l'enfant est demandé aux parents à son arrivée afin de reporter les informations dans le dossier de l'enfant, en particulier les informations relatives à la vaccination.
- Avant la sortie de l'enfant, l'équipe met à jour le carnet de santé de l'enfant pour les informations utiles à son suivi tout en prenant la précaution de respecter le secret médical.

Parcours traceur

Références HAS

- Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé, 2012.

Références légales et réglementaires

- Art. R. 1112-2 du CSP.

Critère 2.2-17 Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie

La prise en charge psychiatrique intègre un examen somatique permettant le diagnostic différentiel des pathologies et l'identification des comorbidités somatiques susceptibles d'interférer avec la prise en charge psychiatrique. Cet examen somatique de médecine générale, voire spécialisée si besoin, est suivi régulièrement tout au long des parcours de prise en charge, en lien avec le médecin traitant, et/ou les services spécialisés si nécessaire.

Psychiatrie et santé mentale **Impératif**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- L'examen somatique réalisé à l'entrée est suivi régulièrement tout au long de la prise en charge, en lien avec le médecin traitant et/ou les services spécialisés, si nécessaire.

Parcours traceur

Références HAS

- Qualité de vie : handicap, les problèmes somatiques et les phénomènes douloureux, 2017.
- Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques, recommandations de bonnes pratiques professionnelles, 2015.
- Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique, Label HAS-FFP, 2015.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 3211-2-2 du CSP.

Critère 2.2-18 En psychiatrie, la prise en charge ambulatoire permet un accès précoce aux soins psychiques

Plusieurs facteurs peuvent retarder l'accès aux soins. Or, en particulier pour les pathologies psychiques sévères, le début des troubles constitue une période critique, au cours de laquelle une prise en charge précoce et multimodale peut permettre d'infléchir l'évolution de la maladie et d'améliorer le pronostic fonctionnel et personnel. Aussi, les structures ambulatoires de psychiatrie doivent définir des modalités d'accès aux soins intégrant la prise en compte précoce des alertes de l'entourage, l'évaluation dans des délais rapides des signes d'alerte et de sévérité, ainsi que l'accès à un panel de soins adapté et diversifié.

Psychiatrie et santé mentale **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- Il existe des dispositions structurées et connues permettant un accès précoce aux soins.
- Les critères de sévérité (risque suicidaire, risque de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif, situation de décompensation de trouble psychique grave …) sont évalués à l'aide d'outils partagés par l'équipe soignante.
- Les équipes évaluent les délais d'entrée en soins.

Parcours traceur

Références HAS

- Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours, 2017.
- Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage et accompagnement, 2014.
- La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge, 2000.

Critère 2.2-19 Une démarche palliative pluridisciplinaire, pluriprofessionnelle et coordonnée, est mise en œuvre pour les patients en fin de vie

Dans les services accueillant des patients en fin de vie, ceux-ci bénéficient d'une approche spécifique permettant de renforcer leur accompagnement : prise en charge de la douleur, prise en charge psychologique, soins de support, limitation partielle ou totale des traitements ou des investigations préalablement initiés, sédation profonde et continue. Cette approche est construite en cohérence avec les volontés exprimées par le patient, notamment dans ses directives anticipées, et nécessite l'élaboration d'un projet de soins défini avec toute l'équipe de soins incluant les professionnels en soins de support. Dans les services non spécialisés dans cette prise en charge de fin de vie, le patient, sa personne de confiance ou son représentant légal peut demander l'intervention d'une équipe mobile de soins palliatifs.

Tout l'établissement | Standard

Éléments d'évaluation

Professionnels

- La démarche palliative est coordonnée et fait l'objet d'une concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire en présence, si possible, d'un médecin de soins palliatifs ; le cas échéant, en s'appuyant sur des structures d'expertise extérieures.
- L'équipe peut avoir recours à une structure d'expertise en soins palliatifs pour accompagner le patient en fin de vie.
- Les professionnels, individuellement ou en équipe, bénéficient de ressources d'accompagnement (psychologue…) facilitant la gestion de ces situations et leur permettant, si cela est nécessaire, d'atténuer leur propre souffrance.

Parcours traceur

Références HAS

- Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie, 2020.
- Accompagner la fin de vie des personnes âgées à domicile, 2017.
- Accompagner la fin de vie des personnes âgées en Ehpad, 2017.
- Comment améliorer la sortie de l'hôpital et favoriser le maintien à domicile des patients adultes relevant de soins palliatifs, 2016.
- Accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches, 2004.
- Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs, 2002.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 1110-5-1, L. 1110-9, L. 1110-10 et L. 1112-4 du CSP.
- Art. R. 4127-37, R. 4127-37-1, R. 4127-37-2 et R. 4127-37-3 du CSP.
- Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

Autres références

- Évaluation de l'application de la loi du 2 février 2016 sur la fin de vie – IGAS, 2018.

Critère 2.2-20 Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et adressée au médecin traitant

Une lettre de liaison est éditée à la sortie du patient avec les informations utiles pour garantir la continuité des soins. L'organisation des soins à la sortie doit être prévue. L'établissement doit s'assurer que le patient ou la famille pourra se procurer les médicaments et, si besoin, les équipements et le matériel nécessaires, quel que soit son heure ou son jour de sortie (dimanche et jours fériés). Les prescriptions sont remises au patient et adressées au médecin traitant après accord du patient. Si cela est nécessaire, le dossier médical partagé et le dossier pharmaceutique du patient sont mis à jour.

Tout l'établissement | Standard

Éléments d'évaluation

Parcours traceur

Professionnels

- Une lettre de liaison est remise au patient avec les explications, par un médecin, le jour de sa sortie en cas de retour à domicile, et le dossier médical partagé est mis à jour le cas échéant.
- L'organisation des soins à la sortie et les prescriptions, avec le matériel nécessaire, sont prévues en amont de la sortie.
- Les informations permettant la continuité des soins lors d'un transfert intra ou extra-hospitalier intègrent : l'identité complète du patient, les antécédents, les facteurs de risque, les conclusions de l'hospitalisation du service adresseur, les résultats des derniers examens complémentaires, les prescriptions.

IQSS

- Qualité de la lettre de sortie MCO +24 h.
- Qualité de la lettre de sortie chirurgie ambulatoire.
- Qualité de la lettre de sortie SSR.
- e-Satis : satisfaction du patient à sa sortie.

Références HAS

- Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé, 2018.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 1110-4, L. 1112-1 et R. 1112-1-2 du CSP.

Chapitre 2.

Les équipes de soins

Objectif 2.3

Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques

Les pratiques médicales et soignantes induisent des risques pour le patient. La sécurité du patient est un enjeu d'équipe mobilisant à la fois les compétences de chacun et les capacités d'appropriation collective. Ainsi, tous les professionnels doivent considérer les risques de leurs pratiques et mettre en place les mesures qui permettent au mieux de les éviter ou de les récupérer. Certains risques pour le patient sont spécifiques d'une activité ou d'un secteur (urgences, bloc opératoire, secteurs interventionnels…) et d'autres sont transversaux ; par exemple, le circuit du médicament ou le risque infectieux. Si les vigilances sanitaires permettent de maîtriser une grande partie des risques, de nombreux autres subsistent et il convient de s'assurer que les organisations et les pratiques permettent de les maîtriser.

Critère 2.3-01 Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge

L'identification fiable et unique du patient à toutes les étapes de sa prise en charge et à chaque venue permet de relier toutes les données relatives à une personne et de délivrer l'acte prescrit à la bonne personne. L'identification comporte obligatoirement les éléments suivants : nom de naissance, 1er prénom d'état civil, date de naissance, sexe. Le nom d'usage peut être ajouté à condition de le différencier explicitement du nom de naissance. La vigilance de tous les acteurs permet de maîtriser le risque d'erreur. Les équipes informent le patient qu'à chacune des étapes de sa prise en charge, la concordance entre son identité, ses prescriptions et les actes fera l'objet d'une vérification et elles l'impliquent autant que possible dans cette procédure de sécurité. Les personnels administratifs et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification. Avant tout acte, ils vérifient la concordance entre le bénéficiaire, la prescription de l'acte et les traitements médicaux. L'identitovigilance permet de limiter le risque d'erreurs potentiellement graves liées à une mauvaise identification (erreur de site opératoire, erreur de traitement, erreurs de résultats de laboratoire…).

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels — Parcours traceur

- Les lieux où s'effectue l'identification des patients, ainsi que les acteurs impliqués dans l'identification, sont connus.
- L'ensemble des documents du dossier du patient sont identifiés.

Observations — Observation

- Le patient dispose d'un dispositif d'identification (bracelet ou toute autre alternative à son identification dans le respect de la confidentialité et de sa dignité) qui est systématiquement vérifié au cours des examens complémentaires ou actes thérapeutiques.

Références HAS

Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique, 2012.

Références légales et réglementaires

- Art. R. 1112-3 du CSP.
- Instruction DGOS/MSIOS n° 2013-281 du 7 juin 2013 relative à l'utilisation du nom de famille (ou nom de naissance) pour l'identification des patients dans les systèmes d'information des structures de soins.

Critère 2.3-02 Les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances sanitaires

Les événements indésirables liés à l'administration ou à la consommation d'un produit, à un dysfonctionnement d'un dispositif médical, ou à une erreur d'identification du patient sont encore nombreux. Leur survenue appelle une série d'actions d'information (signalement) et de mesures, mises en œuvre par l'établissement, visant à traiter la situation immédiate, à prévenir de nouveaux épisodes du même type ou à en diminuer les conséquences (gestion des risques). Ce dispositif de veille sanitaire a pour objectif la détection, dans les plus brefs délais, de tout événement de santé inhabituel et la réponse aux alertes sanitaires. Les vigilances concernées dans ce référentiel sont tout particulièrement la pharmacovigilance (médicament), l'hémovigilance (produits sanguins labiles), la matériovigilance (dispositifs médicaux), l'infectiovigilance (infections nosocomiales). Elles s'articulent avec le réseau régional d'évaluation, de vigilance et d'appui (RREVA). Les vigilances sanitaires s'appuient sur la participation des professionnels de santé concernés, *via* leur déclarations, et sur l'implication active de ceux d'entre eux désignés pour exercer des responsabilités particulières au sein des réseaux de vigilance : correspondants de terrain et correspondants vigilants. Les alertes déclaratives ont fait l'objet d'un retour au déclarant et les actions sont évaluées.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- Le plan d'action de toutes les alertes de vigilances ascendantes et descendantes et de tous les signalements, est piloté :
  - les responsabilités sont identifiées ;
  - les modalités de réception sont définies ;
  - les modalités de transmission sont définies ;
  - il existe une permanence du dispositif 24 heures sur 24.

Gouvernance

- La coordination avec les structures régionales et nationales de vigilance est effective.

Audit système

Références HAS

- Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique, 2012.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 6111-2 du CSP.

Critère 2.3-03 Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments

Les bonnes pratiques de prescription et de dispensation garantissent la pertinence, la continuité et la sécurité des prises en charge médicamenteuses. Des outils appropriés permettent de prévenir les erreurs de prescription et leur réévaluation régulière doit être envisagée. L'analyse des prescriptions porte sur l'intégralité de la prescription et intègre donc tout médicament pris par le patient durant son hospitalisation. Elle est couplée à une analyse lors de la dispensation des médicaments. Le bilan thérapeutique intègre le traitement habituel du patient à l'entrée et toutes les modifications (arrêt, suspension, initiation, modification de posologie) durant le séjour du patient.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Parcours traceur

Professionnels

- Le bilan thérapeutique est présent dans le dossier du patient (lettre de liaison ou document de transfert entre deux services).

Consultation documentaire

- Dans le cas d'une non-utilisation du dossier informatisé pharmaceutique, la prescription mentionne clairement l'identification et la signature du prescripteur, la date et l'heure, la dénomination des molécules en DCI, la posologie, la durée du traitement.

Traceur ciblé

Professionnels

- La dispensation des médicaments est sécurisée et adaptée aux besoins des services au regard des prescriptions.

Gouvernance

- L'analyse pharmaceutique est organisée et pertinente et intègre les informations du dossier pharmaceutique s'il existe, et les interventions pharmaceutiques sont prises en compte.

Références HAS

- Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé, 2018.
- L'auto-administration des médicaments par le patient/entourage en établissement de santé sanitaire, dont l'hospitalisation à domicile (HAD), 2015.
- Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments, 2013.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 5126-1-2° du CSP.
- Art. R. 4235-48 du CSP.
- Art. R. 6111-10 du CSP.
- Art. 13 de l'arrêté du 6 avril 2011 modifié relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
- Circulaire DGOS/PF2 n° 2012-72 du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé.

Autres références

- Recommandations de bonnes pratiques en pharmacie clinique – SFPC, octobre 2012.
- Inter diag médicaments en établissements de santé V2 – ANAP, 2014.
- Organiser l'activité de pharmacie clinique – ANAP, 2019.
- Déclarations européennes de la pharmacie hospitalière – EAHP, 2019.

Critère 2.3-04 Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments

L'administration du médicament est la dernière étape du circuit du médicament. Toute erreur survenant à cette étape et toute erreur préalable non récupérée à cette étape peuvent engendrer une erreur médicamenteuse potentiellement source de dommage au patient. Il convient de garantir la qualité et la sécurité de l'administration des médicaments en tenant compte de l'autonomie du patient, en tenant informés les autres professionnels de santé des conditions d'exécution d'administration des prescriptions et en garantissant l'identification du médicament et du patient jusqu'à la prise.

Tout l'établissement | Standard

Éléments d'évaluation

	Patient traceur	Traceur ciblé
Patient		
• L'administration *per os* est contrôlée.	✓	
Professionnels		
• Le médicament est systématiquement identifiable jusqu'à son administration et l'équipe dispose d'étiquettes respectant les recommandations pour tous les produits injectables.		✓
• Il existe des modalités de contrôle spécifiques et renforcées pour des médicaments à risque identifiés par l'établissement.		✓
• La concordance entre le produit, le patient, et la prescription est systématiquement réalisée avant l'administration.		✓
Consultation documentaire		
• L'administration ou le motif de non-administration du médicament au patient est tracé dans son dossier.		✓

Références HAS

- Interruption de tâche lors de l'administration des médicaments, 2016.
- Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments, 2013.

Références légales et réglementaires

- Art. R. 4311-7 du CSP.
- Art. R. 4312-38 et R. 4312-42 du CSP.
- Art. R. 6111-10 du CSP.

Autres références

- Inter diag médicaments en établissements de santé V2 – ANAP, 2014.
- Déclarations européennes de la pharmacie hospitalière – EAHP, 2019.

Critère 2.3-05 Les équipes d'HAD maîtrisent la sécurisation du circuit des produits de santé

Pour sécuriser le circuit des produits de santé au domicile, l'établissement met en place une démarche personnalisée de gestion des risques au domicile qui tient compte des risques inhérents aux produits de santé, aux situations, aux pratiques et aux patients. La sécurisation des produits de santé tient compte d'une évaluation initiale pluriprofessionnelle et d'un suivi tout au long de la prise en charge, et est fondée sur :

- la capacité du patient et/ou de ses proches et/ou aidants d'administrer les traitements ;
- le contexte psychosocial du patient ;
- la complexité du traitement ;
- les conditions de stockage chez le patient (adapté au regard de l'environnement familial, notamment en présence d'enfants) ;
- le suivi des consommations des produits de santé.

La gestion des déchets à risque est sécurisée.

Hospitalisation à domicile **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient

- Des dispositions spécifiques de sécurisation (livraison, stockage, déchets) du circuit des produits de santé sont mises en place en tenant compte du domicile.

Professionnels

- Des dispositions spécifiques de sécurisation du circuit des produits de santé sont effectives.

Patient traceur

Professionnels

- L'équipe évalue ses pratiques de sécurisation du circuit des produits de santé de l'entrée à la sortie.

Traceur ciblé

Références HAS

- Conditions du développement de la chimiothérapie en hospitalisation à domicile, 2015.
- Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments, 2013.
- Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments en hospitalisation incluant le secteur en HAD, 2013.

Références légales et réglementaires

- Circulaire DGOS/PF2 n° 2012-72 du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé (annexe 2).

Autres références

- Inter diag médicaments HAD avec PUI – Version web – ANAP, 2014.
- Inter diag médicaments HAD sans PUI – Version web – ANAP, 2014.

Critère 2.3-06 Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque

Les médicaments à risque entraînent un risque plus élevé de dommage aux patients et les erreurs dues à ces médicaments sont plus fréquentes. Ils doivent donc être gérés spécifiquement à toutes les étapes du circuit du médicament.

Sont principalement concernés les médicaments :

- de dénomination à risque de confusion ;
- à marges thérapeutiques étroites ;
- présentant des modalités d'administration particulières ; par exemple, les médicaments radio-pharmaceutiques (MRP).

Leur liste est évolutive et prend en compte les retours d'expérience et les *never events*.

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- L'équipe dispose de la liste des médicaments à risque utilisés dans leur service et en a connaissance.
- L'équipe dispose des règles de stockage des médicaments à risque et en a connaissance.
- Les professionnels concernés sont sensibilisés et formés aux risques spécifiques induits par l'utilisation de ces médicaments à risque.

Traceur ciblé

Références HAS

- Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments, 2013.

Références légales et réglementaires

- Art. R. 6111-10 du CSP.
- Art. 8 et 13, et annexe de l'arrêté du 6 avril 2011 modifié relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.

Autres références

- ANSM – Les événements qui ne devraient jamais arriver – *never events*.
- Inter diag médicaments en établissements de santé V2 – ANAP, 2014.
- Déclarations européennes de la pharmacie hospitalière – EAHP, 2019.

Critère 2.3-07 L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques

Les équipes doivent apporter les meilleurs soins aux patients en dispensant les produits de santé au bon moment, notamment dans des situations urgentes. Ces contraintes justifient une maîtrise des transports et un stockage sécurisé des médicaments et des dispositifs médicaux permettant de prévenir les erreurs de sélection. Les équipes veillent aux conditions de conservation pour garantir la qualité du produit de santé. Leurs déchets sont stockés dans des containers adaptés et leur circuit d'évacuation est conforme aux bonnes pratiques. Les tensions d'approvisionnement sont gérées et font, si possible, l'objet de mesures palliatives (recherche d'équivalences thérapeutiques disponibles, communication auprès des prescripteurs).

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Traceur ciblé

Professionnels

- Les modalités d'approvisionnement sont définies, notamment pour parer à tout besoin urgent de produits de santé.
- Les équipes dispensent les produits de santé au bon moment, notamment dans des situations urgentes.

Gouvernance

- L'approvisionnement des produits de santé répond aux besoins des professionnels.
- Les risques liés aux ruptures de stock sont identifiés et font l'objet d'actions palliatives.

Observation

Observations

- Les conditions de transport des produits de santé sont adaptées (boîtes fermées, conteneurs sécurisés, conservation du froid…).
- Le stockage des produits de santé est sécurisé, notamment pour les produits à risque.
- Les conditions de stockage des produits thermosensibles sont respectées.
- Le stockage des produits de santé se fait dans les bonnes conditions de conservation.
- Absence de produits périmés.

Références HAS

- Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments, 2013.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 5126-1-1 du CSP.
- Art. 8 et 13 de l'arrêté du 6 avril 2011 modifié relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.

Autres références

- Inter diag médicaments en établissements de santé V2 – ANAP, 2014.
- Inter diag DMS v2.0 au sein de la PUI – ANAP, 2014.
- Inter diag DMS v2.0 au sein de l'unité de soins – ANAP, 2014.
- Gérer l'approvisionnement et le rangement des dotations de produits de santé dans les services – ANAP, 2014.
- Gérer l'approvisionnement, la détention et le stockage des médicaments dispensés nominativement dans les services – ANAP, 2014.
- Gérer l'approvisionnement des plateaux médico-techniques – ANAP, 2014.
- Organiser l'équipe pharmaceutique pour créer ou renforcer le lien avec les équipes médico-soignantes – ANAP, 2014.
- Réaliser et pérenniser un dialogue de gestion entre la PUI et les services – ANAP, 2014.
- Organiser et optimiser la gestion des stocks à la PUI – ANAP, 2014.
- Déclarations européennes de la pharmacie hospitalière – EAHP, 2019.

Critère 2.3-08 Les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie

Les effets indésirables médicamenteux sont fréquents et source importante de réhospitalisation en urgence chez les patients vulnérables ; par exemple, les personnes âgées de plus de 80 ans ou les patients polymédicamentés. Aussi, l'explicitation des changements de traitement réalisés lors de l'hospitalisation doit être communiquée au patient vulnérable et/ou à ses proches et à ses médecins de ville. Les équipes fournissent au patient vulnérable et à son médecin traitant un comparatif explicite de son traitement habituel et de son traitement à la sortie (motif d'arrêt, durée du traitement…).

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- Les équipes expliquent et fournissent au patient vulnérable un comparatif de son traitement habituel (avant son séjour) et de son traitement à la sortie (après son séjour).

Consultation documentaire

- Le bilan thérapeutique des traitements est tracé dans le dossier du patient au jour de la sortie et intégré dans la lettre de liaison.

Parcours traceur

Références HAS

- Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en cancérologie, 2019.
- Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé, 2018.
- Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée, 2014.

Références légales et réglementaires

- Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison.

Critère 2.3-09 Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle

La prescription des produits sanguins labiles (concentré de globules rouges, plasma, concentrés plaquet- taires) et des médicaments dérivés du sang industriellement (albumine, facteurs de coagulation, fractions « chauffées » issues de sang humain) nécessite une traçabilité sanitaire pour assurer la qualité et la sécurité des soins, identifier les lots administrés et évaluer la pertinence des prescriptions. La sécurité transfusionnelle a pour objectif d'identifier les incidents ou effets indésirables potentiels liés à une transfusion qui menacent la santé des patients. Les modalités de recueil, de conservation et d'accessibilité des informations de traçabilité sanitaire en lien avec les produits sanguins labiles (PSL) doivent être définies et les informations transmises au patient. La surveillance post-transfusionnelle est assurée, notamment la prévention des complications (œdème aigu pulmonaire – OAP *Transfusion Associated Circulatory Overload, TACO, Transfusion Related Acute Lung Injury – TRALI*…).

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- L'équipe assure la traçabilité dans le dossier du patient (dossier transfusionnel et dossier clinique) :
  - de la prescription ;
  - de l'administration ;
  - des facteurs de risque et de surveillance (constantes, fréquence de mesure, durée de la surveillance) ;
  - de la transfusion.
- L'équipe connaît les protocoles de prise en charge des précautions standards liés aux complications graves d'œdèmes aigus de surcharge post-transfusionnelle (OAP, TRALI et TACO).
- Le taux de destruction est mesuré.

Traceur ciblé

Références HAS

- Transfusions de globules rouges homologues : produits, indications, alternatives, 2014.
- Transfusion de plaquettes : produits, indications, 2015.
- Transfusion de plasma thérapeutique : produits, indications, 2012.

Références légales et réglementaires

- Art. R. 1221-40 du CSP.
- Art. R. 1221-45 du CSP.
- Décret n° 2014-1042 du 12 septembre 2014 relatif au sang humain.
- Note d'information DGS/PP4/ DGOS/PF2 du 18 avril 2019 relative à la prévention des oedèmes pulmonaires de surcharge post-transfusionnels (*TACO – Transfusion Associated Circulatory Overload*).

Autres références

- *FDA. Fatalities reported to FDA following blood collection and transfusion. Annual summary for fiscal year 2010.*
- *Ozier Y, Mertes PM.* Trali et Taco : diagnostic et prise en charge clinique des patients. Transfus Clin Biol 2009 ; 16:152-8.
- Les œdèmes aigus de surcharge post-transfusionnels – ANSM, septembre 2013.

Critère 2.3-10 Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient — Patient traceur

- L'importance et les bonnes pratiques de l'hygiène des mains sont expliquées au patient et à son entourage.

Professionnels — Traceur ciblé

- L'équipe connaît et respecte les indications de l'hygiène des mains : avant et après le contact avec le patient, avant un geste aseptique, après le risque d'exposition à un liquide biologique et après un contact avec l'environnement du patient.
- L'équipe évalue ses pratiques d'hygiène des mains en participant aux audits réalisés par le référent en hygiène du service ou par l'équipe opérationnelle d'hygiène : audit type « Pulp friction » ou tout autre audit.
- L'équipe connaît le résultat de son service pour la consommation de solutions hydroalcooliques (indépendamment d'un indicateur national de type ICSHA) et a mis en place des actions d'amélioration le cas échéant.

Gouvernance — Traceur ciblé

- La gouvernance appuie l'équipe opérationnelle d'hygiène pour la mise en place d'un suivi en continu de la consommation des solutions hydroalcooliques par service (indépendamment d'un indicateur national de type ICSHA). Elle connaît son résultat pour l'indicateur national hygiène des mains, l'analyse et met en place, le cas échéant, des actions d'amélioration de l'observance et de la technique d'hygiène des mains.

Observations — Observation

- Les solutions hydroalcooliques sont disponibles.
- L'équipe connaît et applique les prérequis à l'hygiène des mains : non-port de bijoux et montres, manches courtes, absence de vernis, ongles courts. L'équipe connaît et applique la bonne technique d'hygiène des mains en fonction de la situation et privilégie la solution hydroalcoolique par rapport au lavage à l'eau et au savon.

IQSS

- Indicateur qualité de l'hygiène des mains.

Références légales et réglementaires

- Circulaire n° DGS/DH/98/249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé.

Autres références

- Actualisation des précautions standard – SF2H, juin 2017.
- Hygiène des mains et soins : du choix du produit à son utilisation et à sa promotion – SF2H, mars 2018.
- Recommandations pour l'hygiène des mains, juin 2009.
- *Hand Hygiene, self-assessment framework,* OMS, 2010.

Critère 2.3-11 Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires

Les précautions standard (incluant l'hygiène des mains) constituent le socle indispensable de prévention des infections associées aux soins et s'appliquent toujours pour tous les patients. Les précautions complémentaires sont indiquées pour maîtriser la diffusion de certains micro-organismes à transmission aérienne ou par gouttelettes, ou à transmission manuportée : bactéries multi-résistantes ou hautement résistantes émergentes. Les règles imposées par l'équipe aux patients visant à limiter la transmission de ces micro-organismes et qui comportent des restrictions de mouvement, le maintien en chambre seul, porte fermée, et le port de protections barrières (masques de soins) doivent être justifiées médicalement, expliquées au patient et s'accompagner d'aménagements facilitant leur mise en œuvre et leur acceptabilité.

Tout l'établissement | Standard

Éléments d'évaluation

Patient

- Le risque infectieux, la prescription et l'utilisation des précautions standard et complémentaires sont expliqués au patient et à ses proches aidants. — Patient traceur

Professionnels

- L'équipe est formée aux bonnes pratiques de précautions standard et complémentaires d'hygiène :
  - l'équipe sait que les précautions standards sont à appliquer pour tout soin, en tout lieu, pour tout patient, quel que soit son statut infectieux, et par tout professionnel de santé ;
  - l'équipe connaît les situations dans lesquelles il faut adjoindre des précautions complémentaires aux précautions standard ;
  - l'équipe applique les bonnes pratiques de gestion des *excreta*.
- L'équipe peut assurer l'isolement des patients, si besoin.
- L'équipe évalue ses pratiques en matière de précautions standard et complémentaires d'hygiène en participant aux audits réalisés par le référent en hygiène du service et/ou par l'équipe opérationnelle d'hygiène.
- L'équipe connaît et sait comment contacter les membres de l'équipe opérationnelle d'hygiène.

— Traceur ciblé

Gouvernance

- Des audits sont réalisés et les résultats sont évalués, du type :
  - précautions complémentaires de type contact ;
  - quick-audit hygiène des mains du groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (Grephh) ;
  - audit « gestion des *excreta* » ;
  - réseau de prévention des infections associées aux soins.

IQSS

- Bonnes pratiques de précautions complémentaires contact (PCC).

Références légales et réglementaires

- Circulaire n° DGS/DH/98/249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de. santé.

Autres références

- Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact – SF2H, 2009.
- Actualisation des précautions standard – SF2H, juin 2017.
- Prévention de la transmission croisée par voie respiratoire : air ou gouttelettes. Recommandations pour la pratique clinique (RPC) – SF2H, 2013.
- Bonnes pratiques et gestion des risques associés au PICC – SF2H.
- Prévention des infections associées aux chambres à cathéter implantables pour accès veineux – SF2H, 2012.

Critère 2.3-11 *(suite)*

Éléments d'évaluation

Observation

Observations

- L'environnement du patient est propre.
- L'équipe respecte l'utilisation des équipements de protection individuels et ne porte pas le masque médical « en collier » ou nez/bouche non inclus et/ou liens non attachés, jette les gants (stériles ou non) immédiatement après le geste, change de gants entre deux patients ; ne porte pas de surblouse hors des chambres.
- Des containers pour objets piquants coupants tranchants sont disponibles à proximité des soins. Leur limite de remplissage est respectée.

Critère 2.3-12 Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs

L'antibioprophylaxie doit faire l'objet de protocoles et doit être adaptée à chaque chirurgie et acte interventionnel. Les pratiques respectent les recommandations de bonnes pratiques les plus récentes.

Chirurgie et interventionnel | Impératif

Éléments d'évaluation

Traceur ciblé

Professionnels

- L'équipe applique les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie.
- Tous les secteurs disposent de protocoles d'antibioprophylaxie adaptés à chaque chirurgie et acte interventionnel, respectant les recommandations de bonnes pratiques les plus récentes.
- La prescription d'antibioprophylaxie utile est systématiquement réalisée dès la consultation préanesthésique ou préopératoire et est tracée dans le dossier du patient, et elle est vérifiée lors de la *check-list*.
- Le moment et la durée de l'antibioprophylaxie sont respectés.
- L'équipe évalue ses pratiques en matière d'antibioprophylaxie en s'appuyant sur le référent antibiotique de l'établissement et l'équipe opérationnelle d'hygiène, et des actions d'amélioration sont engagées. Ce point doit faire l'objet d'une vérification ultime lors de la check-list. S'il est constaté des dysfonctionnements de la réalisation de l'antibioprophylaxie, un plan d'action est mis en place, allant jusqu'à la vérification formelle de ce point à l'occasion de la *check-list*.

Références HAS

- Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique, 2012.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 5126-1 du CSP.
- Art. R. 61111-1 à 11 du CSP.

Autres références

- Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle (patients adultes) – SFAR, 2018.

Critère 2.3-13 Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au traitement et au stockage des dispositifs médicaux réutilisables

Une maîtrise de la désinfection des dispositifs médicaux réutilisables permet de prévenir les risques infectieux.

Tout l'établissement | Standard

Éléments d'évaluation

Traceur ciblé

Professionnels

- L'équipe assure le suivi d'indicateurs de prévention des infections.
- Les résultats des contrôles microbiologiques des dispositifs médicaux réutilisables et des équipements de désinfection et de stockage sont connus des équipes.
- Les professionnels chargés de la désinfection sont formés.
- La liste du parc actif des dispositifs médicaux réutilisables dans les secteurs interventionnels est disponible et actualisée.

Consultation documentaire

- Le compte rendu d'examen identifie les dispositifs médicaux réutilisables utilisés.
- La traçabilité de la désinfection est complète.

Références HAS

- Infections associées aux soins (IAS), 2019.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 5126-1 du CSP.
- Art. R. 61111-1 à 11 du CSP.

Autres références

- Gestion des dispositifs médicaux stériles réutilisables : guide des bonnes pratiques de désinfection des dispositifs médicaux – Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1998.

Critère 2.3-14 Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates

Une maîtrise de la désinfection des dispositifs médicaux réutilisables permet de prévenir le risque infectieux.

Tout l'établissement | Standard

Éléments d'évaluation

Patient

- Le pansement sur le dispositif est transparent pour la surveillance du site d'insertion (abord vasculaire). — Patient traceur
- Le système de sondage urinaire est un système clos et la tubulure est correctement placée (drainage urinaire). — Patient traceur
- Le patient est placé en position demi-assise (ventilation assistée, hors contexte spécifique). — Patient traceur

Professionnels

- L'équipe est formée aux bonnes pratiques de prévention des infections liées aux dispositifs invasifs. — Traceur ciblé
- L'équipe dispose des protocoles de pose et d'entretien des abords vasculaires, drainage urinaire et ventilation assistée, et les connaît. — Traceur ciblé
- La date de pose du dispositif est tracée dans le dossier du patient. — Traceur ciblé
- La pertinence du maintien du(des)dispositif(s) invasif(s) est réévaluée quotidiennement. — Traceur ciblé
- L'équipe évalue ses pratiques en matière de maîtrise du risque infectieux lié aux dispositifs invasifs en s'appuyant sur le référent en hygiène ou l'équipe opérationnelle d'hygiène et participe à des audits observationnels. — Traceur ciblé

IQSS

- Bonnes pratiques de précautions complémentaires contact (PCC)

Références HAS

- Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques, 2005.
- Pose et entretien des cathéters veineux périphériques. Critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles, 2007.

Références légales et réglementaires

- Art. R. 5212-36 et suivants du CSP.
- Art. R. 6111-1 à R. 6111-10 du CSP.
- Arrêté du 26 janvier 2007 relatif aux règles particulières de la matériovigilance exercée sur certains dispositifs médicaux, pris en application de l'article L. 5212-3 du CSP.
- Circulaire n° DGS/DH/98/249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé.

Autres références

- Bonnes pratiques et gestion des risques associés au PICC – SF2H, 2013.
- Prévention des infections associées aux chambres à cathéters implantables pour accès veineux – SF2H,2012.
- Surveiller et prévenir les infections associées aux soins, SF2H, 2010.
- Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact – SF2H, 2009.
- Actualisation des précautions standard SF2H, juin 2017.
- Bonne pratique pour la prise en charge – et la prévention des IUAS de l'adulte – SF2H, AFU, SPILF, 2015

Critère 2.3-15 Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent le risque infectieux en respectant les bonnes pratiques per-opératoires

La gestion per-opératoire du risque infectieux inclut la préparation cutanée de l'opéré, laquelle vise à réduire le risque de contamination du site opératoire par des micro-organismes présents sur la peau du patient. Les précautions standard (incluant l'hygiène des mains) constituent le socle indispensable de prévention des infections associées aux soins et s'appliquent toujours pour tous les patients. Ces précautions doivent être parfaitement maîtrisées au bloc opératoire et dans les secteurs interventionnels où sont réalisés des actes invasifs particulièrement à risque d'infections associées aux soins. Le port d'une tenue de protection adaptée et strictement dédiée à ces secteurs est indispensable. Les allées et venues dans le secteur et les salles opératoires et interventionnelles sont limitées aux professionnels nécessaires et selon un circuit défini. Les parcours (patients, produits, linge…) sont organisés dans le respect des recommandations de bonnes pratiques.

Chirurgie et interventionnel **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels

Traceur ciblé

- L'équipe s'assure que le patient a bénéficié d'une douche préopératoire et, en cas de traitement des pilosités, utilise la technique de la tonte et non du rasage.
- L'équipe dispose de protocoles de préparation de l'opéré par spécialité.
- L'équipe évalue ses pratiques en matière de précautions standard d'hygiène adaptées au bloc opératoire et aux actes interventionnels en s'appuyant sur le référent en hygiène du service et/ou l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Observations

Observation

- L'équipe porte une coiffe, un masque à usage médical et une tenue (tunique, pantalon, chaussures étanches) strictement dédiée au bloc opératoire.
- L'équipe ne porte pas le masque en collier autour du cou, une barbe non protégée, des bijoux aux mains et/ou aux poignets, une tenue non dédiée au bloc.

IQSS

- Infections du site opératoire après pose de prothèse de hanche ou de genou.

Références HAS

- Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques, 2005.
- Pose et entretien des cathéters veineux périphériques. Critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles, 2007.

Références légales et réglementaires

- Circulaire n° DGS/DH/98/249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé.

Autres références

- Qualité de l'air au bloc opératoire et autres secteurs interventionnel – SF2H, 2015.
- Actualisation des précautions standard – SF2H, juin 2017.
- Gestion préopératoire du risque infectieux – SF2H, 2013.

Critère 2.3-16 Les équipes pluriprofessionnelles maîtrisent le risque de dépendance iatrogène

L'approche centrée sur le patient, notamment chez le patient âgé, permet un plan de soins visant la prise en charge de la pathologie ayant justifié l'hospitalisation et aussi la prévention de décompensations fonctionnelles et/ou psychiques. Les principales causes de décompensation lors de l'hospitalisation (le syndrome d'immobilisation, la confusion aiguë, le risque suicidaire, la dénutrition, les chutes, l'incontinence urinaire *de novo* et les effets indésirables des médicaments) doivent être systématiquement prévenues. Les stratégies d'intervention efficaces de réduction de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation nécessitent :

- des actions de prévention et de traitement précoce des six causes de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation ;
- une évaluation systématique à l'admission et un suivi tout au long de l'hospitalisation ;
- des interventions pluriprofessionnelles, individualisées et graduées, de prévention et de traitement précoce de ces six causes impliquant toujours l'équipe du service, et, selon les besoins, l'équipe de rééducation et, si celles-ci existent dans l'établissement, des ressources gériatriques.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient traceur

Patient

- Le patient, notamment âgé, ses proches et/ou aidants sont informés du risque de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation et de son évaluation.

Professionnels

- Les facteurs de risque de dépendance iatrogène liée au processus de soin de la personne âgée sont recherchés et tracés par l'équipe (recherche des six causes principales de décompensation lors de l'hospitalisation d'un patient âgé : le syndrome d'immobilisation, la confusion aiguë, la dénutrition, les chutes, l'incontinence urinaire *de novo* et les effets indésirables des médicaments).

Consultation documentaire

- Des actions de prévention et des interventions pluriprofessionnelles de prévention et de traitement précoce de ces facteurs de risque sont mises en œuvre et tracées dans le dossier.

Références HAS

- L'outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation, 2018.
- Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées, 2017.

Critère 2.3-17 Les équipes respectent les recommandations vaccinales pour les professionnels de santé

En se protégeant par la vaccination, les professionnels de santé réduisent les risques d'infection pour eux-mêmes et pour les patients en cas d'exposition. L'établissement doit ainsi assurer la promotion des vaccinations recommandées et en faciliter l'accès aux professionnels.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Audit Système

Gouvernance

- L'établissement assure la promotion des vaccinations recommandées (coqueluche, rougeole et grippe saisonnière) et connaît la couverture vaccinale recommandée et la valeur de l'IQSS « Vaccination antigrippale ».
- L'établissement met gratuitement à disposition des personnels les vaccinations recommandées.
- La vaccination des professionnels est possible au service de santé au travail ou au sein des services de soins (équipe mobile de vaccinateurs, relais vaccinateur dans les services…).
- L'établissement analyse ses résultats ainsi que les freins organisationnels à la vaccination et met en œuvre des actions d'amélioration le cas échéant.

Professionnels

- L'équipe est sensibilisée à l'importance des vaccinations : grippe, rougeole, coqueluche, varicelle.
- Les professionnels des équipes de soins connaissent leur couverture vaccinale.

IQSS

- Vaccination antigrippale (VAG) – hiver 2020-2021.

Références légales et réglementaires

- Art. R. 4426-6 et R. 4626-25 du Code du travail.

Autres références

- Surveiller et prévenir les infections associées aux soins – Ministère de la Santé/HCSP/SF2H, 2010.

Critère 2.3-18 La gestion des récidives d'épisodes de violence est anticipée et gérée avec le patient à l'aide d'un plan de prévention partagé

L'évolution clinique de certains patients durant leur hospitalisation peut être émaillée de moments de violence. Ces épisodes appellent une gestion par l'équipe soignante qui visera, par divers méthodes et moyens, la « désescalade ». Pour ces patients, la mise en place d'un plan de prévention partagé permet d'améliorer et de sécuriser la gestion de ces épisodes. Ce plan est défini avec le patient, qui en sera co-acteur dans toute la mesure du possible.

Psychiatrie et santé mentale **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- Les équipes de soins ont prévu des modalités d'intervention et de prise en charge pour mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique de l'état de santé du patient.
- Un plan de prévention partagé est élaboré avec les patients qui connaissent des moments de violence dans l'évolution clinique de leur état de santé.

Parcours traceur

Références HAS

- Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie, 2016.

Critère 2.3-19 Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants

Les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants concernent particulièrement les secteurs d'imagerie, le bloc opératoire et interventionnel, la radiothérapie et la médecine nucléaire. Les conditions doivent être conformes aux exigences de l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) pour le patient et les professionnels, notamment les décisions ASN DC-0585 relative à la formation des professionnels à la radioprotection des patients et DC-0660 relative aux obligations d'assurance qualité en imagerie médicale. La dose administrée au patient est contrôlée et tracée. Le patient est informé des doses qu'il a reçues.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient traceur

Patient

- Le patient est informé des doses qu'il a reçues.

Professionnels

- Les professionnels de l'équipe savent expliquer la conduite à tenir (notamment le respect de l'obligation de déclaration à l'Autorité de sûreté nucléaire et d'information de la personne compétente en radioprotection) en cas d'incidents liés aux rayonnements ionisants (surexposition, complication, brûlure…) concernant le patient ou le professionnel.

Consultation documentaire

- Pour tout acte médical faisant appel aux rayonnements ionisants, le dossier du patient trace les éléments suivants : la justification de l'acte et la procédure réalisée, le matériel utilisé et l'estimation de la dose reçue par le patient au cours de la procédure.

Observation

Observations

- L'équipe dispose des équipements de protection individuels et de dosimètres.
- Les professionnels utilisent les équipements de protection individuels et les dosimètres.

Références HAS

- Améliorer le suivi des patients en radiologie interventionnelle et actes radioguidés. Réduire le risque d'effets déterministes, 2014.
- Radioprotection du patient et analyse des pratiques DPC et certification des établissements de santé, 2012.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 1333-1 à L. 1333-20 du CSP.
- Art. R. 1333-17 à 44 du CSP.
- Art. R. 1333-55 à 74 du CSP.
- Art R. 4451-82 à 92 du Code du travail.
- Art.R. 4451-103 à R.4451-130 du Code du travail.

Critère 2.3-20 Les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du *post-partum* immédiat (HPPI)

La prévention et la prise en charge précoce de l'hémorragie du *post-partum* immédiat (HPPI) sont réalisées.

Maternité **Impératif**

Éléments d'évaluation

Parcours traceur

Professionnels

- Le matériel d'urgences vitales en cas d'hémorragie du *post-partum* immédiat est vérifié et conforme.
- La procédure d'urgence est présente en salle de naissance et connue des professionnels.

Consultation documentaire

- L'équipe trace systématiquement les modalités de la délivrance, l'injection préventive d'ocytocine et, en cas de voie basse, une conclusion de l'examen du placenta.

IQSS

- Hémorragie post-accouchement (PP-HPP).

Références HAS

- Hémorragies du *post-partum* immédiat : Recommandation de bonne pratique, 2004.

Autres références

- Aide cognitive pour la gestion de crise au bloc opératoire hémorragie du *post-partum* – SFAR, 2018.
- Recommandation professionnelle sur l'organisation de l'anesthésie réanimation obstétricale – SFAR, 2016.
- Réanimation du choc hémorragique – SFAR, 2014.
- Recommandations pour la pratique clinique – les hémorragies du *post-partum* – CNGOF, 2014.
- 5e rapport de l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles – 2010-2012.
- Les hémorragies du *post-partum* – CNGOF, 2014.

Critère 2.3-21 L'autorisation de sortie du patient en chirurgie ambulatoire est validée

En chirurgie ambulatoire, la visite médicale (au moment de la signature autorisant la sortie) est réalisée immédiatement avant la sortie du patient. L'organisation d'une signature sous condition de score peut être une alternative de la visite médicale à la sortie. La signature sous condition de score est la possibilité pour le patient de sortir de l'établissement sans avoir revu de médecin. Elle est signée sous condition de la valeur d'un score fiable réalisé par un personnel infirmier formé. Ce score peut être, par exemple, le score de Chung modifié.

Ambulatoire Standard

Éléments d'évaluation

Parcours traceur

Professionnels

- La fiche d'autorisation de sortie est signée par un médecin ou *a minima* sous condition de score.
- En cas de sortie sur la base d'un score, le personnel est formé.

Références légales et réglementaires

- Art D. 6124-304 du CSP.

Autres références

- Signature sous condition de score – SFAR, 2019.
- Procédure de sortie sous condition de la valeur d'un score en chirurgie ambulatoire pour certains patients et certains actes – AFCA, 2020.

Critère 2.3-22 Le transport des patients en intrahospitalier est maîtrisé

Les modalités de transports intrahospitaliers (professionnels formés et matériel adaptés) sont adaptées, et les délais sont en adéquation avec une continuité de prise en charge de qualité.

Tout l'établissement Standard

Éléments d'évaluation	
Patient	Patient traceur
• Les patients sont informés en temps réel des destinations et des horaires de transport.	
Professionnels	Traceur ciblé
• Les délais de transport sont adaptés au rythme de l'activité et au confort du patient.	
• Les conditions de sécurité et de confort du patient lors de son transport sont respectées (matériel fonctionnel, protections adéquates…).	
• Les professionnels sont formés.	

Chapitre 2.

Les équipes de soins

Objectif 2.4

Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle

L'objectif principal de la prise en charge d'un patient est d'améliorer sa santé. Les interventions en santé doivent avoir un effet bénéfique sur la santé du patient, il s'agit du fondement de l'activité médico-soignante. Les démarches qualité doivent être fondées sur cet objectif, de manière à s'intégrer dans la pratique professionnelle et à avoir du sens pour les équipes de soins. S'intéresser au résultat pour le patient, c'est se recentrer sur le cœur de métier des professionnels de santé. Ainsi, il est attendu des équipes qu'elles se mobilisent autour d'actions fondées sur l'amélioration du résultat pour le patient et il est pour cela essentiel de mesurer l'impact des pratiques mises en œuvre. Cet impact peut s'analyser au travers des résultats cliniques pour le patient, la satisfaction du patient quant à ce résultat mais aussi à son expérience de prise en charge, et de l'analyse des événements indésirables. Cette analyse doit être réalisée par les professionnels impliqués et viser la mise en place d'actions correctrices si besoin. Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont également à mobiliser dans cette optique. L'enjeu est ici d'apprécier la mise en œuvre par les équipes de cette analyse et non le niveau de résultat observé.

Critère 2.4-01 Les résultats cliniques sont analysés par l'équipe et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés

L'analyse des résultats permet d'évaluer l'efficacité des modes de prise en charge, des prescriptions, etc. Elle objective les démarches d'amélioration de la pertinence (a-t-on fait les bons choix ?) et/ou de la qualité des prises en charge (a-t-on bien réalisé les soins ?).

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Parcours traceur

Professionnels

- L'équipe peut présenter une démarche d'évaluation (sur un échantillon de patients) des résultats cliniques de ses patients sur une prise en charge pour laquelle elle a identifié un potentiel d'amélioration (évaluation des pratiques professionnelles). Elle peut le faire *via* une mesure par les professionnels ou une mesure directe auprès des patients.
- Dans le cas d'une double évaluation, l'équipe confronte le résultat de ces deux évaluations et en tire un diagnostic global.

IQSS

- Événements thrombo-emboliques après pose de prothèse totale de hanche (hors fracture) ou de genou (ETE-ORTHO), uniquement si activité d'orthopédie avec prothèse totale de hanche (hors fracture) ou de genou.

Critère 2.4-02 Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'évaluation de la satisfaction et de l'expérience du patient

Les résultats de l'expérience et de la satisfaction des patients participent à l'objectivation de la qualité du service rendu aux patients. Ces données, analysées en équipe, enrichissent la démarche d'amélioration continue de la qualité des prises en charge.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- Les équipes recueillent, analysent et mettent en place des actions d'amélioration pour l'évaluation de la satisfaction du patient.
- Les équipes recueillent, analysent et mettent en place des actions d'amélioration pour l'expérience patient.
- Les équipes recueillent, analysent et mettent en place des actions d'amélioration pour les réclamations et les éventuelles plaintes.
- Les équipes mettent en place les éventuelles recommandations établies par la commission des usagers.
- Les représentants des usagers peuvent participer au recueil, à l'analyse et à la mise en place des actions d'amélioration.

Parcours traceur

IQSS

- Méthode de validation du dispositif national de mesure de l'expérience et de la satisfaction des patients, 2019.

Critère 2.4-03 Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins

Les résultats des indicateurs constituent une donnée importante qui permet d'objectiver le niveau d'atteinte des objectifs déterminés. L'analyse partagée et le suivi des résultats permettent aux équipes d'identifier les axes de progrès et de concevoir collectivement les actions d'amélioration à mettre en place. Le principe de revues régulières en équipe participe de l'implication de l'ensemble des acteurs dans la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Parcours traceur

Professionnels

- Les équipes recueillent leurs indicateurs qualité et sécurité des soins.
- Les équipes analysent et mettent en place des actions d'amélioration pour leurs indicateurs qualité et sécurité des soins.

Références HAS

- Campagnes nationales, développements et expérimentations des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS), 2020.

Critère 2.4-04 Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des événements indésirables associés aux soins

La gestion des événements indésirables associés aux soins (EIAS, plaintes, erreurs cliniques, thérapeutiques ou pharmaceutiques…) est traitée comme une opportunité d'analyse des pratiques et de mise en œuvre d'une dynamique collective de gestion des risques. Dans un service, les professionnels sont informés des erreurs survenues, discutent des moyens possibles pour prévenir et récupérer les erreurs et reçoivent un retour d'information sur les actions mises en place. Les équipes s'améliorent en tirant des leçons des réussites et des erreurs, de la gestion des imprévus (savoirs formels et informels, compétences techniques et non techniques), et elles évaluent leurs performances collectives. La gouvernance promeut l'accréditation des médecins ou des équipes médicales pour développer ces bonnes pratiques.

Tout l'établissement | Impératif

Éléments d'évaluation

Professionnels

- Les EIAS sont déclarés et partagés.
- L'équipe analyse régulièrement ses pratiques en s'appuyant sur les déclarations des événements indésirables associés aux soins : revue de mortalité et de morbidité, comité de retour d'expérience, revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux associés, etc.
- Les analyses s'appuient sur une méthode d'analyse systémique des causes (de type ALARM – *Association of Litigation and Risk Management*).
- L'équipe met systématiquement en œuvre des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à la suite des analyses. Le plan d'action issu de l'analyse des EIAS est suivi.

Parcours traceur

Références HAS

- Cadre général d'évaluation des démarches d'analyse des événements indésirables associés aux soins, 2016.

Références légales et réglementaires

- Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.
- Instruction n° DGS/PP1/DGOS/PF2/DGCS/2A/2017/58 du 17 février 2017 relative à la mise en œuvre du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

Critère 2.4-05 Dans les secteurs de soins critiques, les modalités de prise en charge du patient sont analysées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés

Les équipes des unités de soins critiques suivent des marqueurs de la qualité des prises en charge des patients et de leurs proches. Les évaluations de ces marqueurs (choisis par l'équipe) sont suivies d'actions collectives d'amélioration. Ils peuvent concerner les moments clés de l'admission pour les familles, les décisions de limitation des traitements, les transitions source de dysfonctionnements dont la sortie de l'unité, la gestion du risque infectieux et autres risques, par exemple : les extubations non programmées. Les équipes suivent les refus d'admission dans leur unité.

Soins critiques **Standard**

Éléments d'évaluation

Parcours traceur

Professionnels

- Des marqueurs ou indicateurs de suivi des modalités de prise en charge sont définis par l'équipe et leurs résultats sont exploités collectivement.
- L'équipe tient un registre de refus d'admission en service de soins critiques.
- Les réhospitalisations à 48/72 heures sont suivies.

Critère 2.4-06 Dans les blocs opératoires et secteurs interventionnels, les modalités de réalisation de la *check-list* sont analysées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés

La *check-list* « sécurité du patient au bloc opératoire » est devenue obligatoire depuis 2010. Les établissements sont incités à l'adapter à la fois au contexte local et à la discipline concernée et de l'intégrer à la pratique de travail quotidienne de manière non disruptive.

Plusieurs éléments peuvent être suivis par l'établissement pour évaluer le niveau de déploiement de la *check-list* et sa bonne utilisation :

- la couverture de son utilisation dans les activités au bloc opératoire et autres secteurs interventionnels ;
- la fréquence des GO/NO GO et leur gestion quant aux décisions d'arrêt de la procédure chirurgicale ;
- l'évaluation de son utilisation par les équipes (indicateurs de pratiques – pourcentage de renseignements de la liste, de résultats intermédiaires type antibioprophylaxie, ou de résultats finaux – par exemple, taux d'infections du site opératoire).

Cette connaissance de l'utilisation permet d'ajuster la stratégie d'implantation utilisée : réunions, information des équipes, affichage ou autre.

Chirurgie et interventionnel **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- Des indicateurs de suivi de la mise en œuvre des *check-lists* sont définis par l'équipe (en particulier le suivi des GO/NO GO) et leurs résultats sont exploités collectivement.

Parcours traceur

Références HAS

- Entrée en vigueur de l'obligation de la *check-list* « sécurité du patient au bloc opératoire ».
- La *check-list* « sécurité du patient au bloc opératoire », outil d'amélioration des pratiques professionnelles – mis en ligne le 29 novembre 2018.

Critère 2.4-07 Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens de biologie médicale et d'anatomopathologie sont mises en place

La coordination entre les équipes de soins et les équipes de biologie médicale et d'anatomopathologie est nécessaire pour améliorer la qualité des résultats des examens. Ces actions permettent que l'examen réponde à une question clinique, que les prélèvements respectent les bonnes pratiques et que les délais de rendu des examens soient adaptés aux besoins du patient.

Tout l'établissement | Standard

Éléments d'évaluation

Parcours traceur

Professionnels

- La qualité des prescriptions et des modalités de prélèvement est partagée entre les équipes de soins, les laboratoires et/ou le service d'anatomopathologie, et font l'objet d'actions d'amélioration.
- Les délais de rendu des examens sont suivis et partagés si besoin entre équipes du laboratoires et services cliniques concernés et font l'objet d'actions d'amélioration.

Références HAS

- Comment sécuriser le circuit d'un prélèvement réalisé au bloc opératoire ?, 2017.
- Dossier patient lors d'un prélèvement tissulaire. Anatomie et cytologie pathologiques (ACP), 2005.

Autres références

- Utiliser les différents outils de la relation clinico-biologiste – ANAP, 2019.
- Valoriser en interne la prestation de conseil du biologiste – ANAP, 2019.
- Renforcer le rôle du biologiste dans le parcours du patient – ANAP, 2019.

Critère 2.4-08 Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale sont mises en place

La coordination entre les équipes de soins et les équipes d'imagerie est nécessaire pour améliorer la qualité des résultats des examens. Ces actions permettent que chaque examen réponde à une question clinique, que les conditions de réalisation des examens soient conformes au référentiel des sociétés savantes d'imagerie et que les délais d'envoi des comptes rendus soient adaptés aux besoins du patient.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- Les conditions de réalisation des examens sont conformes aux référentiels des sociétés savantes d'imagerie.
- Les délais de rendez-vous, de réalisation des examens en lien avec les objectifs priorisés dans l'établissement (consultants externes *versus* hospitalisés, urgence interne/externe…) et d'envoi des comptes rendus sont respectés.
- Les imageurs participent aux réunions de concertation pluridisciplinaires pour les cas difficiles ayant nécessité leur avis, notamment en oncologie, maladies infectieuses chroniques et éventuellement aux urgences.

Parcours traceur

Références HAS

- Radioprotection du patient et analyse des pratiques DPC et certification des établissements de santé, 2012.
- Critères d'EPP en imagerie médicale, 2008.
- Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale, 2005.

Autres références

- Imagerie – ANAP, 2017.

Critère 2.4-09 Les activités de prélèvement et de greffe d'organes, tissus ou cellules souches hématopoïétiques, sont évaluées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés

Les équipes de greffe d'organes évaluent leurs résultats avec la méthode dite des sommes cumulées (CUSUM) déployée par l'Agence de la biomédecine. Cette méthode consiste en une analyse des résultats post-greffe (taux d'échecs à 3 mois) de l'équipe en comparaison de ses propres performances passées ou du résultat national sur une période récente. Depuis 2010, l'Agence de la biomédecine propose un programme et une démarche qualité aux établissements autorisés au prélèvement d'organes et de tissus, Cristal Action®, qui permettent, en analysant la prise en charge des donneurs potentiels à partir de l'étude des décès hospitaliers, de mettre en place, si nécessaire, des actions adaptées. JACIE (*Joint Accréditation Committee-International Society for Cellular Therapy & EBMT*) développe au niveau international des procédures et un système d'accréditation assurés par des pairs afin de garantir la meilleure qualité de soins aux patients et d'améliorer les performances des laboratoires et centres spécialisés dans la collecte, la gestion et la transplantation de cellules souches hématopoïétiques (CSH).

Chirurgie et interventionnel **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- Les coordinations hospitalières de prélèvement d'organes et de tissus évaluent spécifiquement les indicateurs ci-dessous issus de Cristal Action :
  - taux annuel de patients, en mort encéphalique clinique confirmée ou probable et sans contre-indication absolue au don, pour lesquels une démarche de don n'a pas été envisagée [seuil de non-conformité = 5 %] ;
  - taux d'entretien avec les proches en présence d'une infirmière de coordination hospitalière de prélèvement d'organes et de tissus [seuil de non-conformité < 80 %] ;
  - taux d'entretien avec les proches faisant l'objet d'une analyse *a posteriori* (grille d'évaluation renseignée en équipe au cours d'un staff réunissant la coordination hospitalière et l'équipe médicale en charge du défunt) [seuil de non-conformité < 100 %].
- Les équipes de prélèvement, traitement, conservation et greffe de cellules souches hématopoïétiques évaluent leurs résultats avec les indicateurs proposés par l'Agence de la biomédecine et sont engagés dans le programme d'accréditation JACIE.

Traceur ciblé

Références HAS

- Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique, 2017.

Chapitre 3.

L'établissement

Objectif 3.1

L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire

L'établissement développe une approche prospective de son offre de soins, reposant sur une prise en compte des besoins en santé de son territoire. Le projet stratégique de l'établissement, en cohérence avec le projet régional de santé (PRS), articule l'offre de soins avec celle du territoire, qu'elle soit sanitaire ou médico-sociale, dans une visée de gradation, de complémentarité et de facilitation de l'accès aux soins pour le patient.

Critère 3.1-01 L'établissement participe aux projets territoriaux de parcours

Pour garantir la continuité des soins sur le territoire et éviter la rupture de prise en charge des patients, l'établissement, dans le cadre du projet régional de santé, est partie prenante dans la construction et la coordination des parcours de ses patients, en collaboration avec les autres acteurs du territoire. En regard de la population prise en charge et de sa position géographique, l'établissement dispose d'une cartographie de l'offre du territoire (établissements sanitaires dont HAD, établissements et services sociaux et médico-sociaux, professionnels de ville) et des dispositifs de coordination territoriaux.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Audit système

Gouvernance

- Le répertoire opérationnel des ressources (ROR) de l'ARS est actualisé.
- L'établissement a identifié les partenaires installés ou en développement qui contribuent à certains parcours sur le territoire ou plus largement en cas d'activités de recours.
- L'établissement a mis en œuvre, selon sa situation, une politique « d'aller-vers » des partenaires sanitaires ou sociaux et/ou médico-sociaux sous forme de prestations complémentaires (plates-formes de téléimagerie ou téléconsultations, consultations avancées, liens privilégiés) ou d'équipes mobiles.

Références HAS

- Intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux, 2014.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 6111-1 et L. 6134-1 du CSP.
- Art. L. 6111-3-1 et R. 6111-26 du CSP (hôpitaux de proximité).
- Art L. 6132-1, R. 6132-3 et R. 6132-1-3 du CSP (GHT).

Autres références

- Le positionnement territorial : construire une offre de soins adaptée à une population – ANAP, 2020.
- Coopérer ne va pas de soi – ANAP, 2018.

Critère 3.1-02 L'établissement participe à la coordination des parcours sur le territoire ou hors territoire dans le cas d'activités de recours

Après un séjour, la transmission sans délai de la lettre de liaison à la sortie, des comptes rendus de consultations ou d'examens aux acteurs concernés par la prise en charge du patient, est un facteur majeur contribuant à la qualité des soins. Au-delà, l'établissement s'implique dans les modalités de coordination du territoire et il se tient informé des évolutions des structures territoriales de coordination.

Tout l'établissement | Standard

Éléments d'évaluation

Audit système

Gouvernance

- L'établissement établit les partenariats nécessaires à la fluidité des parcours.
- L'établissement utilise des structures de coordination en lien avec les typologies de patients qu'il prend en charge. Il peut s'agir de réseaux de soins en lien avec ses activités, de communautés professionnelles territoriales de santé, de structures d'exercice collectif, d'équipes de soins territoriales, etc.
- L'établissement contribue au développement des CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé) de son territoire.
- L'établissement suit les délais de délivrance de la lettre de liaison à la sortie et de compte rendu de consultation et apporte les améliorations nécessaires.

IQSS

- Qualité de la lettre de sortie MCO +24h
- Qualité de la lettre de sortie chirurgie ambulatoire.
- Qualité de la lettre de sortie SSR.
- e-Satis : satisfaction du patient à sa sortie.

Références HAS

- Intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux, 2014.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 1110-6 et L. 1110-12 du CSP.
- Art. 23 de la loi du 24 juillet 2019 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination.

Autres références

- Parcours de soins des enfants atteints de maladies chroniques – Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant, 2015.
- Construire un parcours de santé pour les personnes âgées – ANAP, 2013.
- Autodiagnostic filières gériatriques hospitalières de territoire – ANAP, 2013.

Critère 3.1-03 L'établissement est inscrit dans une dynamique de projet territorial de santé mentale (PTSM)

Le projet territorial de santé mentale (PTSM) fonde la politique de santé mentale sur le territoire et implique une structuration et une coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social en concertation avec :

- les représentants des personnes et des familles ;
- les médecins généralistes ;
- les établissements et services de santé MCO ;
- les services de psychiatrie des établissements du territoire ;
- les établissements et services médico-sociaux et sociaux du territoire ;
- les psychiatres et psychologues de ville ;
- les CPTS, lorsqu'elles existent ;
- les organismes ressources en matière de logement et d'emploi.

Le PTSM a pour priorités l'organisation :

- des conditions du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles ;
- du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale ;
- des conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins ;
- des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence ;
- des conditions du respect et de la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles ;
- des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

Psychiatrie et santé mentale **Standard**

Éléments d'évaluation

Audit système

Gouvernance

- L'établissement est actif dans l'élaboration du projet territorial de santé mentale de son territoire, en lien avec ses partenaires et interlocuteurs externes.
- L'établissement identifie les ruptures de parcours et propose des réponses adaptées fondées sur l'appropriation des pratiques, le développement de prises en charge diversifiées privilégiant l'ambulatoire et visant le maintien et le développement des capacités des personnes.
- Les parcours de santé et de vie pour les personnes présentant des troubles psychiques sont organisés et lisibles et les partenaires du territoire de santé mentale identifiés :

Références légales et réglementaires

- Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale.
- Instruction n° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale.

Autres références

- Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale : méthodes et outils au service des territoires – ANAP, 2016.
- Les principales actions mises en œuvre dans les territoires – ANAP, 2019.

Critère 3.1-03 *(suite)*

Éléments d'évaluation

– les structures disponibles en matière d'aide à domicile ;
– les conseils locaux de santé, les conseils locaux de santé mentale ou toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des sujets de santé mentale, dès lors qu'ils comprennent en leur sein les représentants des usagers et les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux.

Professionnels

• Les professionnels de l'établissement sont informés des orientations définies en concertation avec la communauté médicale et soignante, et des actions à entreprendre.

Audit système

Critère 3.1-04 L'établissement a mis en place des modalités de collaboration entre les services ambulatoires de psychiatrie et la médecine générale de ville

Pour assurer la prise en charge coordonnée des patients, l'établissement met en place des modalités de collaboration entre ses services ambulatoires de psychiatrie et la médecine générale de ville. L'objectif est de permettre des prises en charge cohérentes et coordonnées des patients et d'assurer ainsi le suivi des troubles psychiques et des éventuelles comorbidités somatiques associées. En cas d'hospitalisation, la lettre de liaison à l'entrée et à la sortie du séjour constitue le pivot de la coordination, ainsi que le dossier médical partagé, s'il existe.

Psychiatrie et santé mentale **Standard**

Éléments d'évaluation

Audit système

Gouvernance

- Les structures ambulatoires de psychiatrie entretiennent avec le médecin généraliste, lorsqu'il est identifié et en accord avec le patient, les liens nécessaires à la coordination du parcours, en veillant à la prise en charge des comorbidités somatiques associées.
- Les structures ambulatoires de psychiatrie de l'établissement tiennent le médecin généraliste du patient (lorsqu'il peut être identifié) informé de son état de santé et des prises en charge proposées.

IQSS

- Coordination « ville-hôpital » en psychiatrie (prise en charge ambulatoire dossier patient).

Références HAS

- Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux – états des lieux, repères et outils pour une amélioration, 2018.

Autres références

- Collège de la médecine générale, Conférence nationale des présidents de CME de centres hospitaliers spécialisés. Charte de partenariat médecine générale et psychiatrie de secteur (2014).
- Recommandations de bonne pratique. La coopération médecins généralistes-psychiatres : les courriers échangés entre médecins généralistes et psychiatres lors d'une demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique – Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP), 2010.
- Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. Recommandation de bonne pratique en psychiatrie – Fédération française de psychiatrie (FFP), 2015.

Critère 3.1-05 Pour les admissions en urgence dans les unités spécialisées, l'établissement a mis en place des modalités de prise en charge rapide

L'efficacité des filières spécialisées de prise en charge des urgences préhospitalières et astreintes à une mission de permanence des soins (urgences cardiaques, urgences neuro-vasculaires, traumatologie lourde, réanimation, imagerie spécialisée associée à ces filières…) repose en partie sur l'organisation de modalités de prise en charge rapide et fluide des patients en provenance du service d'accueil des urgences ou des structures extérieures avec les transports sanitaires d'urgence. Pour les établissements concernés, les modalités d'accès direct dans leurs unités spécialisées sont opérationnelles, connues des partenaires adresseurs ainsi que de l'établissement, et révisées si besoin avec l'ensemble des acteurs concernés par la filière spécialisée de soins.

Urgences **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- Les modalités d'accès aux filières spécialisées de prise en charge des urgences pour des patients internes et externes à l'établissement ont été établies au plan médical et organisationnel.
- La gouvernance de l'établissement se tient informée des événements qui pourraient affecter la sécurisation de la prise en charge des patients afin de soutenir l'évolution de l'organisation le cas échéant (permanence téléphonique, séniorisations…).

Audit système

Autres références

- Urgences – ANAP, 2017.
- Gestion des lits – ANAP, 2017.

Critère 3.1-06 L'établissement contribue à prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences générales

Pour limiter les passages évitables des personnes âgées aux urgences générales, l'établissement, en lien avec ses partenaires de ville, médecins traitants, Ehpad, HAD et autres partenaires, a formalisé des circuits courts et/ou a mis en œuvre des réseaux de télémédecine.

Patient âgé **Standard**

Éléments d'évaluation

Audit système

Gouvernance

- L'établissement a organisé avec ses partenaires des protocoles médicaux et soignants pour admission directe des personnes âgées en provenance du domicile ou des Ehpad éligibles en service hospitalier ou unité de gériatrie aigüe.
- L'établissement a organisé une filière directe de prise en charge en ambulatoire ou en hospitalisation avec les médecins traitants, Ehpad, HAD, SSR, USLD du territoire.
- L'établissement anticipe les situations de tensions saisonnières avec les principaux services impactés pour prévenir leur saturation.

Références HAS

- Les personnes âgées en établissement de santé, 2017.
- Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées, 2017.
- Comment réduire les réhospitalisations évitables des personnes âgées ?, 2013.

Références légales et réglementaires

- Art. R. 6123-32-8 du CSP.

Autres références

- Pacte de refonte des urgences, septembre 2019, mesure 5 : Généraliser des parcours dédiés aux personnes âgées pour éviter les urgences.
- Le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie – ARS/Assurance maladie/Ministère des affaires sociales et de la Santé, mai 2016.
- Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier – DREES, mars 2017.
- Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue – DREES, mars 2017.

Critère 3.1-07 Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément

L'établissement s'assure que ses modalités de communication sont aisément accessibles pour faciliter l'accès aux soins des usagers et fluidifier les contacts avec les acteurs du territoire. De façon sécurisée, il participe à la communication sur les données des patients avec les autres acteurs de l'offre de soins et médico-sociale en respectant les règles de confidentialité.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Gouvernance

- Pour favoriser l'accès aux soins, les usagers peuvent joindre aisément l'établissement pour des prises de rendez-vous ou des renseignements (par téléphone et/ou Internet).
- Les partenaires de ville ou autres acteurs hospitaliers ou médico-sociaux peuvent joindre aisément leurs interlocuteurs.
- Une messagerie sécurisée permet un accès rapide aux échanges d'informations (données sensibles, résultats d'examen,…) entre les professionnels contribuant à la prise en charge des patients.
- Les numéros d'appel téléphonique (ou mail) pour joindre directement l'unité de soins *ad hoc* sont communiqués au patient. Les modalités de permanence téléphonique sont effectives.

Professionnels

- Pour favoriser l'accès aux soins, les usagers peuvent joindre aisément l'établissement pour des prises de rendez-vous ou des renseignements (par téléphone et/ou Internet).
- Les partenaires de ville ou autres acteurs hospitaliers ou médico-sociaux peuvent joindre aisément leurs interlocuteurs.
- Une messagerie sécurisée permet un accès rapide aux résultats d'examens et des échanges d'informations entre les professionnels contribuant à la prise en charge des patients.
- Les numéros d'appel téléphonique (ou mail) pour joindre directement l'unité de soins *ad hoc* sont communiqués au patient. Les modalités de permanence téléphonique sont effectives.
- L'alimentation du dossier médical partagé et du dossier pharmaceutique est promue et suivie.

Audit système

Références légales et réglementaires

- Art. R. 1112-11 du CSP.
- Art R. 6123-32-8 du CSP (PA).
- Art. R. 166-3 du Code de la sécurité sociale (demande préalable pour l'admission directe en SSR ou SLD).

Autres références

- Stratégie de transformation de système de santé. Repenser l'organisation territoriale des soins. Construire l'avenir à partir des territoires – CNOM.

Critère 3.1-08 L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire

Le développement de la recherche clinique dans les établissements de santé est un levier pour l'amélioration de la qualité des soins. L'expérimentation et l'évaluation de nouveaux modèles de prise en charge diagnostique et thérapeutique, d'organisation et de pratiques des soins, participent à la progression de la qualité et de la sécurité des soins. Par le soutien apporté aux professionnels médicaux et paramédicaux désireux de s'investir dans des travaux de recherche et d'évaluation (engagés en son sein ou en partenariat avec d'autres acteurs), la gouvernance impulse une dynamique de progrès.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Gouvernance

- *A minima*, la gouvernance repère les professionnels désireux de s'investir dans des travaux d'évaluation et de recherche.
- Lorsque cela est adapté à sa situation, la gouvernance a défini une politique de structuration et/ou de soutien à la recherche clinique, connue des professionnels désireux de s'investir.
- Lorsqu'il existe des équipes désireuses de s'y engager, les réponses aux appels à projet nationaux, régionaux, la participation à des essais cliniques et/ou technologiques, les études en soins primaires, en soins infirmiers, en organisation des soins sont soutenues et reconnues. Le temps nécessaire à cette recherche est identifié et organisé.
- Lorsqu'il existe un émargement aux systèmes d'interrogation de gestion et d'analyse des publications scientifiques (SIGAPS), systèmes d'information et de gestion de la recherche et des essais cliniques (SIGREC), brevets, subventions, etc…, il est identifié et valorisé pour les équipes contributrices.

Audit système

Autres références

- Plan national maladies rares 2018-2022.

Chapitre 3.
L'établissement

Objectif 3.2
L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement

Dans les domaines de la qualité et de la sécurité des soins, une politique en faveur de l'engagement des patients repose sur :

– la garantie des droits individuels et collectifs, résultant notamment des lois de 2002 et celles adoptées à leur suite ;
– des dispositifs de partenariat : à titre individuel (participation du patient à sa prise en charge, analyse de ses attentes et de ses préférences, bienveillance, mobilisation de l'entourage) ou collectif (groupes de pairs, associations de patients, patients partenaires).

Critère 3.2-01 L'établissement promeut toutes les formes de recueil de l'expression du patient

Le recueil et l'expression du point de vue du patient participent à la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement et contribuent à rendre le patient acteur de ses soins.

Son expression peut prendre différentes formes : des enquêtes de satisfaction et des questionnaires sur l'expérience des patients. L'exploitation doit se faire en lien avec la commission des usagers (CDU) et les résultats doivent être restitués à l'échelle de l'établissement pour alimenter les actions d'amélioration de la qualité dans les services de soins ou plateaux techniques.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Audit système

Gouvernance

- L'établissement soutient le recueil de la satisfaction des patients avec e-Satis (ou autres dispositifs complémentaires, le cas échéant).
- Les mesures promouvant la participation des patients à e-Satis sont adaptées en fonction des résultats suivis par la gouvernance. Des questionnaires de satisfaction développés intra-établissement, en lien avec la commission des usagers, peuvent venir compléter le dispositif national e-Satis.
- L'établissement promeut et favorise l'élaboration et l'exploitation de questionnaires spécifiques sur l'expérience patients dans les unités de soins ou plateaux techniques (PREMS) ou sur le résultat de leur santé de leur point de vue (PROMS).

Professionnels

- L'exploitation des résultats e-Satis est restituée aux unités de soins et à la commission des usagers pour alimenter leurs actions d'amélioration de la qualité.

Représentants des usagers

- Les résultats des enquêtes de satisfaction et des questionnaires sur l'expérience patients sont analysés en collaboration avec les représentants des usagers et présentés à la commission des usagers (art. R. 1112-80).

IQSS

- e-Satis + 48h MCO (questions *ad hoc*)
- e-Satis MCOCA (questions *ad hoc*)

Références HAS

- IQSS – e-Satis +48 h MCO : mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés plus de 48 h, 2020.
- IQSS – e-Satis MCOCA : mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire, 2020.
- IQSS – e-Satis SSR : expérimentation du dispositif de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés en soins de suite et réadaptation, 2020.
- Méthode de validation du dispositif national de mesure de l'expérience et de la satisfaction des patients, 2019.

Références légales et réglementaires

- Programme « ma santé 2022 ». Travaux de l'Institut français de l'expérience patient. Gross O. L'engagement des patients au service du système de santé, Douin, 2017.
- Définition de l'expérience patient du Beryl Institut. De l'éducation thérapeutique au patient partenaire, Luigi Flora EHESP. Nouvelles coopérations réflexives en santé : de l'expérience des malades et […] De Emmanuelle Jouet, Olivier Las Vergnas, Elisabeth Noël-Hureaux.

Critère 3.2-02 L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients

L'établissement promeut et soutient les initiatives de partenariat avec des patients ou leurs représentants associatifs qui mettent leur expertise au service de différents projets dans les domaines :

- de l'information et de la formation des professionnels et/ou des patients (patients formateurs) ;
- de la construction ou la mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique ;
- du soutien individuel ou collectif des patients en difficulté (pair-aidance) ;
- des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (patients ressources) ou des programmes de recherche clinique.

Tout l'établissement | Avancé

Éléments d'évaluation

Audit système

Gouvernance

- Des initiatives visant à mobiliser l'expertise des patients sont portées par la gouvernance.
- Les patients sont sollicités dans le cadre des démarches collectives de développement et d'amélioration des pratiques : revue de mortalité et de morbidité, comité de retour d'expérience, revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux associés, EPP…).
- Des démarches d'intégration de l'expertise des patients sont effectives dans différents domaines (éducation thérapeutique, soutien au patient, parcours du patient, formation des professionnels…).
- L'impact des intégrations de l'expertise des patients est évalué.

Professionnels

- Des démarches d'intégration de l'expertise des patients sont mises en œuvre (éducation thérapeutique, soutien au patient, parcours du patient, formation des professionnels…).

Représentants des usagers

- Des démarches d'intégration de l'expertise des patients sont mises en œuvre (éducation thérapeutique, soutien au patient, parcours du patient, formation des professionnels…).

Références HAS

- Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, mécido-social et sanitaire, 2020.

Autres références

- Plan national maladies rares 2018-2022.

Critère 3.2-03 L'établissement a une communication centrée sur le patient

L'établissement a intégré la communication comme un élément clé de la qualité et de la sécurité des soins qui implique l'ensemble des parties prenantes (patients, aidants, familles, soignants, le secteur social, etc.). La stratégie de communication s'entend tout au long du parcours du patient (du domicile à son retour à domicile ou de l'établissement adresseur vers l'établissement dans lequel le patient est transféré).

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Audit système

Gouvernance

- L'établissement assure la promotion des bonnes pratiques de communication entre les professionnels et les patients ou leur entourage : politique d'information et de communication auprès des patients, livret d'accueil du nouvel arrivant, formation continue, mise à disposition d'outils facilitants.
- Des formations à la communication avec le patient sont proposées dans le plan de formation (formation écoute active, reformulation, outils ou supports d'aide à la communication…).
- Les plaintes et réclamations des patients font l'objet de communications de synthèse dans les instances de CME, la commission des soins, le cas échéant, et à la commission des usagers. Elles sont suivies et alimentent les actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité.
- L'établissement assure une prévention des situations difficiles en matière de communication en facilitant le recours des patients (ou aidants, accompagnants, proches) et des équipes au médiateur, si besoin.
- Les résultats de la promotion des bonnes pratiques sont évalués par la gouvernance, notamment du point de vue du patient (e-Satis), pour améliorer sa stratégie de diffusion.

Professionnels

- Les plaintes et réclamations des patients sont connues.
- Des formations à la communication avec le patient sont proposées aux professionnels.

Observation

Observations

- Les professionnels sont identifiables par catégorie professionnelle.

Références HAS

- Faire dire, 2016.
- Briefing et debriefing, 2016.
- Saed : un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé, 2014.
- Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, mécido-social et sanitaire, 2020.

Références légales et réglementaires

- Art. R. 6111-2 du CSP.
- Circulaire n° DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.

Critère 3.2-04 L'établissement veille à la bientraitance

La bientraitance est une culture qui implique tous les acteurs d'un établissement de santé : patients et proches, représentants des usagers, professionnels du soin et équipes d'encadrement, personnel administratif, gouvernance de l'établissement. Finalité du soin et de l'accompagnement des patients et de leurs proches, la bientraitance se fonde sur le respect de la personne humaine et de sa dignité, la participation des personnes aux projets de soins qui les concernent. La bientraitance ne se réduit pas à la lutte contre la maltraitance, mais elle ne peut se mettre en œuvre que quand une politique active de prévention et de lutte contre la maltraitance est organisée. La promotion de la bientraitance des patients et de leurs proches est inséparable du bien-être des professionnels et de la valorisation des actions relatives à la qualité de vie au travail dans l'établissement.

Tout l'établissement | Standard

Éléments d'évaluation

Audit système

Gouvernance

- L'établissement prône la bientraitance dans ses valeurs et mène des actions de sensibilisation ou de formation auprès de toutes les catégories de professionnels.
- La gouvernance veille au respect des droits, dignité, intimité, confidentialité, et à l'établissement de la relation d'aide et de soutien vis-à-vis des patients et de leurs familles.

Professionnels

- Le respect des patients et de leurs familles est promu et partagé au sein des équipes.

Références HAS

- Promotion de la bientraitance, 2015.
- Le déploiement de la bientraitance, 2012.

Autres références

- La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre – ANESM, juillet 2008.

Critère 3.2-05 L'établissement participe à la lutte contre les situations et actes de maltraitance dont ont été victimes les patients

Il y a maltraitance quand un geste, une parole, une action ou un défaut d'action a pour effet de porter atteinte aux droits ou aux besoins fondamentaux, aux libertés, aux biens, à la sécurité, à la santé ou au bien-être d'une personne en situation de vulnérabilité. La maltraitance peut survenir dans une situation où la victime est dans une relation de confiance ou de dépendance envers l'auteur, ou dans l'incapacité de comprendre la nature réelle de ses intentions. La maltraitance peut être ponctuelle ou répétée. Elle peut être intentionnelle ou non. Elle peut être individuelle, collective ou institutionnelle. La maltraitance recouvre souvent des formes multiples et associées. Elle peut donner lieu ou non à des suites judiciaires. Si les maltraitances les plus graves doivent faire l'objet d'un suivi à la fois médical et psychologique, social et, le cas échéant, judiciaire, les maltraitances, qui ne relèvent pas d'une qualification pénale, doivent impérativement être prévenues, détectées et traitées.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Audit système

Gouvernance

- La gouvernance veille à la diffusion et l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques et d'outils permettant le signalement et la prise en charge de situations de maltraitance.

Professionnels

- Les professionnels connaissent les conduites à tenir pour signaler et prendre en charge les situations de maltraitance.
- Les professionnels sont sensibilisés aux situations à risque et facteurs de maltraitance, notamment pour les personnes fragiles ou potentiellement exposées (violences conjugales, enfants…), pour favoriser leur détection.

Références HAS

- Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours, 2020.
- Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple – Recommandation de bonne pratique, 2019.
- Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir, 2017.
- Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur, 2012.

Critère 3.2-06 L'établissement lutte contre la maltraitance ordinaire en son sein

On appelle maltraitances « ordinaires » les actions ou les défauts d'action qui font ressentir au patient ou à son entourage une absence de prise en compte de sa personne lors de sa prise en charge : refus de prendre en compte leurs besoins et attentes, défaut d'écoute, attentes interminables inexpliquées, entraves ou contraintes qui lui semblent absurdes, comportements individuels ou d'équipe inadaptés, non-respect de la confidentialité, absence de soulagement de sa douleur, sortie mal préparée… Cette maltraitance ordinaire s'explique généralement par des dysfonctionnements d'équipe ou institutionnels ou des tensions sur l'activité. Aussi, la démarche institutionnelle de prévention de la maltraitance fera une place importante à l'écoute de l'expérience des patients, et ce tout particulièrement, pour les patients vulnérables, isolés, ayant des difficultés d'expression ou vivant avec un handicap.

Tout l'établissement | Impératif

Éléments d'évaluation

Audit système

Gouvernance

- La gouvernance veille à la diffusion et à l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques et d'outils visant le repérage et la prévention de la maltraitance « ordinaire » ou institutionnelle.

Professionnels

- Les professionnels ont mis en place des modalités d'écoute quotidienne de l'expérience des patients et tout particulièrement pour les patients vulnérables, isolés, ayant des difficultés d'expression ou vivant avec un handicap.
- En interne, les professionnels sont sensibilisés à la maltraitance « ordinaire ».

Références HAS

- Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir, 2017.
- La maltraitance ordinaire dans les établissements de santé, octobre 2009.

Autres références

- Loi du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales.

Critère 3.2-07 L'établissement assure l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap

Les obligations légales et réglementaires sont respectées en matière d'accessibilité des locaux. Il importe d'assurer aux patients et à leurs proches une accessibilité effective des équipements et services de l'établissement (espaces d'attente adaptés, chambres équipées, matériel spécialisé, modalités de communication adaptées). L'accessibilité de l'information au patient est aussi à prévoir (la signalétique, par exemple). Ces mesures permettent de maintenir l'autonomie du patient.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient — Patient traceur

- Les personnes vivant avec un handicap peuvent accéder à l'établissement et y circuler aisément.

Gouvernance — Audit système

- L'établissement est accessible aux personnes vivant avec un handicap.

Observations — Observation

- Les accès extérieurs, les circulations destinées aux patients, les locaux de consultations, d'hospitalisations, la signalétique, etc. sont adaptés à toutes les formes de handicap.

Références HAS

- Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap, 2018.

Critère 3.2-08 L'établissement favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables, qu'il dispose ou non de missions spécifiques en la matière

Certaines populations se trouvent dans des situations les rendant particulièrement vulnérables : isolement géographique, familial ou social, précarité, méconnaissance du système de santé, difficultés liées à la barrière de la langue française ou du numérique, ou personnes vivant avec un handicap. De ce fait, ces personnes n'accèdent pas de façon équitable au système de santé. Des dispositifs visant à favoriser leur accès aux soins existent, dont les permanences d'accès aux soins de santé généralistes ou spécialisés (PASS). D'autres modalités peuvent être développées : médiation, interprétariat, consultations gratuites, équipes mobiles etc.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Audit système

Gouvernance

- L'établissement met en place des actions visant à favoriser l'accès aux soins des personnes vulnérables.

Professionnels

- En présence de personnes vulnérables, les professionnels connaissent les ressources et dispositifs nécessaires à leur prise en charge en interne ou externe à la structure (assistant social, interprète, services spécialisés…).

Références HAS

- La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, 2017.
- Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, 2017.

Critère 3.2-09 L'établissement est organisé pour permettre au patient d'accéder à son dossier

Sans que la demande soit motivée, le patient ou son représentant légal, ou, si le patient est décédé, son ayant droit selon l'un des trois motifs prévus par la loi (à savoir la connaissance des causes de la mort, la défense de la mémoire du défunt ou la protection de ses droits), est en droit de consulter et d'obtenir copie de son dossier médical. Il appartient aux établissements de santé d'informer les patients de ce droit et de mettre en place une organisation permettant la communication du dossier au patient et/ou aux personnes autorisées (selon le cas, personne mandatée par le patient, représentant légal, ayant droit) au plus tard dans les 8 jours suivant la demande et dans les 2 mois si le dossier a plus de 5 ans. Les frais de délivrance de ces copies sont à la charge du demandeur, sans pouvoir excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Gouvernance

- L'établissement a organisé l'accès du patient à son dossier.
- Les délais de remise des dossiers sont suivis et les retards sont analysés.
- La commission des usagers est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.

Audit système

Références légales et réglementaires

- Art. L. 1110-4, L. 1111-7, L. 1112-1, R. 1111-1 à 8 et R. 1112-2 du CSP.
- Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du CSP.

Critère 3.2-10 L'établissement, porteur ou non de missions institutionnelles de recherche clinique, favorise l'accès aux innovations pour les patients

L'inclusion de patients dans les essais cliniques leur permet d'accéder à des pratiques diagnostiques et/ou thérapeutiques porteuses de progrès. En complément, il doit pouvoir être proposé aux patients concernés d'être adressés dans un centre de référence ou de compétences pour une prise en charge spécialisée et spécifique.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Audit système

Gouvernance

- L'établissement soutient les partenariats favorisant l'inclusion dans des essais cliniques de patients éligibles dans son établissement ou dans des centres du territoire.
- Les centres de compétences ou de référence d'un établissement (notamment pour les maladies rares) assurent une communication vis-à-vis des acteurs de l'offre de soins ou médico-sociale et des associations d'usagers concernées du territoire. Les établissements qui n'en disposent pas identifient les partenariats et actions possibles pour que les patients éligibles puissent y avoir accès.

Autres références

- Plan national maladies rares 2018-2022.

Critère 3.2-11 L'établissement assure l'implication des représentants des usagers et des associations de patients au sein de l'établissement, dans les instances et dans la vie de l'établissement

Le représentant des usagers est un acteur essentiel pour veiller au respect des droits et à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins des patients pris en charge dans l'établissement. La contribution active des représentants des usagers aux projets et démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins s'entend aujourd'hui au-delà de la représentation collective des patients dans les instances décisionnelles et consultatives de l'établissement. L'écoute et la prise en compte dans des échanges collectifs et constructifs du point de vue des représentants des usagers dans les différents aspects de la vie quotidienne des patients sont encouragées par la gouvernance. La présence active des associations de patients contribue à renforcer l'engagement du patient et de ses proches dans son parcours de santé.

Tout l'établissement | Standard

Éléments d'évaluation

Audit système

Représentants des usagers

- Les représentants des usagers et les associations de patients sont impliqués au sein de l'établissement.
- Les actions de sensibilisation et d'information auprès des patients sont favorisées.
- Les représentants des usagers donnent leur avis sur des projets d'amélioration de la vie quotidienne des patients (accueil, locaux, signalisation…).
- Les représentants des usagers ont connaissance des plaintes et réclamations, des événements indésirables graves, des EIAS, des réponses aux questionnaires de satisfaction, des résultats d'e-Satis et participent aux évaluations des actions entreprises.
- S'il existe, le projet des usagers est articulé avec le projet médical et soignant.
- Les représentants des usagers contribuent à la définition de la politique d'accueil et de prise en charge.

Références HAS

- Construire et faire vivre le projet des usagers en établissements de santé, 2018.
- Implication des représentants des usagers dans la certification, 2015.
- Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire, 2020.

Chapitre 3.
L'établissement

Objectif 3.3
La gouvernance fait preuve de leadership

Le leadership est un concept. La définition qui fait le plus consensus est issue d'un des ouvrages les plus utilisés à l'international dans l'enseignement du leadership (Peter G. Northouse, *Leadership – Theory and practice*) : « Le leadership est le processus par lequel une personne influence un groupe de personnes pour atteindre un objectif commun ». C'est en fait un mécanisme de fonctionnement du groupe. On ne parle pas tant du leader (la personne qui prend le leadership) que de ce qui se passe au sein d'un groupe. La gouvernance de l'établissement doit faire preuve du leadership, c'est-à-dire la capacité à conduire les collectifs professionnels dans le but d'atteindre certains objectifs dont celui, prioritaire, de développement d'une culture de la sécurité et de l'amélioration de la qualité.

Critère 3.3-01 La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins

L'établissement élabore et met en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. La direction et la CME copilotent l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de cette politique. Les représentants des usagers sont associés à cette élaboration. La détermination d'objectifs partagés d'amélioration est fondée sur une analyse composite de l'ensemble des données et connaissances disponibles dont les sources principales sont : la satisfaction et l'expérience du patient, les résultats des indicateurs, les événements indésirables, les revues de pertinence. La direction, la CME et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRM), lorsqu'elle existe, sont impliquées dans la politique qualité de l'établissement et son déploiement.

Tout l'établissement | Impératif

Éléments d'évaluation

Audit système

Gouvernance

- Les orientations prioritaires de la politique qualité/sécurité des soins sont fondées sur une analyse globalisée de l'ensemble des données, risques et connaissances disponibles. La CME, l'encadrement, les professionnels, les représentants des usagers sont associés à l'élaboration et au suivi de la politique qualité/sécurité des soins.
- La gouvernance décline la politique qualité en actions concrètes sur le terrain.

Professionnels

- Les actions concrètes du programme qualité sont connues.
- Les professionnels sont informés par leur encadrement des projets qualité et sont force de proposition pour de nouvelles actions.

Références HAS

- Construire et faire vivre le projet des usagers en établissements de santé, 2018.
- Implication des représentants des usagers dans la certification, 2015.

Critère 3.3-02 L'établissement soutient une culture de sécurité des soins

La culture sécurité en santé regroupe l'ensemble des manières de faire et de penser partagées par les acteurs d'une organisation et qui contribuent à la sécurité du patient. Il s'agit du reporting des événements indésirables associés aux soins (EIAS), du retour d'expérience, de la qualité du travail en équipe et d'une culture « juste » (l'erreur humaine est analysée et non pas condamnée). Elle est construite par l'interaction entre les acteurs et implique l'usager. La gouvernance doit promouvoir des valeurs, comportements et attitudes qui favorisent cette culture bienveillante visant l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Audit système

Gouvernance

- La gouvernance s'implique directement dans des actions du programme de qualité et de sécurité des soins.

Professionnels

- La culture sécurité des soins des professionnels (ex : enquête culture de sécurité…) est évaluée.
- Les professionnels participent à des activités dédiées à la qualité et à la sécurité organisées au sein de l'établissement.
- Les organigrammes et l'information relative aux circuits de décision et de délégation sont connus.

Références HAS

- Comprendre et mesurer, 2019.
- Enquête culture sécurité, 2018.
- Rencontres sécurité : une méthode au service du management, 2018.
- Culture de sécurité : du concept à la pratique, 2010.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 6111-2, L. 6143-7, L. 6144-1 et L. 6161-2-2 du CSP.
- Art. R. 6111-1 à R. 6111-5 du CSP.
- Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
- Circulaire DGOS/PF2 n° 2011-416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret n° 2010-1048 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.
- Circulaire DGOS/PF2 n° 2012-72 du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé.
- Instruction DGOS/PF2 n° 2012-352 du 28 septembre 2012 relative à l'organisation de retours d'expérience dans le cadre de la gestion des risques associés aux soins et de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé.

Autres références

- Campagne interrégionale eFORAP 2015.
- Mesure de la sécurité des patients dans les établissements de santé n° 89, mai 2009.
- Guide d'utilisation « Mesure de la culture de sécurité des soins dans les établissements de santé », 2015.

Critère 3.3-03 La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge

Les compétences et la gestion du temps de présence des professionnels nécessaires à la bonne réalisation des activités sont maîtrisées. L'établissement dispose d'une politique de ressources humaines permettant une bonne répartition des compétences et des tâches au regard de la qualité et de la sécurité des soins dispensés aux patients, y compris en période de tensions liées aux flux de patients ou aux absences des professionnels. Dès lors que les ressources sont insuffisantes en nombre ou en compétences, l'établissement adapte de façon préventive ou réactive ses activités en mesurant les risques liés à la situation et les délais avant retour à la normale. Les modalités de remplacement permettent la continuité des travaux d'équipe en toute sécurité dans le respect de la réglementation et des conventions.

Tout l'établissement | Standard

Éléments d'évaluation

Audit système

Gouvernance

- La gouvernance pilote l'adéquation des compétences et des temps de présence des professionnels nécessaire à la bonne réalisation des activités.
- La gouvernance s'assure de l'équilibre entre les personnels permanents présents et les personnels de remplacement qui ne connaissent pas l'établissement.

Professionnels

- Pour sécuriser les activités en cas de manque de ressources, ponctuel des dispositions transitoires (heures sup, intérim), mode dégradé, réduction d'activité, sont mobilisables.
- Les professionnels remplaçants disposent des informations et de l'encadrement nécessaires à leur intégration dans l'équipe pour accomplir leur activité.

Références HAS

- Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé, 2005.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 6143-2 et L. 6143-7 du CSP.

Autres références

- Stratégie nationale de santé « Ma santé 2022 ».
- Code de la santé publique normes de personnel articles D. 6124-1 et suivants.
- AETTAPES : outil d'autoévaluation (maturité d'organisation/gestion des effectifs et du temps de travail) – ANAP, 2012.
- Organiser et gérer le temps de travail non médical : guide et outils – ANAP, 2019.
- Mieux évaluer les besoins en temps médical : guide et outils – ANAP, 2013.
- Évaluer et analyser la performance de la fonction de gestion des ressources humaines : outil d'autoévaluation de la fonction RH – ANAP, 2013.
- C-RH : outil d'autoévaluation de la maturité du SI-RH – ANAP, 2013.
- Fonctions administratives et techniques – kit d'outils – fonction RH – ANAP, 2016.

Critère 3.3-04 Les responsables d'équipe bénéficient de formations ou de coaching en management

Un responsable doit fédérer son équipe, donner une vision commune tout en fixant des objectifs pour atteindre les résultats attendus. La détermination des objectifs et des résultats attendus doit être discutée collectivement dans une visée d'appropriation partagée. La formation et le coaching en management ont pour finalité d'apporter les compétences et la posture nécessaires aux responsables d'équipe pour répondre à cette ambition (communiquer efficacement, garder le lien et la cohésion d'équipe, être à l'écoute, concerter, animer, gérer les conflits…).

Tout l'établissement | Standard

Éléments d'évaluation

Gouvernance

- Les responsables ont bénéficié d'une formation au management.
- Les managers partagent de façon régulière et structurée leur expérience.
- Les managers peuvent bénéficier d'actions de soutien ou de coaching dans l'exercice de leur fonction d'encadrement.

Audit système

Références HAS

- Programme d'amélioration continue du travail en équipe : Pacte, 2018.
- Gestion des risques en équipe, 2018.
- *Crew Resource Management* en Santé (CRM Santé), 2018.
- Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens : mieux travailler en équipe, 2015.

Chapitre 3.

L'établissement

Objectif 3.4

L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences

Des équipes impliquées, compétentes et habilitées sont essentielles pour améliorer la capacité de l'organisation à répondre à ses missions et ses enjeux. Leur implication crée un climat propice à l'adaptation permanente et réactive des organisations et des pratiques, la recherche de solutions nouvelles et innovantes au bénéfice des patients, des professionnels et de l'établissement. Les équipes disposent d'orientations claires. Elles ont été parties prenantes de leur définition et assurent la responsabilité de leur mise en œuvre sur la base d'objectifs partagés.

Critère 3.4-01 La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe

La gouvernance et l'encadrement ont un rôle majeur dans le soutien des équipes pour favoriser les démarches collectives, encourager la collaboration à tous les niveaux de l'organisation et faciliter les discussions ouvertes et le partage des connaissances et de l'expérience. Elles conduisent au partage d'objectifs communs qui renforcent le sens du travail et favorisent la motivation et la reconnaissance.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Audit système

Gouvernance

- Des démarches collectives d'amélioration du travail et de la dynamique en équipe existent.

Professionnels

- Les professionnels sont sensibilisés au travail en équipe (mise en situation, *team building*, CRM santé, repérage des moments de communication critiques…).
- La synchronisation des temps médicaux et paramédicaux permet un travail d'équipe.
- Les temps de travail déployés dans l'établissement permettent un travail en équipe. En cas de temps partagé entre équipes réduit, des solutions organisationnelles sont mises en œuvre.

Références HAS

- Programme d'amélioration continue du travail en équipe : Pacte, 2018.
- Gestion des risques en équipe, 2018.
- *Crew Resource Management* en Santé (CRM Santé), 2018.
- Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens : mieux travailler en équipe, 2015.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 4135-1 du CSP (accréditation en équipe).

Autres références

- Synchronisation des temps médicaux et non médicaux – ANAP, 2017.

Critère 3.4-02 La gouvernance impulse et soutien des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe

L'existence de démarches collectives spécifiques d'amélioration de la dynamique d'équipe avec PACTE, ou d'autres dispositifs spécifiques renforce l'engagement opérationnel dans une culture de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Le développement de ces dispositifs repose sur un engagement institutionnel.

Tout l'établissement | Avancé

Éléments d'évaluation

Audit système

Gouvernance

- Il existe dans l'établissement des équipes qui développent des démarches spécifiques sur PACTE, accréditation en équipe, ou autre(s) dispositif(s).
- Il existe un travail spécifique d'amélioration de la synchronisation des temps des équipes.

Références HAS

- Programme d'amélioration continue du travail en équipe : Pacte, 2018.
- Gestion des risques en équipe, 2018.
- *Crew Resource Management* en Santé (CRM Santé), 2018.
- Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens : mieux travailler en équipe, 2015.

Autres références

- Programme d'amélioration continue du travail en équipe : Pacte. Comprendre l'accréditation des médecins, article HAS.
- Programme d'amélioration continue du travail en équipe : Pacte. Article HAS – Mis en ligne en mai 2018.

Critère 3.4-03 Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées

La performance des équipes repose en premier lieu sur les compétences des professionnels – c'est un enjeu essentiel pour garantir la qualité et la sécurité des soins dispensés aux patients. Les compétences associent des compétences techniques (acquises lors de la formation initiale et continue des professionnels, souvent de manière mono-disciplinaire, voire individuelle), et des compétences non techniques (leadership, aptitude à travailler en équipe, communication, coordination, collaboration, capacité à gérer les conflits…). La gouvernance veille à l'acquisition et au maintien de l'ensemble de ces compétences, *via* la formation continue et le développement professionnel continu. Une attention particulière est portée à la disponibilité des compétences en périodes à risque (la nuit, le week-end et les jours fériés, lors de recours à l'intérim et, le cas échéant, lors des changements d'internes). La reconnaissance et l'amélioration des compétences, notamment les compétences non techniques, sont de nature à favoriser l'implication de tous les professionnels dans les processus de soins, notamment en équipe.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Audit système

Gouvernance

- À tous les niveaux de la gouvernance, les responsables s'assurent de l'adéquation entre les missions et les compétences des professionnels, et mettent en place, le cas échéant, les actions requises.
- Les compétences sont régulièrement évaluées, en lien avec les secteurs d'activité, de manière à mettre en œuvre les actions utiles de formation, de développement professionnel continu.

Professionnels

- Des programmes intégrés d'acquisition et de maintien des compétences, par exemple les programmes d'accréditation en équipe ou PACTE, sont proposés aux équipes.

Références HAS

- Programme d'amélioration continue du travail en équipe : Pacte, 2018.
- Gestion des risques en équipe, 2018.
- *Crew Resource Management* en Santé (CRM Santé), 2018.
- Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens : mieux travailler en équipe, 2015.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 4021-1 du CSP (DPC).

Chapitre 3.
L'établissement

Objectif 3.5
Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance

Il est démontré que qualité de vie au travail (QVT) et qualité des soins, sécurité des soins, efficience sont liées. L'existence d'une politique de qualité de vie dans l'établissement, élaborée en concertation avec les professionnels et leurs représentants, suivie et évaluée, vise à prendre soin des salariés, concilier l'amélioration des conditions de vie au travail pour les salariés et la performance collective de l'établissement. La politique/démarche QVT de l'établissement repose sur une approche globale, interrogeant toutes les sphères du travail dont l'organisation du collectif, la place de l'individu et l'accompagnement qui lui est proposé au sein de ce collectif. Impulsée par la gouvernance, la politique/démarche QVT de l'établissement implique les professionnels.

La pluridisciplinarité, le décloisonnement des acteurs, le principe de subsidiarité participent de la démarche.

Critère 3.5-01 La gouvernance a une politique de qualité de vie au travail (QVT)

La gouvernance mène avec les professionnels de l'établissement une démarche qualité de vie au travail. Cette démarche répond aux enjeux identifiés et partagés par l'ensemble des acteurs en s'appuyant sur leur expérience. Elle prend en compte l'ensemble des éléments propres à l'établissement en matière d'activités, de métiers, d'environnement et d'organisation du travail, de distribution générationnelle. Les actions développées dans ce cadre et mises en œuvre au plus près du terrain sont appréciées au plan des résultats.

Tout l'établissement | Standard

Éléments d'évaluation

Audit système

Gouvernance

- Il existe une politique/démarche QVT de l'établissement, volet distinct ou intégré au sein de son projet social.
- L'élaboration, le suivi et l'évaluation de la démarche sont concertés avec les instances représentatives des professionnels et connus par eux.
- La démarche QVT a été construite à partir d'un questionnaire de satisfaction des personnels ou, le cas échéant, les personnels sont invités selon des modalités diverses à donner leur avis sur leur qualité de vie au travail pour nourrir l'évaluation de la démarche QVT.
- La politique/démarche tient compte des composants démographiques, sexe et âge, analyses et variations d'absentéisme, de turn-over, d'arrêts maladie.
- Des dispositifs de soutien des professionnels dans la recherche de solutions visant à améliorer l'organisation du travail existent au plus près du terrain.

Professionnels

- Il existe au sein des unités de travail des espaces – temps de discussions collectives qui permettent de faire un diagnostic et des propositions concrètes sur les conditions et l'organisation du travail.
- Des dispositifs de soutien des professionnels dans la recherche de solutions visant à améliorer l'organisation du travail existent au plus près du terrain.

Références HAS

Construire une démarche qualité de vie au travail, 2019.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 6143-2-1 du CSP.

Autres références

- Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail, Prendre soin de ceux qui nous soignent – 5 décembre 2016, ANACT.

Critère 3.5-02 La Gouvernance met en place des mesures de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits

Si les difficultés interpersonnelles et les conflits sont inévitables en situation de travail, des mécanismes de prévention et de régulation doivent opérer. Ces dispositifs sont connus et opérants, ils visent à permettre la préservation des relations interpersonnelles et interprofessionnelles et ce faisant la cohésion des équipes. Le management, et tout particulièrement le management de proximité, joue un rôle essentiel dans ce domaine et doit être soutenu dans cette fonction. Ces conflits, s'ils ne sont pas prévenus ou traités, peuvent impacter durement le fonctionnement des collectifs professionnels, altérer la qualité de vie au travail, atteindre au travail lui-même et avoir des répercussions dommageables sur la qualité et la sécurité des soins.

Tout l'établissement | Standard

Éléments d'évaluation

Audit système

Gouvernance

- En cas de conflits interpersonnelles, il existe une possibilité de médiation respectant la confidentialité.

Professionnels

- Les difficultés de relations interprofessionnelles, inter disciplinaires, interpersonnelles et de conflits au travail peuvent être discutées par les personnels et leur encadrement selon des modalités connues, en sus des modalités de l'évaluation professionnelle.
- Des dispositifs d'écoute pour un soutien psychologique sont accessibles aux professionnels.

Références HAS

- Construire une démarche qualité de vie au travail, 2019.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 6143-2-1 du CSP.

Autres références

- Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail, Prendre soin de ceux qui nous soignent – 5 décembre 2016, ANACT.

Chapitre 3.
L'établissement

Objectif 3.6
L'établissement dispose d'une réponse opérationnelle adaptée aux risques auxquels il peut être confronté

Les risques et menaces auxquels les établissements de santé doivent répondre ont évolué avec les menaces terroristes, les risques infectieux émergents, les manifestations climatiques aiguës et récurrentes. Au-delà de ces risques extrinsèques, tout établissement peut être confronté à une crise survenant au sein de sa structure avec des pannes d'énergie, incendies, ruptures d'approvisionnement, pannes et attaques numériques, risques liés aux actes malveillants. Tous peuvent compromettre la sécurité des personnes, la qualité et la continuité des soins pour des durées variables.

Pour la gouvernance de l'établissement, le point commun de tous ces risques concerne la capacité d'anticipation et de maîtrise de la situation et des missions de l'établissement : l'élaboration de réponses préventives et réactives adaptées, graduées et opérationnelles, lui permettant de faire face à tous types d'événements susceptibles de l'impacter, dans des situations pouvant aller de la fragilisation du fonctionnement à des tensions et à la crise.

Dans le cadre d'une politique formalisée et d'une démarche collective, les établissements de santé, en lien avec les agences régionales de santé, doivent maintenir leur plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles, leur plan de sécurisation d'établissement, leur plan de prévention des atteintes aux personnes et aux biens, en se référant aux guides méthodologiques élaborés par le Ministère des Solidarités et de la Santé.

Au-delà, les aspects environnementaux du développement durable relèvent d'une politique de prévention et de gestion des risques environnementaux, formalisée et maîtrisée par l'établissement. Au plan de la sécurité des patients, des professionnels et du public, la prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement.

Critère 3.6-01 La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée

L'établissement a anticipé les risques et menaces auxquels il peut être confronté, pouvant se traduire par une situation de tension hospitalière : tensions liées à l'afflux de patients, la fragilisation des structures d'urgence, du fait d'une carence en lits d'aval… ou de crise sanitaire exceptionnelle : augmentation prévisible de la demande en soins critiques à cinétique rapide (attentats, accidents collectifs…) ou lente (épidémie, pandémie de type Covid, épisode climatique exceptionnel…). La réponse graduée de l'établissement de santé à une situation sanitaire exceptionnelle, en déclinaison du plan ORSAN élaboré et piloté par l'ARS, repose sur le plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles avec 2 niveaux de mobilisation de l'établissement (niveau 1 : plan de mobilisation interne, niveau 2 : plan blanc). La cellule de crise hospitalière assure le pilotage de la réponse de l'établissement avec la mise en œuvre des mesures de gestion adaptées à la situation : organisation des sorties anticipées, transferts, ouverture de lits supplémentaires, renfort des effectifs pour les services d'urgence et/ou la réanimation, disponibilité du matériel et des dispositifs médicaux de type respirateur, pousse-seringue. Les établissements de santé doivent disposer dans ce cadre des produits de santé et autres équipements notamment de protection individuelle nécessaire à la réponse en situation sanitaire exceptionnelle pour assurer la prise en charge des patients et la protection des personnels. Un volet formation complète le dispositif de réponse de l'établissement afin de former les professionnels de santé et autres personnels aux situations sanitaires exceptionnelles dont le risque épidémique et biologique. La formation aux situations sanitaires exceptionnelles doit être intégrée au plan de formation de l'établissement.

L'organisation et les modalités de mise en œuvre sont connues dans la pratique par les professionnels et donnent lieu à des exercices qui permettent des adaptations et révisions si besoin. La cellule de crise a vocation à être opérationnelle dans les 45 minutes qui suivent l'alerte.

Tout l'établissement | Impératif

Éléments d'évaluation

Audit système

Gouvernance

- Les catégories de risques pouvant générer des tensions hospitalières ou des crises sanitaires exceptionnelles sont identifiées par l'établissement.
- Le plan ORSAN élaboré par l'ARS fixe les objectifs de l'établissement de santé pour la prise en charge des patients en situation sanitaire exceptionnelle en fonction de son plateau technique (établissement de santé de première, deuxième ou troisième ligne).
- La cellule de crise, opérationnelle dans les 45 minutes suivant l'alerte, dispose des outils et procédures nécessaires à son rôle de décision et de coordination (prise en charge médicale des patients, organisation de crise, sûreté/sécurité, communication, suivi des victimes et accueil des familles, fonctions support).
- Des exercices ou entraînements sont réalisés au moins une fois par an.

Références légales et réglementaires

- Guide d'aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires
- exceptionnelles – Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2014.
- Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements de santé – DGOS – Mai 2019.
- Gestion des épisodes de tension en établissement de santé/ Focus opérationnel sur le Plan de Mobilisation Interne des Établissements de santé du guide tensions et SSE Situations sanitaires exceptionnelles – FEDORU, Avril 2019.

Critère 3.6-01 (suite)

Éléments d'évaluation

Audit système

- Le cas échéant, les événements relevant de la mise en œuvre des plans font l'objet de retours d'expérience en santé (RETEX).
- Des aménagements permettant la mise en isolement pour risque de transmission d'agents infectieux sont prévus.
- Le nombre de lits, les équipements de protection individuels, les dispositifs médicaux (de type respirateur, PSE, moniteurs de surveillance) disponibles ainsi que les capacités de diagnostic microbiologique et de réalisation des examens de biologie médicale nécessaires pour la conduite des soins en cas de déclenchement du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles sont identifiés et font l'objet d'un suivi régulier pour en vérifier l'opérationnalité.
- La mobilisation de ressources supplémentaires est coordonnée avec les partenaires du territoire.

Professionnels

- Le ou les plans de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles de l'établissement ont été collectivement élaborés (gouvernance, instances, professionnels, représentants des usagers) et sont conformes aux guides ministériels et aux missions assignées par le plan ORSAN de la région (ARS).
- Les professionnels et services concernés par l'activation des plans de crise connaissent les modalités de l'alerte et de la mise en œuvre.

Critère 3.6-02 Les risques numériques sont maîtrisés

Pour maîtriser au plus juste le risque numérique, l'établissement doit pouvoir s'appuyer sur un système d'information sécurisé, prévoir un plan d'action de continuité et sensibiliser l'ensemble des professionnels pour accroître l'implication des acteurs et la vigilance collective. Une veille de sécurité numérique (prévention active de la sécurité des systèmes d'information) suivant les recommandations de l'ANSSI est mise en place.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- Les équipes connaissent les conduites à tenir en cas d'incident/d'attaque (contact du référent de la sécurité numérique, mise en œuvre de solution dégradée). — Audit système
- Les équipes connaissent les mesures de prévention des risques numériques (Login et mot de passe personnels régulièrement changés). — Audit système

Références légales et réglementaires

- Art. L. 6111-2 al. 1 du CSP.
- Art L. 1111-8-2 du CSP.
- Instruction 309 de 2016. Cybersécurité – Mémento DGOS à l'usage du directeur d'établissement de santé, 2017.
- PSSI-MCAS.RGS.RGPD. Cybersécurité – Mémento DGOS à l'usage du directeur d'établissement de santé, 2017.
- L'homologation de sécurité en neuf étapes simples, ANSSI, version en vigueur.
- Prestataires d'audit de la sécurité des systèmes d'information, référentiel d'exigences.

Autres références

- PSSI-S.Programme HOP'EN – Guide des indicateurs des prérequis du socle commun.
- Boîte à outils pour l'atteinte des prérequis HOP'EN – ANAP, 2019.

Critère 3.6-03 La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée

Les situations à risque doivent être identifiées par l'établissement et faire l'objet de dispositifs adaptés de sécurité (installations, équipements, consignes, sensibilisation et formation, par exemple un suivi régulier des contrôles qualité des équipements émetteurs de rayonnements ionisants…). L'établissement doit évaluer l'efficacité de ces dispositifs et les faire évoluer pour améliorer la sécurité. Des dispositifs adaptés de sécurité sont mis en place selon des situations identifiées et spécifiques à certains secteurs d'activité. Ils sont issus d'initiatives institutionnelles ou d'équipes. Le comité d'éthique ou toute autre instance de l'établissement de santé peut être opportunément saisi sur toute mesure prise dans le cadre d'une recherche accentuée de sécurité.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient

- Le patient connaît les règles de sécurité et les solutions de sécurisation de ses objets personnels.

Patient traceur

Gouvernance

- Le plan de sécurisation de l'établissement qui structure la sécurité et la sûreté est opérationnel en temps normal et pour les situations de crise. Il est adapté aux enjeux de l'établissement et à ses ressources.
- Les accès pour les secteurs protégés sont sécurisés.
- Les situations à risque pour les patients et les professionnels (situations d'urgence, actes de malveillance, patients à risque : fugues, suicides, détenus…) sont répertoriées.

Professionnels

- Le personnel connaît les règles de sécurité et les solutions de sécurisation en cas de situation critique (tapage, agression, intrusion…).

Audit système

Autres références

- Code de la construction et de l'habitation.

Critère 3.6-04 Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés

L'établissement contribue aux enjeux du développement durable en adaptant son projet d'établissement et son fonctionnement pour tenir compte de son impact social et environnemental tout en garantissant une soutenabilité économique. L'établissement qualifie ses principaux projets à l'aune de ces trois enjeux en consultant les parties prenantes. En particulier, sur l'enjeu environnemental du développement durable, cette prise en compte vise à améliorer l'efficacité énergétique et le recours aux énergies renouvelables, mesurer et réduire les émissions de gaz à effet de serre, préserver la ressource en eau, développer la mobilité durable, prévenir, trier et valoriser les déchets et préserver la biodiversité.

Pour son activité, l'établissement met en œuvre les actions de maîtrise des risques environnementaux auxquels il est exposé : incendie, inondation, canicule, pollution (chimique, air, eau, sol, sonore, lumineuse), etc

Tout l'établissement | Standard

Éléments d'évaluation

Gouvernance

- Les consommations (énergie et eau) sont connues et un plan d'action existe pour les réduire.
- Une filière adaptée est en place pour chaque type de déchet.
- L'établissement agit pour influencer les comportements des professionnels et des patients en faveur du développement durable. L'établissement met en œuvre une politique de sensibilisation en matière de protection de l'environnement et de développement durable.
- Il existe un plan de maîtrise des risques environnementaux auxquels est exposé l'établissement.
- L'établissement a réalisé un diagnostic initial de sa situation au regard des enjeux du développement durable.
- L'établissement a établi une stratégie d'adaptation de son fonctionnement et un plan d'action au regard des enjeux du développement durable.
- L'établissement est doté d'une gouvernance ou d'un groupe de travail sur ce sujet.
- L'établissement a désigné un référent développement durable.

Patient traceur

Observations

- Le circuit des déchets est conforme aux règles d'hygiène.

Observation

Références légales et réglementaires

- Loi n° 2019-1428 du 24 décembre 2019 d'orientation des mobilités.
- Loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 relative à l'évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (notamment l'article 175 portant sur les actions de réduction de la consommation d'énergie finale dans les bâtiments à usage tertiaires).
- Loi n° 2018-938 du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous (notamment les articles 24, portant sur l'utilisation de produits issus de circuits courts ou d'origine biologique, et 28, portant sur l'interdiction des ustensiles jetables et contenants alimentaires en plastique).
- Loi n° 2016-138 du 11 février 2016 relative à la lutte contre le gaspillage alimentaire.
- Loi n° 2015-992 du 17 août 2015 relative à la transition énergétique pour la croissance verte intégrant un titre « Lutter contre les gaspillages et promouvoir l'économie circulaire : de la conception des produits à leur recyclage ».
- Loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République dont l'article 5 porte sur la prévention et la gestion des déchets.
- Directive européenne 2014/95/UE du 22 octobre 2014 relative à la publication d'informations non financières transposée en France par ordonnance du 19 juillet 2017.

Critère 3.6-04 *(suite)*

Autres références

- Convention relative au développement durable entre l'État et les fédérations du secteur sanitaire, social et médico-social 2017-2020.
- Outil « Mon observatoire du développement durable » (rse.anap.fr), campagne annuelle et, le cas échéant, le résultat de l'établissement – ANAP, 2019.
- Rapport national annuel de Mon observatoire du développement durable (MODD) – ANAP, 2019.
- Le référentiel d'indicateurs associés au MODD.

Critère 3.6-05 La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement

Toute urgence vitale de patient, du public, de professionnels dans l'enceinte de l'établissement est prise en charge rapidement par des professionnels compétents.

Tout l'établissement | Standard

Éléments d'évaluation

Audit système

Gouvernance

- Tous les secteurs de l'établissement peuvent appeler un médecin compétent pour intervenir en cas d'urgence vitale, grâce à un numéro d'appel direct.
- Une analyse du dispositif permet de valider son efficacité : plan de formation, pilotage du parc de matériel d'urgence et de ses dotations, exercices de mise en situation.

Professionnels

- Les professionnels sont régulièrement formés aux gestes de première urgence et réalisent des exercices de mise en situation.
- Les chariots d'urgence sont contrôlés dans les unités de soins et leur vérification est tracée.

Observation

Observations

- Les matériels (chariots, sacs…) dédiés à la prise en charge des urgences vitales sont aisément et rapidement accessibles par les professionnels habilités à intervenir en cas d'urgence vitale.
- Il existe un numéro d'appel direct et rapidement identifiable par les professionnels pour joindre directement un médecin habilité à intervenir en cas d'urgence vitale.

Références HAS

- Simulation en santé et gestion des risques, 2019.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 1110-5 et R. 6123-12 du CSP.
- Circulaire n° DGOS/R2/2019/235 du 07 novembre 2019 relative à l'anticipation des tensions liées aux hospitalisations non-programmées et au déploiement du besoin journalier minimal en lits dans tous les établissements et GHT.

Autres références

- Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intrahospitalières – SFAR, 2004.

Chapitre 3.

L'établissement

Objectif 3.7

L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins

Une dynamique d'amélioration est essentielle pour garantir le service rendu au patient. La mobilisation des recommandations de bonnes pratiques, l'évaluation des pratiques et des résultats pour le patient, l'analyse des événements indésirables et les démarches d'amélioration en équipe permettent d'assurer cette dynamique d'amélioration.

Critère 3.7-01 L'établissement pilote les revues de pertinence des pratiques

La gouvernance, la CME et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (lorsqu'elle existe), mobilisent l'ensemble des équipes sur l'identification et la diffusion des recommandations de bonnes pratiques cliniques ou organisationnelles au sein de l'établissement et sur la réalisation de revues de pertinence des pratiques. La revue de pertinence des soins est une méthode permettant d'évaluer l'adéquation des soins aux besoins des patients. Elle s'applique à un soin ou un programme de soins et peut porter sur l'indication, la mise en route ou la poursuite des soins. Elle repose sur une approche par comparaison à un ensemble de critères objectifs, prédéterminés, standardisés et validés. Si l'un d'entre eux est présent, les soins ou le programme de soins sont alors pertinents. Lorsque aucun critère n'est retrouvé, il faut rechercher les raisons pouvant expliquer la réalisation du soin. Des revues de pertinence des admissions et séjours permettent en outre d'ajuster si besoin les filières et le répertoire opérationnel des ressources définies dans le logiciel d'aide à l'orientation utilisé par l'établissement. L'actualisation des ressources du thésaurus, au moins une fois par an, permet d'ajuster les prises en charge proposées.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Audit système

Gouvernance

- La gouvernance, et notamment la CME, mobilise les équipes sur l'identification et la diffusion des recommandations de bonnes pratiques cliniques ou organisationnelles les plus importantes en regard de l'activité.
- Les recommandations de bonnes pratiques adéquates sont disponibles au sein des équipes.
- L'établissement assure la transmission des recommandations de bonnes pratiques nationales aux équipes (veille documentaire).

Professionnels

- L'adéquation des procédures à ces recommandations fait l'objet d'un travail en équipe et elles sont actualisées si nécessaire.
- Les revues de pertinence des admissions et des séjours évaluent les résultats des indicateurs d'alerte dont la structure s'est dotée : taux de transfert à 48 heures, GMT au regard des types d'autorisations, séjours « longs ».

Références HAS

- Revue de pertinence des soins, 2017.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 6145-1 du CSP.
- Art. R. 1112-11 du CSP.
- Circulaire n° DGOS/R2/2019/235 du 07 novembre 2019 relative à l'anticipation des tensions liées aux hospitalisations non-programmées et au déploiement du besoin journalier minimal en lits dans tous les établissements et groupements hospitaliers de territoire.

Critère 3.7-02 L'établissement prend en compte le point de vue du patient dans son programme d'amélioration de la qualité

L'évaluation de l'expérience du patient et du résultat clinique de son point de vue participe à l'objectivation de la qualité du service rendu aux patients. Il peut s'agir de démarches spécifiques, d'un volet spécifique au sein d'une démarche plus globale ou de l'analyse des données disponibles (questionnaires de satisfaction, questionnaire de sortie, plaintes). Les démarches d'équipe intégrant cette évaluation sont promues et valorisées.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Gouvernance

- Un programme d'amélioration de la qualité prenant en compte l'expérience du patient est mis en œuvre.

Représentants des usagers

- Le programme d'amélioration de la qualité intègre les contributions des usagers.

Professionnels

- L'analyse des retours des patients permet aux équipes de soins de mettre en place collectivement des actions d'amélioration.

Audit système

Références HAS

- Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, mécido-social et sanitaire, 2020.

Critère 3.7-03 Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont communiqués, analysés, exploités à l'échelle de l'établissement

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont les IQSS nationaux (comprenant e-Satis) qui s'appliquent à l'établissement et tout autre IQSS issu d'une démarche locale ou non. Les résultats des indicateurs permettent d'objectiver le niveau de qualité et de sécurité des soins pour un objectif déterminé. Le principe de revues régulières en équipe participe à l'implication de l'ensemble des acteurs dans la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins. L'analyse partagée et le suivi des résultats permettent aux équipes d'identifier les axes de progrès et de concevoir collectivement les actions d'amélioration à mettre en place.

Tout l'établissement | Impératif

Éléments d'évaluation

Parcours traceur

Professionnels

- Les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins sont suivis et font l'objet d'une analyse partagée en commission médicale d'établissement et en commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (lorsqu'elle existe).
- Le principe de revues régulières en équipe participe à l'implication de l'ensemble des acteurs dans la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins.
- Les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins permettent aux équipes d'identifier les axes de progrès et de concevoir collectivement les actions d'amélioration à mettre en place.

Audit système

Gouvernance

- Les objectifs de qualité et de sécurité des soins au niveau de l'établissement sont définis.
- Un programme d'actions d'amélioration est mis en œuvre et intègre les actions issues de l'analyse des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.
- Dans le cas d'un statut non répondant à un IQSS, les raisons sont expliquées et justifiées.

Représentants des usagers

- Les indicateurs qualité et sécurité sont présentés à la commission des usagers.

IQSS

- Tous les IQSS

Références HAS

- Campagnes nationales, développements et expérimentations des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS), 2020.
- IQSS 2020 : Travaux sur le développement et l'utilisation d'indicateurs, 2020.
- Comprendre les indicateurs, 2019.
- Résultats des indicateurs et impact des dispositifs d'amélioration de la qualité (IQSS), 2019.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 6113-2 du CSP.

Critère 3.7-04 Les analyses des événements indésirables graves sont consolidées, exploitées et communiquées à l'échelle de l'établissement

La gestion des événements indésirables associés aux soins (EIAS, plaintes, erreurs cliniques, thérapeutiques ou pharmaceutiques…) est une opportunité d'analyse des pratiques et de mise en œuvre d'une dynamique collective d'amélioration de la sécurité du patient.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- Les équipes déclarent et partagent les événements indésirables associés aux soins.
- Les équipes mettent en œuvre un plan d'action permettant de prévenir et de limiter les conséquences des événements indésirables associés aux soins. Le plan d'action est suivi.
- L'équipe analyse régulièrement ses pratiques en s'appuyant sur les déclarations des événements indésirables associés aux soins (revue de mortalité et de morbidité, comité de retour d'expérience, revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux associés…).

Gouvernance

- Les événements indésirables graves sont systématiquement analysés collectivement selon les méthodes promues par la HAS (analyse systémique des causes) et déclarés sur le portail de signalement des événements sanitaires indésirables.
- Une synthèse des travaux d'analyse des événements indésirables associés aux soins et des résultats des plans d'action mis en place à la suite de cette analyse est réalisée et diffusée.

Représentants des usagers

- La commission des usagers est informée lors de chaque réunion des événements indésirables graves déclarés par l'établissement.

Traceur ciblé

Références HAS

- Déclarer les événements indésirables graves (EIGS), 2019.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 6113-2 du CSP.
- Décret 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.
- Décret n° 2017-415 du 27 mars 2017 relatif aux modalités d'information de la commission des usagers sur les événements indésirables graves associés aux soins.

Critère 3.7-05 L'établissement siège d'un service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) ou d'une filière de prise en charge de l'urgence améliore l'organisation en aval des urgences pour assurer un parcours intrahospitalier de qualité en toute sécurité

La fluidité de l'hospitalisation non programmée est un enjeu de qualité et de sécurité des soins. Cet enjeu ne peut reposer que sur quelques services dont celui des urgences. Il doit faire l'objet d'une politique de l'établissement, portée par la gouvernance, pour un engagement de la communauté hospitalière en faveurdes hospitalisations non programmées. Cet engagement doit être traduit dans un ou des plans d'action visant une conciliation entre les flux d'hospitalisations programmées et non programmées sur l'ensemble de l'établissement et selon les périodes de l'année ou des événements impromptus.

Urgences Standard

Éléments d'évaluation

Professionnels

- Les situations des lits occupés par des patients admis en urgence sont régulièrement analysées, voire révisées en lien avec le service des urgences et les services de soins concernés. — Parcours traceur

Gouvernance

- La gouvernance suit le besoin journalier en lits d'aval dans les périodes de tension signalées par les urgences pour soutenir les actions nécessaires.
- Il existe un plan de gestion des lits d'hospitalisation en aval de l'urgence. — Audit système

Références légales et réglementaires

- Circulaire n° DGOS/R2/2019/235 du 07 novembre 2019 relative à l'anticipation des tensions liées aux hospitalisations non-programmées et au déploiement du besoin journalier minimal en lits dans tous les établissements et groupements hospitaliers de territoire.

Autres Références

- Mieux soigner moins héberger – Optimisation du parcours patient – ANAP, 2019.
- Gestion des lits, tome 1 : vers une nouvelle organisation – ANAP, 2015.
- Gestion des lits, tome 2 : mise en œuvre et bilan – ANAP.
- Gestion des lits – ANAP, 2015.

Critère 3.7-06 L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement

L'accréditation des médecins et des équipes médicales pour les spécialités et activités dites « à risque » contribue à l'amélioration de la sécurité des patients, comme toute démarche individuelle ou collective d'identification, d'analyse et de traitement des risques, en améliorant la culture de sécurité et la collaboration entre professionnels de santé. Elle est valorisée dans le cadre de la préfiguration de la recertification (rapport UZAN). La HAS promeut le programme d'accréditation en équipe (mono ou pluridisciplinaire), qui est particulièrement adapté au travail en établissements de santé, quel que soit son statut. Un programme d'accréditation en équipe comporte de manière générique trois volets : amélioration du travail en équipe, amélioration des pratiques et amélioration de la sécurité des patients. La démarche d'accréditation, volontaire, repose sur des programmes de spécialité, élaborés par des pairs et soutenus par des organismes professionnels agréés par la HAS pour l'accréditation et selon une méthode et une évaluation encadrées par la HAS. Cela permet aux professionnels de partager des objectifs communs et d'améliorer la culture sécurité de l'équipe. L'enregistrement national (HAS) des retours d'expérience (REX) permet aux équipes d'élaborer des solutions pour la sécurité qui peuvent ensuite être partagées. Ces programmes ne sont proposés aujourd'hui qu'aux spécialités chirurgicales et interventionnelles, mais l'ensemble des disciplines peut mettre en œuvre des programmes inspirés de ce modèle.

Tout l'établissement | Avancé

Éléments d'évaluation

Audit système

Gouvernance

- La gouvernance de l'établissement promeut l'accréditation auprès des équipes médicales (information, soutien, articulation avec la démarche d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité du patient de l'établissement).
- Les secteurs ayant une spécialité ou une activité dite « à risque » (spécialités de gynécologie-obstétrique, d'anesthésie-réanimation, de chirurgie, les spécialités interventionnelles ainsi que les activités d'échographie obstétricale, de réanimation ou de soins intensifs) ont des médecins ou des équipes accréditées.

Références HAS

Comprendre l'accréditation des médecins, 2019.

Références légales, réglementaires

- Décret 2006-909 du 21 juillet 2006 relatif à l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales exerçant en établissements de santé.

Autres références

- RAPPORT UZAN : Rapport sur la recertification des médecins : garantir l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, novembre 2018.

Fiches pratiques

Chapitres	Fiches pratiques	Page
Engagement dans la démarche	**Fiche pratique opératoire_E1 :** Comment octroyer les droits d'usage de CALISTA ? (ES, EV)	180
	Fiche pratique opératoire_E2 : Comment valider mes données administratives et la liste de mes FINESS géographiques ?	183
	Fiche pratique opératoire_E3 : Comment s'engager dans la procédure de certification ? (ES)	186
	Fiche pratique opératoire_E4 : Comment demander une démarche conjointe pour un établissement organisé en groupement ? (ES)	188
	Fiche pratique opératoire_E5 : Comment demander le report de la visite de son établissement ? (ES)	189
	Fiche pratique opératoire_E6 : Pourquoi et comment valider le profil de votre établissement ? (ES)	191
	Fiche pratique informative_E7 : Quels sont les liens entre les champs d'applicabilité et les critères du référentiel ? (ES, EV, RU)	195
	Fiche pratique informative_E8 : Règles permettant de définir les critères spécifiques (ES, EV, RU)	198
	Fiche pratique informative_E9 : Quels sont les critères ou éléments d'évaluation pouvant être non applicable ? (ES, EV, RU)	206
Les méthodes d'évaluation	**Fiche pratique opératoire_M1 :** Comment conduire un patient traceur ? (EV, ES, RU)	211
	Fiche pratique opératoire_M2 : Comment conduire un parcours traceur ? (EV, ES, RU)	221
	Fiche pratique opératoire_M3 : Comment conduire un traceur ciblé ? (EV, ES, RU)	232
	Fiche pratique opératoire_M4 : Comment conduire un audit système ? (EV, ES, RU)	238
	Fiche pratique opératoire_M5 : Comment conduire les observations ? (EV, ES, RU)	244

Fiches pratiques

Chapitres	Fiches pratiques	Page
La visite	**Fiche pratique opératoire_V1 :** Comment formuler une demande de récusation d'un expert-visiteur ? (EV, ES, RU)	247
	Fiche pratique opératoire_V2 : Comment compléter et valider le calendrier de la visite ? (EV, ES, RU)	248
	Fiche pratique opératoire_V3 : Comment s'organise la visite ? (EV, ES, RU)	251
	Fiche pratique informative_V4 : Règles d'utilisation des indicateurs dans la certification (EV, ES, RU)	259
	Fiche pratique opératoire_V5 : Comment remplir une fiche anomalie ? (EV, ES, RU)	262
	Fiche pratique informative_V6 : Comment est calculée la cotation des éléments du référentiel ? (EV, ES, RU)	263
	Fiche pratique informative_V7 : Règles de rédaction des synthèses du rapport de visite (EV, ES, RU)	265
	Fiche pratique opératoire_V8 : Comment exprimer sa satisfaction sur le déroulement de la visite ? (EV, ES, RU)	268
	Fiche pratique opératoire_V9 : Comment formuler et adresser ses observations à la HAS ? (EV, ES, RU)	269
	Fiche pratique opératoire_V10 : Comment est mesurée la satisfaction des experts-visiteurs sur le déroulement de la mission ? (EV, ES, RU)	270
L'implication des représentants des usagers	**Fiche pratique opératoire_IU1 :** Les représentants des usagers dans la certification de la Qualité des soins (RU)	272
	Fiche pratique informative_IU2 : Oser s'impliquer dans la certification, pourquoi, comment ? (RU)	274
	Fiche pratique informative_IU3 : Implication des représentants des usagers dans la certification depuis la V1 (RU)	277
	Fiche pratique informative_IU4 : Les représentants des usagers à toutes les étapes de la certification (RU)	279
	Fiche pratique opératoire_IU5 : Guide d'entretien des experts-visiteurs avec les représentants des usagers (EV/RU)	281
La décision et sa diffusion	**Fiche pratique opératoire_D1 :** Comment formuler une demande de recours gracieux sur votre décision de certification ? (EV, ES, RU)	286

Fiche pratique opératoire_E1

Comment octroyer les droits d'usage de CALISTA ?

Cibles prioritaires ES – EV

Objectifs de la fiche

Cette fiche décrit les types d'usage et le process d'attribution des droits d'accès à CALISTA pour l'établissement.

Pour bien commencer

Par défaut, la HAS a désigné comme administrateur de la démarche le représentant légal de l'établissement.

En pratique

Quels sont les rôles possibles d'accès dans CALISTA ?

Trois types de profils sont définis : administrateur de la démarche, collaborateur et lecteur.

Quels droits sont accordés à ces profils ?

Types de profils	Droits attribués au profil
Administrateur de la démarche	À le droit : • de mettre à jour les données de l'établissement ; • de mettre à jour le profil de l'établissement ; • de gérer l'évaluation interne (création, suppression, attribution de grilles d'évaluation) ; • de sélectionner les grilles et les transmettre pour l'évaluation interne à la HAS ; • de créer des comptes collaborateur et lecteur ; • de créer un seul autre compte administrateur ; • de demander le report de la démarche ; • de formuler et d'adresser les observations et commentaires à la HAS suite au rapport de visite ; • de formuler le recours gracieux suite à la réception du rapport de certification ; • d'être destinataire de l'ensemble des notifications via la plateforme CALISTA.
Collaborateur	À le droit : • de mettre à jour les données de l'établissement ; • de mettre à jour le profil de l'établissement sans pouvoir transmettre la demande de modification ; • de créer des comptes lecteur ; • de gérer l'évaluation interne (création, suppression, attribution de grilles d'évaluation).
Lecteur	À le droit : • de rechercher une grille d'évaluation ; • de lire l'ensemble des données présentes dans CALISTA.

Le tableau ci-après résume les droits de chaque profil :

		Profils et droits attribués		
		Administrateur demarche	Collaborateur	Lecteur
Mise a jour des donnees de l'etablissement et de la demarche	Saisie	●	●	
	Validation	●		
	Consultation	●	●	●
Évaluation interne	Création/suppression de grilles	●		
	Attribution de grilles	●	●	
	Rechercher une grille	●	●	●
	Sélection de grilles et transmission HAS	●		
Rapport de visite pour observation	Formulation	●		
	Formulation et transmission	●		
Rapport de certification	Formulation et transmission du recours gracieux	●		
Utilisateur	Création de compte (un seul administrateur, collaborateur, lecteur)	●		

Comment créer ou modifier un compte utilisateur ?

L'administrateur de la démarche peut créer des comptes utilisateur dans "Mon équipe".

Pour vous aider dans cette opération, des vidéos, accessibles directement dans CALISTA, sont à votre disposition :

- Calista - Comment procéder à desactivation d'un compte utilisateur.mp4
- Calista - Comment procéder à la création d'un compte utilisateur.mp4
- Calista - Comment procéder à l'actualisation d'un compte utilisateur.mp4

> Il n'est pas recommandé de créer plusieurs comptes avec plusieurs profils. En cas de départ d'un collaborateur il est obligatoire de désactiver le compte dans CALISTA.

Retours d'expérience

La création de profils est une possibilité technique que nous mettons à disposition de l'établissement de santé afin d'associer ses acteurs. Il est de la responsabilité de l'établissement et de l'organisation interne de gérer la nomination de ces profils et il lui appartient de définir les règles internes entre ces collaborateurs.

Pour aller plus loin

Seuls le chef de projet et l'assistant gestionnaire de la démarche ont accès en continu aux différents éléments à l'exception de l'évaluation interne.

De leur côté, les experts-visiteurs ont accès à la démarche sur laquelle ils sont positionnés, dès que l'établissement valide leur participation à la visite. Leur rôle diffère selon leur profil sur la visite (expert ou coordonnateur).

Enfin, les membres de la Commission de certification qui délibère sur le dossier n'ont accès qu'au rapport de certification et aux éventuelles fiches anomalies.

Fiche pratique opératoire_E2

Comment valider mes données administratives et la liste de mes FINESS géographiques ?

Cibles prioritaires ES

Objectifs de la fiche

Il est déterminant, pour le bon déroulement de votre démarche dans CALISTA, de s'assurer au préalable de l'exactitude des données administratives pré-renseignées et de la liste des FINESS géographiques de votre établissement.

Pour bien commencer

Les données administratives dans CALISTA sont :

- l'entité juridique (FINESS et adresse) ;
- les différents sites géographiques (FINESS, classification, catégorie et adresse postale) ;
- les coordonnées des contacts de votre établissement que sont le responsable légal, le responsable certification et l'administrateur CALISTA (nom, prénom, fonction, téléphone et adresse de messagerie).

Il vous est demandé de mettre à jour dès que nécessaire :

- les adresses de l'entité juridique et des différents sites géographiques ;
- les coordonnées des contacts ;
- ces modifications ne nécessitent pas une validation de la part de la HAS.

En revanche, vous ne pouvez pas :

- modifier par vous-même le nom de l'entité juridique et son FINESS ;
- rajouter ou supprimer un site géographique.

Pour effectuer ce type de modification, il faudra formuler votre demande auprès de la HAS comme précisé ci-dessous.

En pratique

Informations pratiques

- L'actualisation des données administratives peut se faire à tout moment.

Comment vérifier et modifier mes données administratives ?

Dans l'onglet « Ma démarche » puis dans la zone « Créer », cliquer sur « Actualisation des données administratives » 1.

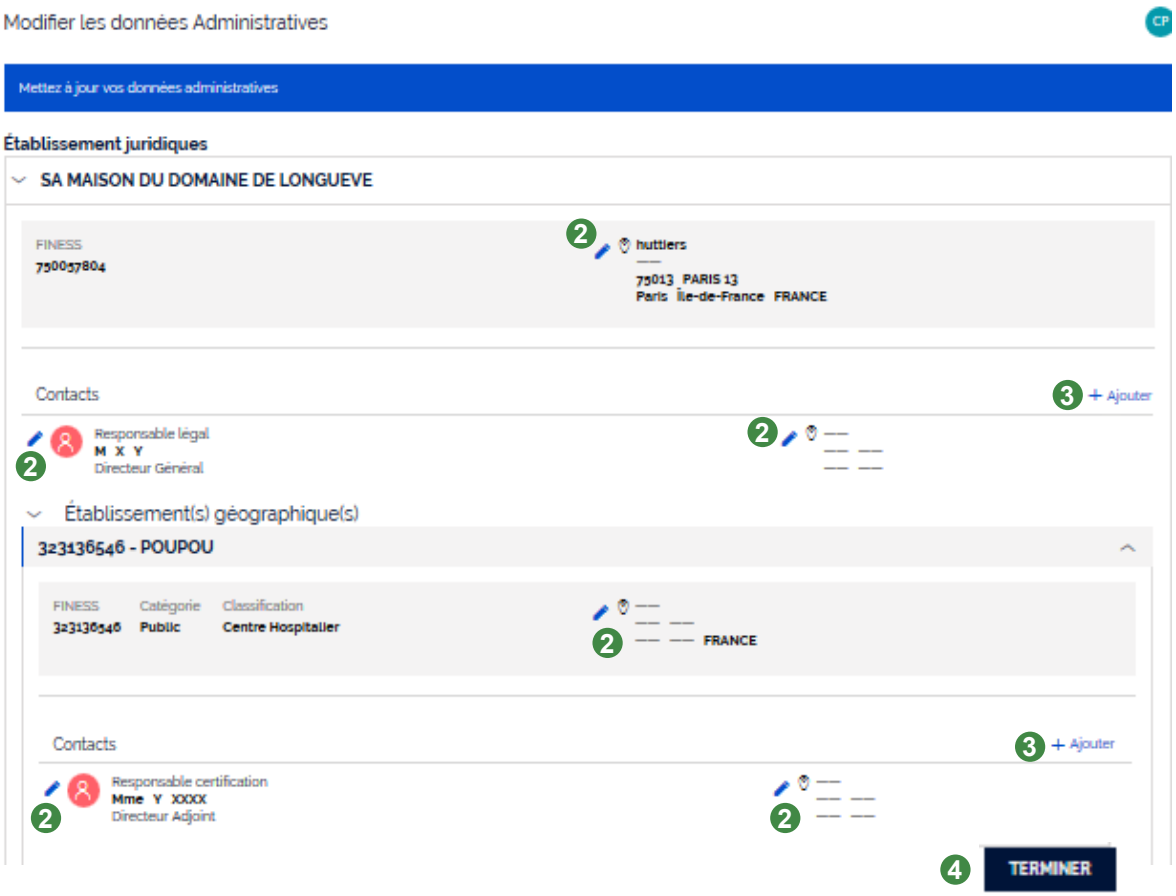
Fiche pratique opératoire_E2

Dans le formulaire « Modifier les données administratives », pour l'entité juridique et les différents sites géographiques, vous devez vérifier la conformité :

- des FINESS ;
- de l'intitulé de l'établissement juridique ;
- du nombre et des intitulés des sites géographiques ;
- de l'adresse postale pour l'entité juridique et les différents sites géographiques ;
- des coordonnées des contacts rattachés à ces sites.

Comment modifier mes données administratives modifiables ?

Dans le formulaire « Modifier les données Administratives », vous avez la possibilité de modifier seulement les adresses postales et les coordonnées des contacts à l'aide du crayon bleu 2 ou de rajouter de nouveaux contacts en cliquant sur + Ajouter 3. Vous devez ensuite valider cette étape en appuyant sur TERMINER 4

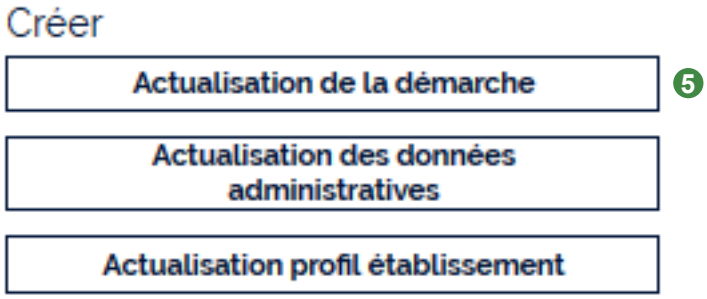


Comment faire une demande de modification de mes données administratives non modifiables ?

Les données administratives non modifiables sont :

- l'intitulé de l'entité juridique ;
- l'ajout ou la suppression d'un site géographique ;
- un changement de n° de FINESS.

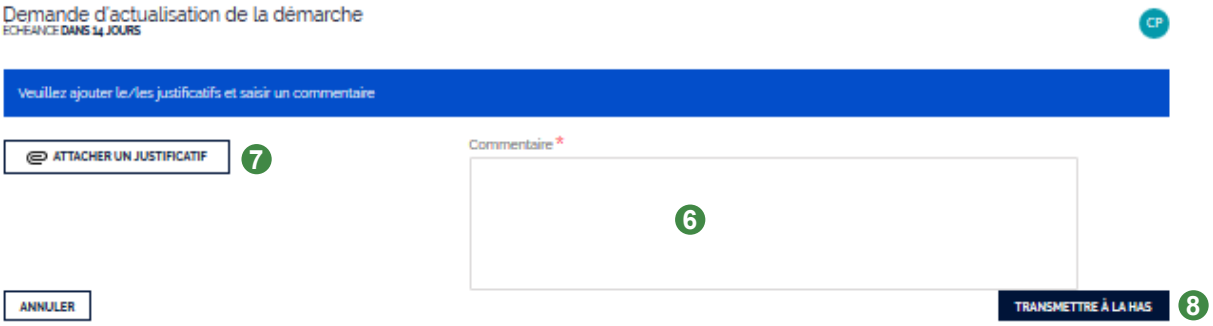
Pour effectuer une demande de modification auprès de la HAS, dans « Ma démarche » puis dans la zone « Créer », cliquer sur « Actualisation de la démarche » 5.



Votre demande doit formuler les éléments suivants :

- la rédaction d'un commentaire très précis sur votre demande de modification, d'ajout ou de suppression avec rappel de l'intitulé exact de l'établissement juridique ou géographique concerné et n° FINESS associé 6 ;
- une pièce justificative par demande de modification (exemple : arrêté de l'agence régionale de santé pour l'entité juridique, copie du site FINESS pour le n° FINESS…) en cliquant sur ATTACHER UN JUSTIFICATIF 7.

Puis pour transmettre votre message à la HAS, vous devez cliquer sur TRANSMETTRE À LA HAS 8.



> La décision motivée de la HAS sur la demande d'ajout/modification est adressée à l'établissement dans un délai de 15 jours à compter de la réception de la demande de l'établissement. Pendant ce délai, l'établissement poursuit les étapes de sa procédure. Si les modifications sont acceptées, la HAS procède aux modifications dans CALISTA.

Pour aller plus loin

Les informations sur les données administratives de votre démarche sont pré-renseignées.

L'entité juridique et les sites géographiques sont importés de la SAE (statistiques annuelles des établissements de santé validées en vigueur).

Comment s'engager dans la procédure de certification ?

Cibles prioritaires ES

Objectifs de la fiche

Cette fiche décrit les modalités d'inscription dans la procédure de certification pour les nouveaux établissements de santé.

Pour bien commencer

En vertu de l'article L.6113-4 du Code de la santé publique, la procédure de certification est engagée à l'initiative de l'établissement.

En pratique

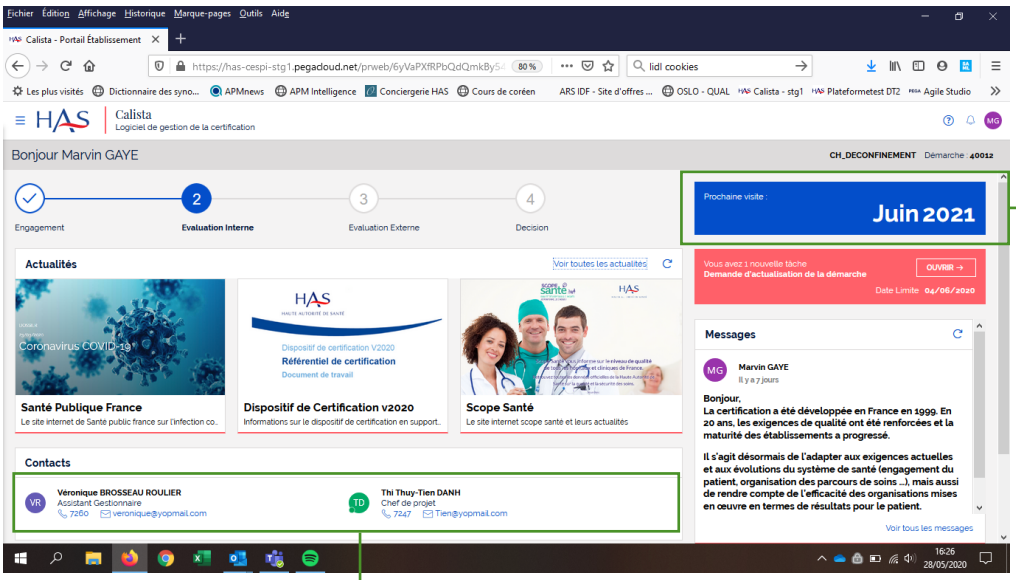
Le représentant légal du nouvel établissement adresse sa demande d'engagement dans la procédure à la HAS par courrier, dans un délai de un an à compter de son ouverture, sous pli recommandé avec avis de réception.

Les informations suivantes devront être mentionnées dans la lettre d'engagement :

- le nom et l'adresse de l'établissement ;
- le numéro FINESS juridique de l'établissement ;
- le prénom, le nom et le titre du représentant légal de l'établissement ;
- les coordonnées (prénom, nom, fonction, n° de téléphone, adresse e-mail) de la personne en charge de la certification.

À réception, la HAS vous communique vos identifiants pour accéder à CALISTA.

Après connexion, vous visualiserez la période de visite, les coordonnées du chef de projet et de l'assistant gestionnaire de votre démarche de certification.



Période de visite

Vos interlocuteurs sur la démarche de visite

Informations pratiques
• Pour connaître le numéro FINESS de votre établissement, rendezvous sur le site : http://finess.sante.gouv.fr/

Pour aller plus loin

La certification ne s'applique pas aux activités médico-sociales et sociales, même lorsque ces activités s'exercent au sein d'un établissement de santé.

Pour l'évaluation des structures sociales et médico-sociales, adressez vos demandes à : contact.evaluation-habilitation@has-sante.fr

Fiche pratique opératoire_E4

Comment demander une démarche conjointe pour un établissement organisé en groupement ?

Cibles prioritaires ES

Objectifs de la fiche

Cette fiche décrit les modalités pour demander une démarche conjointe pour un groupement d'établissements (hors groupements hospitaliers de territoire).

Pour bien commencer

En application de l'article L. 6132-4 du Code de la santé publique, la certification est conjointe pour les établissements publics de santé parties à un même groupement hospitalier de territoire et pour les hôpitaux des armées associés au groupement.

D'autres groupements d'établissements de santé peuvent bénéficier d'une procédure conjointe, après accord de la HAS, sous réserve de remplir les conditions suivantes :

- un bassin de population commun ;
- une commission ou conférence médicale d'établissement unique ;
- une politique qualité et sécurité des soins partagée ;
- un projet médical et soignant commun.

En pratique

Le groupement, hors GHT dont les visites sont réglementairement conjointes, adresse une lettre motivée à la HAS, signée par tous les représentants légaux des établissements du groupement, accompagnée des éléments suivants :

- un descriptif des différents établissements du groupement (localisation, activités, spécificités, direction commune) ;
- la politique qualité et sécurité des soins partagée ;
- le projet médical et soignant commun ;
- les coordonnées (prénom, nom, fonction, n° de téléphone, adresse e-mail) de la personne en charge de la certification pour le groupement.

La HAS analyse la motivation de la demande et informe le groupement de sa décision dans un délai de 2 mois.

Fiche pratique opératoire_E5

Comment demander le report de la visite de votre établissement ?

Cibles prioritaires ES

Objectifs de la fiche

La présente fiche permet à l'établissement de :

- connaître les situations pouvant amener à solliciter un report de la visite de certification ;
- savoir comment formuler une demande de report de la visite de certification via CALISTA.

Pour bien commencer

Les demandes de report de visite par un établissement doivent avoir un caractère exceptionnel et être justifiées par un cas de force majeure.

Dans le cas où la demande de report est liée à une évolution majeure de l'organisation et de la nature de l'offre de soins d'un établissement, la HAS peut, avant toute décision de report ou d'annulation de la visite, solliciter l'avis de l'ARS concernée.

À noter que pour les établissements rattachés à un groupement, notamment les GHT, engagés dans une démarche conjointe, l'établissement peut s'accorder avec un autre établissement du groupement pour intervertir l'ordre de passage. Cette permutation reste néanmoins à valider par la HAS après une demande auprès du chef de projet via CALISTA.

En pratique

Dans quels cas peut-on demander un report ?

Les motifs possibles de report sont :

- un cas de force majeure, c'est-à-dire un événement imprévisible, insurmontable et notamment d'origine extérieure à l'établissement (catastrophe naturelle, grève, événement violent ou tragique empêchant la poursuite de la procédure …) ;
- une crise financière (procédure de redressement judiciaire ou mise sous administration provisoire ou plan social) ;
- un regroupement entre structures (fusion, rachat) ;
- la délocalisation sur un nouveau site géographique ;
- une modification substantielle des activités (nouvelles autorisations, extension, reconversion, transfert, fermeture de lits) impactant la liste des critères applicables à l'établissement ;
- une importante restructuration de l'établissement.

Que faut-il faire pour exprimer la demande ?

En attendant la mise à disposition du module « report » dans CALISTA, l'établissement envoie un mail de demande de report au binôme chef de projet/assistant gestionnaire (lettre motivée signée par le représentant légal et pièces justificatives comme précisé dans la rubrique « Pour aller plus loin »).

> La décision motivée de la HAS est adressée à l'établissement dans un délai de 2 mois à compter de la réception de la demande de l'établissement. Pendant ce délai et dans l'attente de la décision de la HAS, l'établissement poursuit les étapes de sa procédure.

Pour aller plus loin

Pour chaque situation rencontrée par l'établissement, le tableau ci-dessous précise les pièces administratives attendues dans la demande de report.

Motifs de demande de report par l'établissement de santé	Pièces nécessaires à l'instruction de la demande par la HAS
Cas de force majeure, c'est-à-dire un événement imprévisible, insurmontable et notamment d'origine extérieure à l'établissement (ex : catastrophe naturelle, grève, événement violent ou tragique empêchant la poursuite de la procédure)	Lettre motivée signée par le représentant légal de l'établissement décrivant les impacts sur le déroulement de la procédure de certification
Crise financière (procédure de redressement judiciaire ou mise sous administration provisoire ou plan social)	• Lettre motivée signée par le représentant légal de l'établissement décrivant les impacts sur le déroulement de la procédure de certification • Jugement du tribunal en cas de redressement judiciaire • Décision de l'agence régionale de santé en cas de mise sous administration provisoire
Regroupement entre structures (fusion, rachat,)	• Lettre motivée signée par le représentant légal de l'établissement décrivant les impacts sur le déroulement de la procédure de certification • Autorisation de l'agence régionale de santé • Calendrier des différentes étapes du regroupement
Délocalisation sur un nouveau site géographique	• Lettre motivée signée par le représentant légal de l'établissement décrivant les impacts sur le déroulement de la procédure de certification • Autorisation de l'Agence Régionale de Santé • Calendrier des travaux
Modification substantielle des activités (nouvelles autorisations, extension, reconversion, transfert, fermeture de lits)	• Lettre motivée signée par le représentant légal de l'établissement décrivant les impacts sur le déroulement de la procédure de certification • Autorisation de l'agence régionale de santé
Importante restructuration de l'établissement	Lettre motivée signée par le représentant légal de l'établissement décrivant les impacts sur le déroulement de la procédure de certification

Fiche pratique opératoire_E6

Pourquoi et comment valider le profil de votre établissement ?

Cibles prioritaires ES

Objectifs de la fiche

Cette fiche définit les champs d'applicabilité des critères spécifiques du référentiel Qualité des soins et explique ce qui doit être réalisé par l'établissement pour obtenir la liste personnalisée de l'ensemble des critères qui lui seront applicables.

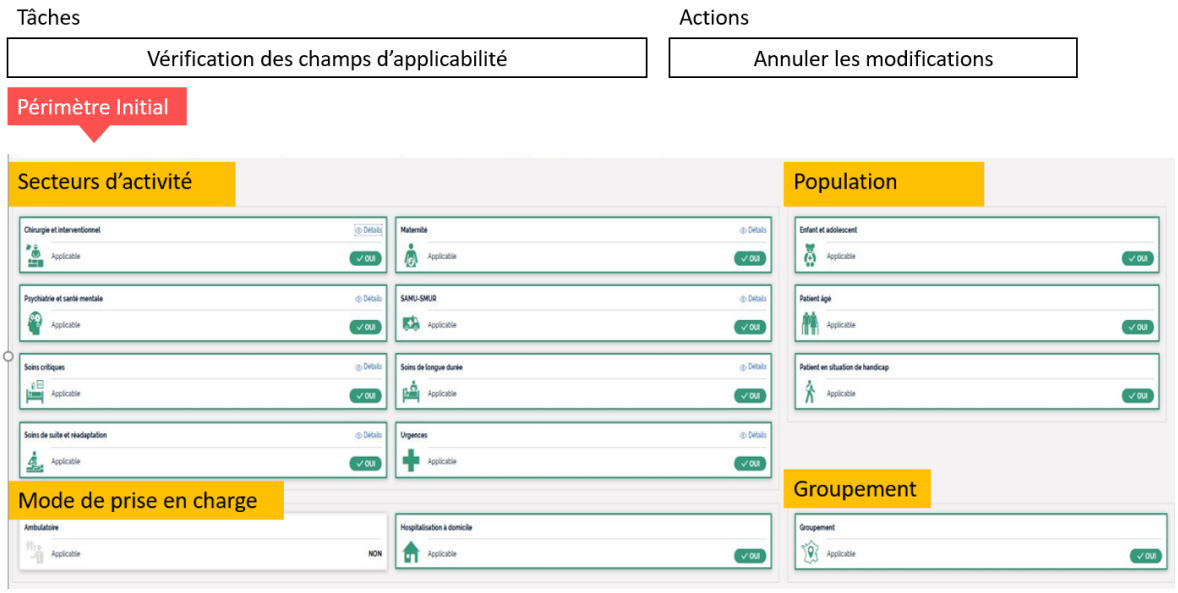
Afin de déterminer les critères spécifiques du référentiel applicables à votre établissement, il est indispensable de vérifier le profil de votre établissement. Cette tâche consiste à vous assurer de l'exactitude des champs d'applicabilité pré-renseignés dans CALISTA.

Pour bien commencer

Le référentiel de certification s'adresse à tous les établissements de santé, tout en étant spécifique et adaptable à chaque établissement . À cette fin, le référentiel contient 90 critères génériques s'appliquant à l'ensemble des établissements de santé, et 41 critères spécifiques liés à des champs d'applicabilité particuliers relevant :

- de populations spécifiques : enfant et adolescent, patient âgé, vivant avec un handicap (dans les critères génériques, une attention particulière souligne, en cas de besoin, l'intégration des patients atteints d'une maladie chronique ou en situation de précarité) ;
- de modes de prise en charge spécifiques : ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD), SAMU-SMUR, urgences, soins critiques (catégorie regroupant les soins continus, les soins intensifs et la réanimation) ;
- de secteurs d'activité spécifiques : chirurgie et interventionnel, maternité, psychiatrie et santé mentale, soins de suite et de réadaptation (SSR), unité de soins de longue durée (USLD).

Les champs d'applicabilité des critères spécifiques (secteurs d'activité, populations et modes de prise en charge) sont pré-renseignés dans CALISTA. Ils correspondent au périmètre initial de chaque établissement.



Pourquoi valider le profil de votre établissement ?

La HAS a établi des règles pour déterminer l'activation des différents champs d'applicabilité des critères spécifiques du référentiel dans CALISTA en fonction des données disponibles et renseignées par les établissements de santé dans la base SAE (cf. fiche d'information dédiée).

Pour établir le profil de l'établissement dans CALISTA, les données utilisées par la HAS sont importées de la base de données SAE la plus récente.

Il est possible que lors de la validation de son profil par l'établissement, ces données nécessitent d'être actualisées.

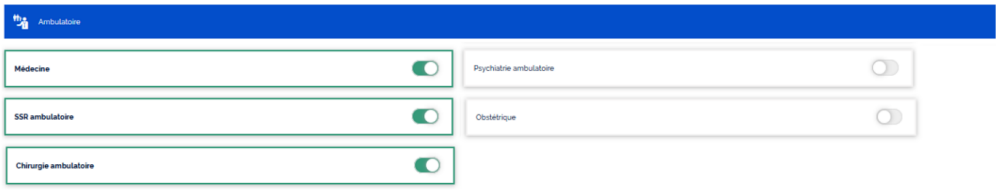
Certains critères spécifiques liés à un type de population (enfant et adolescent, patient âgé, vivant avec un handicap) ne sont pas identifiés dans la base SAE, ces derniers ont par conséquent été renseignés par défaut comme applicables à tous les établissements.

Il est donc indispensable que l'établissement vérifie l'exactitude des données pré-renseignées dans CALISTA (secteurs d'activité, populations, modes de prise en charge et groupement) car l'applicabilité des critères spécifiques du référentiel en dépend.

Exemple illustré

Prenons le cas d'un établissement dont les données issues de la SAE indiquent qu'il dispose d'une autorisation et exerce une activité en médecine ambulatoire, en chirurgie ambulatoire et en SSR ambulatoire sur le site géographique X.

Des précisions sur la présence des différentes activités réalisées au sein du champ d'applicabilité « Ambulatoire » seront apportées dans CALISTA si les activités ont été renseignées par l'établissement dans la SAE.



Dans l'exemple illustré, Médecine, Chirurgie ambulatoire et SSR ambulatoire sont activés (coche) Les deux critères spécifiques liés au champ d'applicabilité « Ambulatoire » (Critères 1.1-12 et 2.3-21) du référentiel seront par conséquent applicables à l'établissement.

Ce qu'il faut retenir

De façon générale, dès lors qu'un seul sous-champ d'applicabilité est activé (coche) alors le champ d'applicabilité est activé (coche OUI) et les critères spécifiques liés à ce champ sont applicables à l'établissement (Cf. fiche information dédiée).

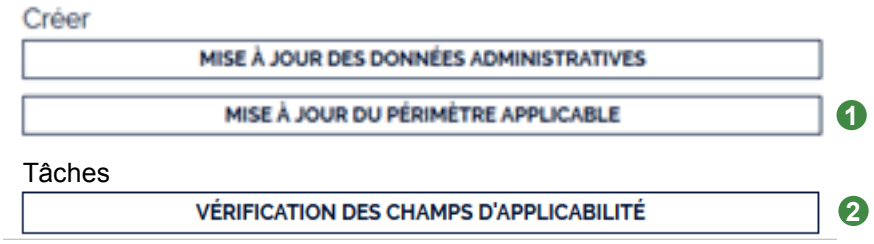
Points de vigilance

La prise en charge des urgences psychiatriques n'étant pas identifiée dans la base SAE, le champ d'applicabilité « Urgences » ne sera pas coché par défaut (réponse NON). Si votre établissement réalise cette activité, il conviendra dans ce cas de formuler une demande de modification du champ d'applicabilité et pour cela cocher la réponse OUI sur le sous-champ « Urgences générales » afin que les critères spécifiques aux urgences soient présents dans votre référentiel personnalisé (critères 2.2-03, 2.2-04, 3.1-05, 3.7-05).

En pratique

Comment vérifier les champs d'applicabilité ?

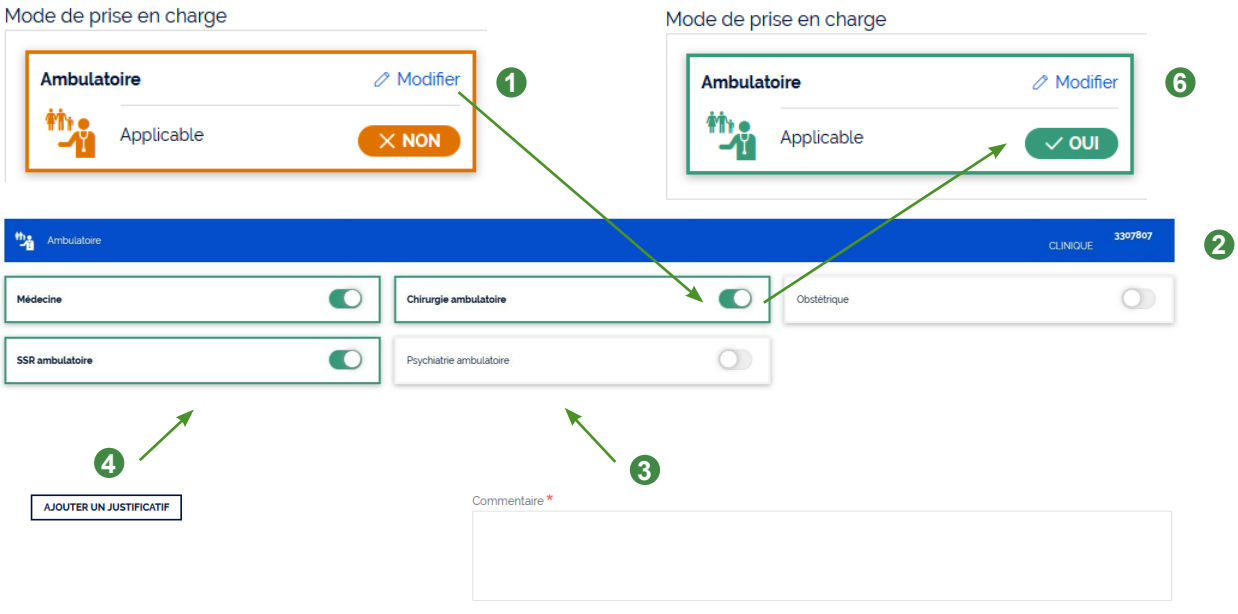
Dans la zone « Créer » appuyer sur « Mise à jour du périmètre applicable » 1 et dans « Tâches » sur « Vérification des champs d'applicabilité » 2 : vérifier que la réponse OUI ou NON correspond à la réalité de votre établissement pour chaque champ d'applicabilité. Pour visualiser le détail de chaque champ, il vous faut appuyer sur « Modifier » 3.



Que faire en cas d'informations erronées ?

Si vous souhaitez faire des changements sur les données pré-renseignées :

- cliquer sur « Modifier » 1 ;
- cliquer sur les champs ou sous-champs à rajouter ou à supprimer 2 ;
- mentionner un commentaire 3 ;
- déposer un justificatif par sous-champ rajouté (arrêté ARS justifiant la nature de l'autorisation) 4 ;
- appuyer sur le bouton « Transmettre à la HAS » 5 (l'encadré devient vert et passe de NON à OUI 6).



Comment valider ?

Lorsque vos modifications sont finalisées ou si vous n'avez pas de changement à formuler, appuyez sur le bouton « Enregistrer et Fermer » ENREGISTRER & FERMER puis sur « Transmettre à la HAS » TRANSMETTRE À LA HAS 5.

> Les mises à jour du profil sont annuelles. Elles font l'objet d'une notification dans CALISTA. Vous disposerez de 15 jours pour valider votre profil. La HAS décidera au regard de vos demandes et justificatifs de l'acceptation ou du refus de votre demande.

Comment obtenir ses critères applicables ?

Une fois vos champs d'applicabilité validés par la HAS, vous retrouverez la liste de vos critères applicables dans l'onglet « Critères ». Ils correspondent à votre périmètre final.

Vous pouvez désormais éditer votre référentiel personnalisé qui correspond au référentiel Qualité des soins intégrant les critères génériques des chapitres 1, 2 et 3 ainsi que les critères spécifiques qui vous sont applicables.

> Un tableau des critères et éléments d'évaluation pouvant être cotés « Non Applicable » (NA) est disponible dans la fiche d'information spécifique annexée au guide méthodologique. À l'issue de l'étape de validation de votre profil par la HAS, il vous guidera pour valider les critères ou éléments d'évaluation susceptibles d'être cotés « NA » dans votre évaluation interne. Tout critère ou élément d'évaluation non présent dans ce tableau néanmoins coté « NA » par votre établissement dans son évaluation interne, sera susceptible d'être coté « Applicable » par les experts-visiteurs lors de l'évaluation externe de l'établissement.

Pour aller plus loin

Les champs d'applicabilité des critères spécifiques (secteurs d'activité, populations et modes de prise en charge) et des critères génériques relatifs au groupement sont issus des bases de données nationales comme les données issues de la SAE.

En complément, deux fiches d'information sont à votre disposition :

- Quelles sont les règles utilisées dans Calista pour l'ouverture des champs d'applicabilité des critères du référentiel Qualité des soins ?
- Quels sont les liens entre les champs d'applicabilité et les critères du référentiel Qualité des soins ?

Fiche pratique informative_E7

Quels sont les liens entre les champs d'applicabilité et les critères du référentiel Qualité des soins ?

Cibles prioritaires EV - ES - RU

Objectifs de la fiche

Cette fiche explique les liens qui existent entre les activités spécifiques d'un établissement ou les populations accueillies et les critères spécifiques du référentiel Qualité des soins.

Pour bien commencer

Le référentiel de certification s'adresse à tous les établissements de santé, tout en étant spécifique et adaptable à chaque établissement. À cette fin, le référentiel contient 90 critères génériques s'appliquant à l'ensemble des établissements de santé, et 41 critères spécifiques liés à des champs d'applicabilité particuliers relevant :

- de populations spécifiques : enfant et adolescent, patient âgé, vivant avec un handicap (dans les critères génériques, une attention particulière souligne, en cas de besoin, l'intégration des patients atteints d'une maladie chronique ou en situation de précarité) ;
- de modes de prise en charge spécifiques : ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD), SAMU-SMUR, urgences, soins critiques (catégorie regroupant les soins continus, les soins intensifs et la réanimation) ;
- de secteurs d'activité spécifiques : chirurgie et interventionnel, maternité, psychiatrie et santé mentale, soins de suite et de réadaptation (SSR), unité de soins de longue durée (USLD).

Ce qu'il faut savoir

Les champs d'application des critères spécifiques sont pré-renseignés dans CALISTA.

Le tableau ci-dessous décrit les liens entre les champs d'applicabilité et les critères spécifiques du référentiel ainsi que les critères génériques liés au groupement :

Exemple : si j'ai le champ d'applicabilité « HAD » activé (coche ✓ OUI), les 5 critères spécifiques du référentiel (1.1-13, 1.3-02, 2.2-13, 2.2-14, 2.3-05) me sont applicables.

Critères spécifiques du référentiel : 41 critères			
Mode de prise en charge : ambulatoire, HAD, SAMU-SMUR, urgences, soins critiques			
Champ d'applicabilité	**Activité**	**Nombre et critères spécifiques concernés**	
Ambulatoire	Chirurgie ambulatoire	2 critères	1.1-12 2.3-21
	Médecine	1 critère	1.1-12
	Obstétrique		
	SSR ambulatoire		
	Psychiatrie ambulatoire		
HAD	HAD MCO-SSR	5 critères	1.1-13 1.3-02 2.2-13 2.2-14 2.3-05
	HAD PSY		
SAMU/SMUR	SAMU/SMUR	3 critères	2.1-02 2.2-01 2.2-02
Urgences	Urgences générales	4 critères	2.2-03 2.2-04 3.1-05 3.7-05
	Urgences pédiatriques		
Soins critiques	Unités de réanimation adultes	1 critère	2.4-05
	Unités de réanimation enfants (hors néonatologie)		
	Soins intensifs (quel que soit l'âge hors néonatologie)		
	Surveillance continue adultes		
	Surveillance continue enfants		

Fiche pratique informative_E7

Secteurs d'activité : psychiatrie, chirurgie et interventionnel, maternité, SSR, SLD			
Sous-champ d'applicabilité	**Activité**	**Nombre et critères spécifiques concernés**	
Psychiatrie et santé mentale	Psychiatrie générale	7 critères	1.4-05 2.1-05 2.2-17 2.2-18 2.3-18 3.1-03 3.1-04
	Psychiatrie infanto-juvénile		
	Psychiatrie en milieu pénitentiaire		
Chirurgie et interventionnel	Chirurgie	7 critères	2.2-10 2.2-11 2.2-12 2.3-12 2.3-15 2.4-06 2.4-09
	Chirurgie cardiaque		
	Chirurgie des cancers		
	Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie		
	Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en neuroradiologie		
	Neurochirurgie		
	Transplantation d'organes et greffe de moelle osseuse		
	Traitement des grands brulés		
Maternité	Périnatalité	2 critères	1.1-07 2.3-20
	IVG pour motif médical ou AMP clinique		
	Centre de périnatalité de proximité		
SSR	SSR	1 critère	2.1-03
SLD	SLD	1 critère	1.4-04

Population : enfant et adolescent, personne âgée, personne en situation de handicap		
Champ d'applicabilité	**Nombre et critères spécifiques concernés**	
Enfant et adolescent	3 critères	1.1-04 1.2-02 1.4-03 2.2-16
Personne âgée	2 critères	1.2-04 3.1-06
Personne en situation de handicap	2 critères	1.2-03 1.4-02

Fiche pratique informative_E8

Quelles sont les règles utilisées dans CALISTA pour l'ouverture des champs d'applicabilité des critères spécifiques du référentiel ?

Cibles prioritaires EV - ES - RU

Objectifs de la fiche

Cette fiche présente les règles techniques qui sont utilisées pour récupérer à partir de la base SAE (statistiques annuelles des établissements de santé) les données nécessaires à l'établissement du profil. Le profil d'un établissement est constitué dans CALISTA de l'ensemble des champs d'applicabilité qui le concernent. Le profil permet de générer le référentiel personnalisé d'un établissement.

Ce qu'il faut savoir

Pour établir le profil de l'établissement dans CALISTA, les données utilisées par la HAS sont importées de la base de données SAE la plus récente.

La base de données SAE est issue de l'enquête annuelle SAE (statistiques annuelles des établissements de santé).

Le tableau ci-dessous décrit les règles utilisées pour déterminer l'activation des différents champs d'applicabilité des critères spécifiques dans CALISTA en fonction des données renseignées par l'établissement dans la SAE.

Exemple

sont concernés par les critères spécifiques du champ d'applicabilité « Ambulatoire » les établissements qui ont une réponse « OUI » dans le bordereau FILTRE MCO correspondant de la SAE (autorisation d'activité reprise du répertoire ARHGOS) et qui ont une activité d'hospitalisation ambulatoire supérieure à 0 en médecine ou en chirurgie ou en obstétrique ou en SSR ou en psychiatrie.

Critères spécifiques du référentiel : 41 critères		
Mode de prise en charge : ambulatoire, HAD, SAMU-SMUR, urgences, soins critiques		
Champ d'applicabilité	**Sous-champ d'applicabilité**	**Règles**
Ambulatoire	Chirurgie ambulatoire	Table : filtre (select statut=INIT) - MCO Clef : FI If filtre.CHIRAMBU=1 and (MCO.PLA_CHI >0 or MCO.SEJHP_CHI>0) then SCA0002= true else SCA0002= false
	Médecine	Table : filtre (select statut=INIT) - MCO Clef : FI If (filtre.HEBMED=1) and (MCO.PLA_MCO >0 or MCO.SEJHP_MCO>0) then SCA0001= true else SCA0001= false
	Obstétrique	Table : MCO Clef : FI If MCO.PLA_OBS >0 or MCO.SEJHP_OBS > 0 then SCA0003= true else SCA0003= false
	SSR ambulatoire	Table : filtre (select statut=INIT) – SSR (select GDE=SSR_TOT) Clef : FI If filtre.SSR=1 and (SSR.PLA>0 or SSR.JOUHP>0) then SCA0004= true else SCA0004= false
	Psychiatrie ambulatoire	Table : filtre (select statut=INIT) – PSY (select DIS=TOT) Clef : FI If filtre.PSY=1 and (PSY.CAP_HDJ>0 or PSY.CAP_HDN>0 or PSY.VEN_HDJ>0 or PSY.VEN_HDN>0 or PSY.NB_CMP_SEUL_PA>0 or PSY.NB_CMP_SEUL_PL>0 or PSY.NB_CONSULT_SEUL>0 or PSY.NB_CATTP>0 or PSY.ACT_CMP_SEUL>0 or PSY.ACT_CONSULT_SEUL>0 or PSY.ACT_CATTP>0 or PSY.ACT_AD>0 or PSY.ACT_EMS>0 or PSY.ACT_UHS>0 or PSY.ACT_EME>0 or PSY.ACT_UCSA>0) then SCA0005= true else SCA0005= false
HAD	HAD MCO-SSR	Table : filtre (select statut=INIT) – HAD (select AUTMED=1 + AUTSSR=1 + AUTCAN=1 + AUTOBS=1) Clef : FI If filtre.HAD =1 and [HAD.PLATOT>0 or HAD.JOU_HAD> 0 or HAD.SEJ_HAD>0] then SCA0015= true else SCA0015= false

Fiche pratique informative_E8

Mode de prise en charge : ambulatoire, HAD, SAMU-SMUR, urgences, soins critiques		
Champ d'applicabilité	**Sous-champ d'applicabilité**	**Règles**
HAD	HAD PSY	Table : filtre (select statut=INIT) – PSY (select DIS=TOT) Clef : FI If filtre.PSY=1 and PSY.JOU_HAD>0 then SCA0016= true else SCA0016= false
SAMU/SMUR	SAMU et/ou SMUR	Table : filtre (select statut=INIT) Clef : FI If filtre.SMURSAMU=1 then SCA0029= true else SCA0029= false
Urgences	Urgences générales	Table : filtre (select statut=INIT) – URGENCES Clef : FI If filtre.URG=1 and (URGENCES.AUTSU=1 and URGENCES.AUTGEN=1) then SCA0037= true else SCA0037= false
	Urgences pédiatriques	Table : filtre (select statut=INIT) – URGENCES Clef : FI If filtre.URG=1 and (URGENCES.AUTSU=1 and URGENCES.AUTPED=1) then SCA0038= true else SCA0038 false
Soins critiques	Unités de réanimation adultes	Table : filtre (select statut=INIT) – REA (select UNI= REAADU) Clef : FI If filtre.REA=1 and [REA.LIT>0 or REA.Sej>0 REA.Jou>0] then SCA0030= true else SCA0030= false
	Unités de réanimation enfants (hors néonatologie)	Table : filtre (select statut=INIT) – REA (select UNI= REAENF) Clef : FI If filtre.REA=1 and [REA.LIT>0 or REA.Sej>0 REA.Jou>0] then SCA0031= true else SCA0031= false
	Soins intensifs (quel que soit l'âge hors néonatologie)	Table : filtre (select statut=INIT) – REA (select UNI=SITOT) Clef : FI If filtre.REA=1 and [REA.LIT>0 or REA.Sej>0 REA.Jou>0] then SCA0032= true else SCA0032= false
	Surveillance continue adultes	Table : filtre (select statut=INIT) – REA (select UNI= Survadu) Clef : FI If filtre.REA=1 and [REA.LIT>0 or REA.Sej>0 REA.Jou>0] then SCA0033= true else SCA0033= false
	Surveillance continue enfants	Table : filtre (select statut=INIT) – REA (select UNI= SURVENF) Clef : FI If filtre.REA=1 and [REA.LIT>0 or REA.Sej>0 REA.Jou>0] then SCA0034= true else SCA0034= false

Fiche pratique informative_E8

Secteurs d'activité : psychiatrie, chirurgie et interventionnel, maternité, SSR, SLD		
Champ d'applicabilité	**Sous-champ d'applicabilité**	**Règles**
Psychiatrie et santé mentale	Psychiatrie générale	Table : filtre (select statut=INIT) – PSY (select DIS=GEN) Clef : FI If (filtre.HEB_PSY=1 or filtre.PSY=1) and [PSY.CAP_HTP>0 or PSY.CAP_PFT>0 or PSY.CAP_AAT>0 or PSY.CAP_ACP>0 or PSY.CAP_CCU>0 or PSY.CAP_HAD>0 or PSY.CAP_HDJ>0 or PSY.CAP_HDN>0 or PSY.NB_AT>0 or PSY.SEJ_HTP>0 or PSY.JOU_HTP>0 or PSY.JOU_PFT>0 or PSY.JOU_AAT>0 or PSY.JOU_ACP>0 or PSY.JOU_CCU>0 or PSY.JOU_HAD>0 or PSY.JOU_ST>0 or PSY.VEN_HDJ>0 or PSY.VEN_HDN>0 or PSY.VEN_AT>0 PSY.NB_CMP_SEUL_PA>0 or PSY.NB_CMP_SEUL_PL>0 or PSY.NB_CONSULT_SEUL>0 or PSY.NB_CATTP>0 or PSY.ACT_CMP_SEUL>0 or PSY.ACT_CONSULT_SEUL>0 or PSY.ACT_CATTP>0 or PSY.ACT_AD>0 or PSY.ACT_EMS>0 or PSY.ACT_UHS>0 or PSY.ACT_EME>0] then SCA0026= true else SCA0026= false
	Psychiatrie infanto-juvénile	Table : filtre (select statut=INIT) – PSY (select DIS=INF) Clef : FI If (filtre.HEB_PSY=1 or filtre.PSY=1) and [PSY.CAP_HTP>0 or PSY.CAP_PFT>0 or PSY.CAP_CCU>0 or PSY.CAP_HAD>0 or PSY.CAP_HDJ>0 or PSY.CAP_HDN>0 or PSY.NB_AT>0 or PSY.SEJ_HTP>0 or PSY.JOU_HTP>0 or PSY.JOU_PFT>0 or PSY.JOU_CCU>0 or PSY.JOU_HAD>0 or PSY.JOU_ST>0 or PSY.VEN_HDJ>0 or PSY.VEN_HDN>0 or PSY.VEN_AT>0 PSY.NB_CMP_SEUL_PA>0 or PSY.NB_CMP_SEUL_PL>0 or PSY.NB_CONSULT_SEUL>0 or PSY.NB_CATTP>0 or PSY.ACT_CMP_SEUL>0 or PSY.ACT_CONSULT_SEUL>0 or PSY.ACT_CATTP>0 or PSY.ACT_AD>0 or PSY.ACT_EMS>0 or PSY.ACT_UHS>0 or PSY.ACT_EME>0] then SCA0027= true else SCA0027= false

Fiche pratique informative_E8

Secteurs d'activité : psychiatrie, chirurgie et interventionnel, maternité, SSR, SLD		
Champ d'applicabilité	**Sous-champ d'applicabilité**	**Règles**
Psychiatrie et santé mentale	Psychiatrie en milieu pénitentiaire	Table : filtre (select statut=INIT) – PSY (select DIS=PEN) Clef : FI If (filtre.HEB_PSY=1 or filtre.PSY=1) and [PSY.CAP_HTP>0 or PSY.CAP_HDJ>0 or PSY.NB_AT>0 or PSY.SEJ_HTP>0 or PSY.JOU_HTP>0 or PSY.VEN_HDJ>0 or VEN_AT>0 or PSY.NB_CMP_SEUL_PA>0 or PSY.NB_CMP_SEUL_PL>0 or PSY.NB_CONSULT_SEUL>0 or PSY.NB_CATTP>0 or PSY.ACT_CATTP>0 or PSY.ACT_AD>0 or PSY.ACT_UCSA>0] then SCA0028= true else SCA0028= false
Chirurgie et interventionnel	Chirurgie	Table : filtre (select statut=INIT) - MCO Clef : FI If [filtre.HEB_CHIR=1 and (MCO.LIT_CHI >0 or MCO.SEJHC_CHI>0 or MCO.JOU_CHI>0)] or [Filtre.CHIRAMBU=1 and (MCO.PLA_CHI >0 or MCO.SEJHP_CHI>0)] then SCA0006= true else SCA0006= false]
	Chirurgie cardiaque	Table : filtre (select statut=INIT) – CHIRCAR (select ADU=1) Clef : FI If filtre.CHIRCAR=1 and (CHIRCAR.LIT_CHIRC>0 or CHIRCAR.SEJ_CHIRC>0 or CHIRCAR.JOU_CHIRC>0 or LIT_CAR>0) then SCA0007= true else SCA0007= false OR Table : filtre (select statut=INIT) – CHIRCAR (select ENF=1) Clef : FI If filtre.CHIRCAR=1 and (CHIRCAR.LIT_CHIRC>0 or CHIRCAR.SEJ_CHIRC>0 or CHIRCAR.JOU_CHIRC>0 or LIT_CAR>0) then SCA0007= true else SCA0007= false OR Table : filtre (select statut=INIT) – CHIRCAR (select GREF=1) Clef : FI If filtre.CHIRCAR=1 and (CHIRCAR.LIT_CHIRC>0 or CHIRCAR.SEJ_CHIRC>0 or CHIRCAR.JOU_CHIRC>0 or LIT_CAR>0) then SCA0007= true else SCA0007= false
	Chirurgie des cancers	Table : filtre (select statut=INIT) – CANCERO Clef : FI If filtre.CHIRCANCER=1 and (CANCERO.CANCERO_A4 >0 or CANCERO.CANCERO_A6 > 0) then SCA0008= true else SCA0008= false
	Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie	Table : filtre (select statut=INIT) – CHIRCAR (select AUT=1) - BLOCS Clef : FI If filtre.CARDIO_INT=1 and [CHIRCAR.SEJ>0 or CHIRCAR.JOU>0 or CHIRCAR.ACT> 0 or BLOCS.BLOC_C12>0] then SCA0009= true else SCA0009= false

Fiche pratique informative_E8

Secteurs d'activité : psychiatrie, chirurgie et interventionnel, maternité, SSR, SLD		
Champ d'applicabilité	**Sous-champ d'applicabilité**	**Règles**
Chirurgie et interventionnel	Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en neuroradiologie	Table : filtre (select statut=INIT) – NEUROCHIR Clef : FI If filtre.NEURO_INT=1 and [NEUROCHIR.LIT_NEURAD >0 or NEUROCHIR.SEJ_END>0 or NEUROCHIR.JOU_END>0] Then SCA0010 = true else SCA0010 = false
	Neurochirurgie	Table : filtre (select statut=INIT) – NEUROCHIR Clef : FI If filtre.NEUROCHIR_INT=1 and [NEUROCHIR.LIT_NEUCHI>0 or NEUROCHIR.SEJ_ADU>0 or NEUROCHIR.SEJ_PED>0 or NEUROCHIR.SEJ_REA>0 or NEUROCHIR.SEJ_POS>0 or NEUROCHIR.JOU_ADU>0 or NEUROCHIR.JOU_PED >0 or NEUROCHIR.JOU_REA >0 or NEUROCHIR.JOU_POS>0 or then SCA0011= true else SCA0011= false
	Transplantation d'organes et greffe de moelle osseuse	Table : filtre (select statut=INIT) Clef : FI If filtre.GREFFE=1 then SCA0012= true else SCA0012= false
	Traitements des grands brûlés	Table : filtre (select statut=INIT) – BRULES Clef : FI If filtre.BRULE=1 and [BRULES.LIT_REA >0 or BRULES.LIT_BRU> 0 or BRULES.SEJ_REA>0 or BRULES.SEJ>0 or BRULES.JOU_REA>0 or BRULES.JOU>0 or BRULES.ACT>0 or BRULES.VEN>0] then SCA0013= true else SCA0013= false
Maternité	Périnatalité	Table : filtre (select statut=INIT) – PERINAT (select AUTOR=TYPE 1 + AUTOR=TYPE 2 + AUTOR=TYPE 3) Clef : FI If filtre.HEB_PERINAT=1 and [PERINAT.LIT_OBS>0 or PERINAT.LIT_NEO_HSI>0 or PERINAT.LIT_SIN>0 or PERINAT.LIT_REA>0 or PERINAT.SEJ_OBS>0 or PERINAT.SEJ_NEO_HSI>0 or PERINAT.SEJ_SIN>0 or PERINAT.SEJ_REA>0 or PERINAT.SEJ_BAM>0 or PERINAT.SEJACC>0 or PERINAT.JOUACC>0 or PERINAT.JOU_OBS>0 or PERINAT.JOU_SIN>0 or PERINAT.JOU_REA>0 or PERINAT.JOU_BAM>0 or PERINAT.JOU_NEO_HSI>0] then SCA0017= true else SCA0017= false

Secteurs d'activité : psychiatrie, chirurgie et interventionnel, maternité, SSR, SLD		
Champ d'applicabilité	**Sous-champ d'applicabilité**	**Règles**
Maternité	Périnatalité	Table : filtre (select statut=INIT) – PERINAT (select AUTOR=TYPE 1 + AUTOR=TYPE 2 + AUTOR=TYPE 3) Clef : FI If filtre.HEB_PERINAT=1 and [PERINAT.LIT_OBS>0 or PERINAT.LIT_NEO_HSI>0 or PERINAT.LIT_SIN>0 or PERINAT.LIT_REA>0 or PERINAT.SEJ_OBS>0 or PERINAT.SEJ_NEO_HSI>0 or PERINAT.SEJ_SIN>0 or PERINAT.SEJ_REA>0 or PERINAT.SEJ_BAM>0 or PERINAT.SEJACC>0 or PERINAT.JOUACC>0 or PERINAT.JOU_OBS>0 or PERINAT.JOU_SIN>0 or PERINAT.JOU_REA>0 or PERINAT.JOU_BAM>0 or PERINAT.JOU_NEO_HSI>0] then SCA0017= true else SCA0017= false
	IVG pour motif médical ou AMP clinique	Table : filtre (select statut=INIT) – PERINAT Clef : FI If FILTRE.IVGAMP=1 and PERINAT.IMG>0 then SCA0018= true else SCA0018= false or Table : filtre (select statut=INIT) – PERINAT (select AMP=1) Clef : FI If FILTRE.IVGAMP=1 and PERINAT.PAT_AMP>0 then SCA0018= true else SCA0018= false
	Centre périnatal de proximité	Table : filtre (select statut=INIT) – PERINAT (select AUTOR=CPPR) Clef : FI If filtre.CPP=1 and then SCA0019= true else SCA0019= false
SSR	SSR	Table : filtre (select statut=INIT) – SSR (select GED=SSR_TOT) Clef : FI If (filtre.HEB_SSR=1 or filtre.SSR=1) and [SSR.LIT>0 or SSR.Pla>0 or SSR.SejHC>0 or SSR.JouHC>0 or SSR.JouHP>0] then SCA0036= true else SCA0036= false
SLD	SLD	Table : filtre (select statut=INIT) – SLD Clef : FI If filtre.HEB_SLD=1 and SLD.LIT>0 or SLD.JOU>0 then SCA0035= true else SCA0035= false

Fiche pratique informative_E8

Population : enfant et adolescent, personne âgée, personne en situation de handicap		
Enfant et adolescent	//	Critères spécifiques 1.1-04, 1.2-02, 1.4-03 et 2.2-16 applicables par défaut à tous les établissements
Personne âgée	//	Critères spécifiques 1.2-04 et 3.1-06 applicables par défaut à tous les établissements
Personne en situation de handicap	//	Critères spécifiques 1.2-03 et 1.4-02 applicables par défaut à tous les établissements

Fiche pratique informative_E9

Quels sont les critères ou éléments d'évaluation pouvant être non applicables ?

Cibles prioritaires **EV - ES - RU**

Objectifs de la fiche

Cette fiche présente les critères et les éléments d'évaluation pouvant être non applicables (NA) aux établissements de santé dans leur évaluation interne et externe.

Ce qu'il faut savoir

Ce tableau récapitulatif est destiné à la fois aux établissements de santé, aux experts-visiteurs et aux chefs de projet du service certification des établissements de santé.

Il indique les critères et éléments d'évaluation pouvant être non applicables en fonction de l'activité de votre établissement.

Les évaluations non applicables doivent être strictement limitées à des cas particuliers pouvant se justifier et non pas à des éléments difficiles à évaluer. Tout critère ou élément d'évaluation indiqué comme non applicable dans l'évaluation interne de l'établissement mais non présent dans ce tableau pourra être considéré par les experts-visiteurs comme applicable lors de l'évaluation externe (visite).

Critères et éléments d'évaluation pouvant être non applicables			
Critères		**Éléments d'évaluation**	**Motif du Non applicable (NA)**
1.1-10	**Le patient est informé des dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées.**	Le patient a été préalablement informé avant la pose du dispositif médical implantable.	Non applicable en l'absence de DMI implantés par l'établissement de santé
		Le patient est informé des mises en garde, précautions ou conduites à tenir en cas d'incident et reçoit toute autre information destinée à garantir l'utilisation sûre du dispositif.	
		La carte d'implant contenant toutes les informations liées au dispositif médical implanté est délivrée au patient à sa sortie.	
		La pose du dispositif médical implantable, son identification et l'information du patient sont tracées : • dans le dossier du patient ; • dans la lettre de liaison et/ou les documents de sortie ; • et, s'ils existent, dans le dossier médical partagé et le dossier pharmaceutique.	

Fiche pratique informative_E9

Critères		Éléments d'évaluation	Motif du Non applicable (NA)
1.1-11	**Le patient est informé des produits sanguins labiles et des médicaments dérivés du sang (MDS) qui lui sont administrés.**	Le patient reçoit une information sur les produits sanguins labiles et les médicaments dérivés du sang qui lui ont été administrés, les risques encourus, les précautions et les conduites à tenir en cas d'incident.	Non applicable en l'absence d'activité transfusionnelle ou d'utilisation de MDS dans l'établissement de santé
		Toutes les informations liées aux produits sanguins labiles et aux médicaments dérivés du sang administrés au patient lui sont délivrées.	
1.1-15	**Le patient a la possibilité, en situation de fin de vie, de faire valoir au plus tôt sa décision d'accéder aux soins palliatifs.**	L'expression de la volonté du patient en fin de vie est recherchée.	Non applicable en l'absence de patients en situation de fin de vie accueillis dans l'établissement de santé (pouponnières à caractère sanitaire permanent, appartements thérapeutiques, maison d'enfants à caractère sanitaire permanent, ateliers thérapeutiques, centres de soins d'accompagnements et de prévention en addictologie, centres d'atelier thérapeutique (CATTP), centres de post-cure pour alcooliques, centres de post-cure pour malades mentaux)
		En l'absence de directives anticipées, la personne de confiance est sollicitée pour témoigner de la volonté exprimée par le patient.	
1.2-06	**Le recours à la contention mécanique relève d'une décision médicale.**	En cas de contention, le patient - et/ou sa personne de confiance - a reçu une information claire et explicite sur sa motivation.	Non applicable dès lors que l'établissement de santé ne réalise aucune contention mécanique
		La contention mécanique fait l'objet d'une décision médicale précisant les modalités de mise en œuvre : • points de contention ; • diurnes ou nocturnes ; • durée ; • modalités de surveillance et d'évaluation.	
		La motivation ayant conduit au recours à la contention physique est argumentée et tient compte des éventuels échecs des mesures alternatives antérieures et de l'évaluation bénéfice/risque.	
		La pertinence du maintien de la contention mécanique est obligatoirement réévaluée.	
2.1-04	**En hospitalisation traditionnelle, la prescription d'une HAD est envisagée dans le cadre du projet de soins dès l'admission du patient.**	Une analyse des transferts en HAD est réalisée et partagée avec les services prescripteurs et les HAD.	Non applicable en HAD

Fiche pratique informative_E9

Critères		Éléments d'évaluation	Motif du Non applicable (NA)
2.1-06	**La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée, et réévaluée.**	Toute prescription d'un traitement antibiotique répond à une justification.	Non applicable en l'absence de prescription d'antibiotique dans l'établissement de santé
		Les praticiens doivent pouvoir se référer à des recommandations locales pour l'antibiothérapie, doivent pouvoir faire appel à un référent antibiothérapie pour l'établissement (externe ou interne).	
		Des évaluations régulières de la pertinence d'une prescription d'antibiotique entre la 24e et la 72e heure sont systématiques.	
		Les praticiens bénéficient de formations à l'utilisation des antibiotiques notamment ceux en formation.	
2.1-07	**La pertinence de la transfusion des produits sanguins (PSL et MDS) est argumentée.**	L'analyse bénéfice/risque est réalisée pour tout acte de transfusion.	Non applicable en l'absence d'activité transfusionnelle ou d'utilisation de MDS dans l'établissement de santé
		L'analyse de pertinence des actes transfusionnels est régulièrement réalisée.	
2.2-15	**En phase de transition adolescent-adulte, les équipes (pédiatriques ou pédopsychiatriques et adultes) se coordonnent pour assurer la continuité de la prise en charge du patient.**	L'équipe du secteur pédiatrique anticipe la transition du jeune patient en coordination avec le secteur adulte.	Non applicable pour les patients de moins de 14 ans ou de plus de 25 ans
		L'équipe du secteur adulte se coordonne avec l'équipe pédiatrique qui suivait le jeune patient avec une pathologie chronique.	
		La motivation ayant conduit au recours à la contention physique est argumentée et tient compte des éventuels échecs des mesures alternatives antérieures et de l'évaluation bénéfice/risque.	
		La pertinence du maintien de la contention mécanique est obligatoirement réévaluée.	
2.2-19	**Une démarche palliative pluridisciplinaire, pluriprofessionnelle et coordonnée, est mise en œuvre pour les patients en fin de vie.**	La démarche palliative est coordonnée et fait l'objet de réunions collégiales, de concertation pluridisciplinaire en présence, si possible, d'un médecin de soins palliatifs ; le cas échéant, en s'appuyant sur des structures d'expertise extérieures.	Non applicable en l'absence de patients en situation de fin de vie accueillis dans l'établissement de santé (pouponnières à caractère sanitaire permanent, appartements thérapeutiques, maison d'enfants à caractère sanitaire permanent, ateliers thérapeutiques, centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie, centres d'atelier thérapeutique (CATTP), centres de post-cure pour alcooliques, centres de post-cure pour malades mentaux).
		L'équipe peut avoir recours à une structure d'expertise en soins palliatifs pour accompagner le patient en fin de vie.	
		Les professionnels, individuellement ou en équipe, bénéficient de ressources d'accompagnement (psychologue…) facilitant la gestion de ces situations et leur permettant, si cela est nécessaire, d'atténuer leur propre souffrance.	

Critères		Éléments d'évaluation	Motif du Non applicable (NA)
2.3-04	**Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.**	L'administration per os est contrôlée.	Non applicable en HAD d'évaluation
2.3-08	**Les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie.**	Les équipes expliquent et fournissent au patient vulnérable un tableau comparatif de son traitement habituel et de son traitement à la sortie.	Non applicable uniquement si l'établissement est en mesure de prouver ne jamais accueillir de patients vulnérables
		Le bilan thérapeutique des traitements est tracé dans le dossier du patient au jour de la sortie et intégré dans la lettre de liaison.	
2.3-09	**Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle.**	L'équipe assure la traçabilité dans le dossier du patient (dossier transfusionnel et dossier clinique) : • de la prescription ; • de l'administration ; • des facteurs de risque et de,surveillance (constantes, fréquence de mesure, durée de la surveillance) ; • de la transfusion.	Non applicable en l'absence d'activité transfusionnelle dans l'établissement de santé
		L'équipe connaît les protocoles de prise en charge des précautions standards liés aux complications graves d'œdèmes aigus de surcharge post-transfusionnelle (OAP, TRALI et TACO).	
		Le taux de destruction est mesuré.	
2.3-19	**Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants.**	Le patient est informé des doses qu'il a reçues.	Non applicable en l'absence de secteur utilisant des rayonnements ionisants (imagerie interventionnelle : radios, scanner, salle d'angiographie interventionnelle)
		Les professionnels de l'équipe savent expliquer la conduite à tenir (notamment le respect de l'obligation de déclaration à l'Autorité de sûreté nucléaire et d'information de la personne compétente en radioprotection) en cas d'incidents liés aux rayonnements ionisants (surexposition, complication, brûlure…) concernant le patient ou le professionnel.	
		Pour tout acte médical faisant appel aux rayonnements ionisants, le dossier du patient trace les éléments suivants : la justification de l'acte et la procédure réalisée, le matériel utilisé et l'estimation de la dose reçue par le patient au cours de la procédure.	
		L'équipe dispose des équipements de protection individuels et de dosimètres.	
		Les professionnels utilisent les équipements de protection individuels et les dosimètres.	

Critères		Éléments d'évaluation	Motif du Non applicable (NA)
2.3-20	**Les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI).**	Le matériel d'urgences vitales en cas d'hémorragie du post-partum immédiat est vérifié et conforme.	Non applicable dans les établissements de santé disposant uniquement d'un centre périnatal de proximité (pré et post-natal)
		La procédure d'urgence est présente en salle de naissance et connue des professionnels.	
		L'équipe trace systématiquement les modalités de la délivrance, l'injection préventive d'ocytocine et, en cas de voie basse, une conclusion de l'examen du placenta.	
2.3-21	**L'autorisation de sortie du patient en chirurgie ambulatoire est validée.**	La fiche d'autorisation de sortie est signée par un médecin ou a minima sous condition de score.	Non applicable dans les établissements de santé n'accueillant pas de patient en chirurgie ambulatoire
		En cas de sortie sur la base d'un score, le personnel est formé.	
2.3-22	**Le transport des patients en intrahospitalier est maîtrisé.**	Les patients sont informés en temps réel des destinations et des horaires de transport.	Non applicable pour les établissements mono prise en charge en HAD
		Les délais de transport sont adaptés au rythme de l'activité et au confort du patient.	
		Les conditions de sécurité et de confort du patient lors de son transport sont respectées (matériel fonctionnel, protections adéquates..).	
		Les professionnels sont formés.	
3.7-06	**L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement.**	La gouvernance de l'établissement promeut l'accréditation auprès des équipes médicales (information, soutien, articulation avec la démarche d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité du patient de l'établissement).	Non applicable dans les établissements de santé qui ne réalisent pas de spécialités ou d'activités dites « à risque » : gynécologie-obstétrique, anesthésie-réanimation, chirurgie, spécialités interventionnelles, activités d'échographie obstétricale, réanimation ou soins intensifs
		Les secteurs ayant une spécialité ou une activité dite à risques (spécialités de gynécologieobsté-trique, d'anesthésieréanimation, de chirurgie, les spécialités interventionnelles ainsi que les activités d'échographie obstétricale, de réanimation ou de soins intensifs) ont des médecins ou des équipes accréditées.	

Fiche pratique opératoire_M1

Comment conduire un patient traceur ?

Cibles prioritaires **EV – ES – RU**

Objectifs de la fiche

Cette fiche décrit les étapes et les conditions de mise en œuvre de la méthode du patient traceur. Cette méthode peut être utilisée dans le cadre de l'évaluation interne et fait partie des méthodes déployées dans le cadre de la visite de certification.

Pour bien commencer

La méthode du patient traceur permet d'apprécier le développement de l'engagement du patient, tant pour lui permettre de devenir partenaire de sa propre prise en charge mais aussi que les patients puissent collectivement être partenaires de l'établissement dans l'amélioration de ses pratiques.

Elle permet de recueillir pour un patient, après l'obtention de son consentement, son expérience et/ou celle de ses proches. C'est pourquoi le patient retenu doit être le plus proche de la sortie afin que l'expression de son vécu soit la plus large possible.

CALISTA génère une grille d'éléments d'évaluation selon le patient traceur que l'on souhaite évaluer.
Dans la grille d'évaluation, une réponse « oui », « non » ou « non applicable » est attendue pour chaque élément d'évaluation.

- La réponse « oui » signe la satisfaction globale à l'élément d'évaluation.
- La réponse « non » signe la non-satisfaction globale à l'élément d'évaluation.
- L'évaluateur coche la réponse « NA » lorsqu'il considère que l'élément d'évaluation est non applicable à la situation de l'évaluation ou lorsqu'il n'est pas en mesure de l'évaluer.
- L'évaluateur coche la réponse « RI » dans la grille d'entretien avec le patient s'il considère que la réponse du patient est inadaptée.

En pratique

L'infographie ci-après présente les trois étapes de la méthode, chacune des étapes étant précisée ensuite.

Dans le cadre de la visite, l'évaluateur est obligatoirement un médecin expert-visiteur ou un médecin centré patient traceur.

En effet, seuls les médecins experts peuvent consulter sur leur demande les dossiers ou documents médicaux dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L.1414-4.

MÉTHODE DU PATIENT TRACEUR

Évaluation de la qualité et de la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé.

1 IDENTIFICATION DU PATIENT

L'évaluateur choisit, en lien avec l'équipe, le patient pour lequel il souhaite mener l'évaluation. Il s'assure auprès de l'équipe que le consentement du patient a été recueilli. Le médecin présente la situation du patient.

2 RENCONTRE AVEC LE PATIENT (et/ou les proches)

L'évaluateur :

- se présente, s'assure que le patient a reçu le document d'information sur la méthode du patient traceur et s'assure que le patient a donné son accord ;
- s'entretient avec le patient sur sa prise en charge et son expérience dans l'établissement.

3 ENTRETIEN AVEC L'ÉQUIPE SOIGNANTE

(médecins, infirmiers, aides-soignants, masseurs-kinésithérapeutes…)

L'évaluateur s'entretient avec l'équipe soignante sur la prise en charge du patient depuis son entrée dans l'établissement, en s'appuyant sur son dossier.

Cette méthode n'est en aucun cas une évaluation des décisions diagnostiques et thérapeutiques de l'équipe soignante.

Certification des établissements de santé pour la qualité des soins : patients, soignants, un engagement partagé

1 IDENTIFICATION DU PATIENT

→ Modalités de définition des profils de patient traceur

L'ensemble des profils choisis doit, majoritairement, être représentatif de l'activité significative de l'établissement selon :

- le volume d'activité ;
- les modes de prise en charge (hospitalisation complète, de jour, ambulatoire…) ;
- la patientèle (handicap, personne âgée, enfant…) ;
- les activités.

Exemples de profils :

- pour un établissement de santé avec une activité d'orthopédie : personne âgée entrée par les urgences et opérée d'une prothèse de hanche ;
- pour un établissement de santé avec une activité de neurologie : patient victime d'AVC avec hémiplégie ;
- pour un établissement de santé ayant une activité de chirurgie digestive avec des actes de prise en charge de l'obésité : patient opéré pour une chirurgie bariatrique ;
- pour un établissement de santé prenant en charge peu de mineurs mais de façon récurrente : patient mineur pris en charge dans un secteur non dédié à l'enfant ;
- pour un établissement de santé ayant une activité de soins de suite et de réadaptation : personne âgée en rééducation présentant un diabète ;
- pour un établissement de santé ayant une activité de psychiatrie infanto-juvénile : mineur présentant des troubles du comportement alimentaire ;
- pour un établissement de santé ayant une activité d'hospitalisation à domicile : maman prise en charge en hospitalisation à domicile après sortie précoce.

Dans le cadre de la préparation de la visite, la définition des profils est effectuée par la HAS, en lien avec le coordonnateur de la visite. Ces profils sont communiqués à l'établissement avec le calendrier de visite.

En cours de visite, si le besoin de conforter une évaluation est nécessaire, un nouveau profil de patient peut être défini ou une séquence patient traceur prévue dans le programme peut être annulée pour être remplacée par une autre séquence.

→ Modalités de sélection

- En évaluation interne, l'établissement sélectionne avec l'équipe concernée le dossier au sein de sa file active correspondant au profil défini.
- Lors de la visite, l'établissement fournit aux experts-visiteurs médecins, lors du briefing du soir, la liste pour chaque séquence d'évaluation, de tous les patients présents correspondant aux profils prédéfinis lors de la préparation de la visite. Un à trois patients de chaque liste sont présélectionnés. Le choix définitif est réalisé dans les services concernés après présentation des dossiers par les équipes. Les patients devront être informés par l'établissement de la démarche et donner leur consentement pour participer à l'évaluation.

Il est préconisé que les patients soient au plus proche de la sortie d'hospitalisation.

- L'évaluateur s'assure avant tout entretien du recueil du consentement du patient lui-même ou d'un tiers dans les cas suivants :
  - le consentement du représentant légal pour un mineur ;
  - le consentement du tuteur pour les patients sous tutelle ;
  - le consentement de la personne de confiance pour les patients qui ne sont pas en capacité de s'exprimer.

Une case est à cocher dans la grille d'entretien avec le patient dans CALISTA pour tracer que ce recueil a été effectué

→ Préambule aux entretiens

L'évaluateur prend connaissance, préférentiellement auprès du médecin référent, ou de l'interne ou de l'infirmière, des éléments significatifs du patient (pathologie, parcours, complications). L'évaluateur peut ainsi s'assurer de la cohérence du profil du patient prévu/proposé et être informé des éléments de contexte susceptibles d'impacter la conduite de son entretien.

> L'entretien avec le patient et/ou ses proches est indispensable au bon déroulé de la méthode. Aussi en cas d'impossibilité à le rencontrer ou à rencontrer ses proches, il faut changer de patient.
>
> Il est possible d'échanger par téléphone avec les proches si ces derniers n'ont pas la possibilité d'être physiquement présents au moment de la réalisation de la méthode.
>
> La HAS met à disposition sur son site internet, un document d'information aux patients « Évaluation de votre parcours de soins par la méthode du "patient-traceur" ».

2 RENCONTRE AVEC LE PATIENT

Durée : 20 à 30 minutes

Lieu : permettant un colloque singulier, chambre du patient ou bureau

→ Objectif de la rencontre

L'entretien permet de recueillir la perception du patient sur sa prise en charge (de jour et de nuit) et de recueillir des éléments factuels tels que l'évaluation et le soulagement de la douleur, son traitement médicamenteux, le bénéfice/risque des actes qui lui ont été prescrits, l'information reçue, la vérification de son identité, etc. Les questions ne sont pas des questions personnelles sur sa maladie.

L'entretien avec le patient porte sur l'évaluation qualitative de la prise en charge du patient par l'établissement. Il ne s'agit pas de recueillir des informations sur l'état de santé du patient. L'évaluateur s'abstient de tout commentaire / avis sur la pertinence des diagnostics ou actes médicaux.

→ Positionnement de l'évaluateur

- L'évaluateur se doit d'adopter une posture adéquate : se mettre à hauteur physique du patient (ex. : personne alitée ou assise).
- Il prend le temps d'expliquer au patient que l'entretien se fera avec ordinateur/tablette pour récolter son témoignage à partir d'une grille d'évaluation.
- Il est important de veiller à ne pas poser les questions les unes derrière les autres (pas d'interrogatoire), de laisser parler le patient, la grille n'est qu'un support pour l'entretien.
- L'entretien doit être adapté en permanence en fonction de la compréhension du patient, de son état général, etc. (reformuler si besoin).
- Il ne faut pas hésiter à rassurer le patient.

→ Déroulement de l'entretien

- L'évaluateur se présente et présente sa mission : rappel des objectifs de la méthode et de l'utilisation qui sera faite des informations recueillies, rappel des règles de confidentialité et de déontologie de la mission.
- Il revalide le consentement du patient avant le début de l'entretien (tracé par une coche la case dans la grille dans CALISTA) et s'assure de la bonne compréhension de son consentement (débuter l'entretien en demandant au patient l'objectif de cette entrevue ; (ex. : savez-vous / vous a-t-on expliqué pourquoi nous vous avons sollicité pour cet entretien ?). Il précise que l'entretien peut être interrompu à tout moment si le patient le souhaite.

- L'évaluateur conduit l'entretien selon la chronologie de la prise en charge.
- Si un point négatif est soulevé, l'évaluateur cherchera tous les éléments lui permettant de décrire la situation (quoi ? quand ? fréquence ?…).
- À l'issue de l'entretien, l'évaluateur remercie le patient de sa participation à la démarche d'amélioration continue de la qualité de l'établissement.

Exemple : grille de la rencontre avec le patient intégrant les éléments d'évaluation correspondant au profil « Personne âgée en rééducation présentant un diabète ».

Étapes	Rencontre	Évaluation/observations	Critères
Information et implication du patient	Patient	– Le patient, sans avoir à le demander, est informé sur son diagnostic (hypothèse, confirmation), son état de santé, ses traitements, ses soins, la durée prévisionnelle de sa prise en charge, etc.	**1.1-01**
		– Si son admission a été faite aux urgences, le patient a été informé du délai de sa prise en charge en fonction de son état de santé.	**1.1-01**
		– L'évaluation bénéfice/risque a été expliquée et partagée avec le patient ou, le cas échéant, avec le patient et/ou la personne de confiance qu'il a désignée.	**1.1-02**
		– Le patient consent à son projet de soins et à ses modalités (HAD, hôpital de jour, ambulatoire…).	**1.1-03** (critère impératif)
		– Le patient bénéficie au cours de son séjour d'interventions qui visent à renforcer sa capacité à agir pour promouvoir sa santé et réduire ses risques (tabac, alcool, autres drogues, activité physique, nutrition, hygiène, sexualité, dépistages, évaluation de son statut vaccinal…).	**1.1-05**
		– Le patient se sent impliqué dans sa prise en charge (s'il le souhaite).	**1.1-06**
		– Le patient sait ce qu'il peut faire pour gérer sa maladie, accélérer sa convalescence, éviter des complications.	**1.1-06**
		– Le patient est informé de la possibilité de désigner une personne à prévenir et une personne de confiance.	**1.1-08**
		– Le patient, en prévision de sa sortie, est informé : • des éventuelles modifications de son traitement habituel (arrêt, substitution, posologie, etc.) ; • de l'éventuel nouveau traitement prescrit ; • des consignes de suivi ; • de la nécessité de signaler tout effet indésirable lié à son traitement médicamenteux et selon les modalités indiquées.	**1.1-09**
		– Le patient a été préalablement informé avant la pose du dispositif médical implantable. (Réponse NA à notifier)	**1.1-10**
		– Le patient est informé des mises en garde, précautions ou conduites à tenir en cas d'incident et reçoit toute autre information destinée à garantir l'utilisation sûre du dispositif. (Réponse NA à notifier).	**1.1-10**
		– Le patient reçoit une information sur les produits sanguins labiles et les médicaments dérivés du sang qui lui ont été administrés, les risques encourus, les précautions et les conduites à tenir en cas d'incident. (Réponse NA à notifier)	**1.1-11**

Fiche pratique opératoire_M1

Étapes	Rencontre	Évaluation/observations	Critères
Information et implication du patient	Patient	– Le patient est informé sur son droit à rédiger ses directives anticipées.	1.1-14
		– Le patient est informé des structures et des personnes, représentants des usagers et/ou associations de bénévoles, qui peuvent l'accompagner.	1.1-16
		– Le patient est informé sur les modalités pour les contacter (coordonnées, permanence…).	1.1-16
		– Le cas échéant, le patient est informé sur les aides techniques et humaines adaptées à ses besoins nécessaires pour son retour à domicile.	1.1-16
		– Le patient peut s'exprimer sur son expérience quant à sa maladie. Son point de vue est pris en compte.	1.1-17
		– Le patient est informé des modalités pour exprimer sa satisfaction et/ou son expérience durant et après son séjour (e-Satis, questionnaires de satisfaction).	1.1-17
		– Le patient est informé des modalités pour soumettre une réclamation durant et après son séjour.	1.1-17
		– Le patient est informé des modalités pour déclarer tout événement indésirable grave lié à ses soins (EIGS).	1.1-17
Respect du patient	Patient	– Du point de vue du patient, les conditions d'accueil et de prise en charge ont respecté sa dignité et son intimité (exemples : portes fermées, sanitaires en nombre suffisant, hygiène des locaux, état des chambres…).	**1.2-01** (critère impératif)
		– Du point de vue du patient, les professionnels respectent son intimité et sa dignité.	**1.2-01** (critère impératif)
		– Du point de vue du patient, son autonomie est maintenue durant son séjour, hormis les effets inhérents aux modalités de sa prise en charge.	**1.2-04** (critères spécifiques)
		– Du point de vue du patient, la confidentialité et le secret professionnel ont été respectés lors de son séjour.	1.2-05
		– En cas de contention, le patient – et/ou sa personne de confiance – a reçu une information claire et explicite sur sa motivation.	1.2-06
		– Le patient a reçu tout au long de sa prise en charge une réponse et une aide pour répondre à ses besoins élémentaires (hydratation, nutrition, accompagnement aux toilettes, hygiène).	1.2-07
		– Le patient évalue sa douleur dès lors qu'il la ressent ou est susceptible de la ressentir et ce jusqu'à disparition complète et durable de la douleur.	**1.2-08** (critère impératif)
Association des proches et/ou aidants au projet de soins	Patient	– Dans des situations difficiles, des locaux adaptés permettent que les échanges avec les proches et/ou aidants se réalisent dans le respect de l'intimité et de la confidentialité.	1.3-01
		– Dans les situations cliniques difficiles, la présence des proches et/ou aidants auprès du patient est proposée et facilitée par l'équipe en dehors des heures de visite. Pour les enfants, la présence des parents est favorisée 24 heures sur 24.	1.3-03

Étapes	Rencontre	Évaluation/observations	Critères
Conditions de vie et lien social	Patient	– Le patient en situation de précarité sociale, s'il le souhaite, peut être orienté vers les aides sociales adaptées.	1.4-01
		– Le patient est interrogé sur ses conditions de vie habituelles, en prévision de sa sortie. Une assistance sociale spécifique a été proposée au patient si besoin.	1.4-06
Maîtrise des risques par les équipes	Patient	– L'administration *per os* est contrôlée.	2.3-04
		– L'importance et les bonnes pratiques de l'hygiène des mains sont expliquées au patient et à son entourage.	2.3-10
		– Le risque infectieux, la prescription et l'utilisation des précautions standard et complémentaires sont expliqués au patient et à ses proches aidants.	2.3-11
		– Le pansement sur le dispositif est transparent pour la surveillance du site d'insertion.	2.3-14
		– Le système de sondage urinaire est un système clos et la tubulure est correctement placée (drainage urinaire). (Réponse NA à notifier si patient n'est pas sondé)	2.3-14
		– La patient est placé en position demi-assise (ventilation assistée, hors contexte spécifique). (Réponse NA à notifier selon la situation du patient)	2.3-14
		– Le patient, notamment âgé, ses proches et/ou aidants sont informés du risque de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation et de son évaluation.	2.3-16
		– Le patient est informé des doses qu'il a reçues.	2.3-19
		– Les patients sont informés en temps réel des destinations et des horaires de transport.	2.3-22
Accessibilité des locaux	Patient	– Les personnes vivant avec un handicap peuvent accéder à l'établissement et y circuler aisément.	3.2-07
Atteinte aux personnes et aux biens	Patient	– Le patient connaît les règles de sécurité et les solutions de sécurisation de ses objets personnels.	3.6-03

3 ENTRETIEN AVEC L'EQUIPE SOIGNANTE

Durée : 1 heure

Lieu permettant de favoriser les échanges avec l'équipe pluriprofessionnelle, avec un accès au dossier du patient, sans gêner l'activité du service

→ Objectif de la rencontre

Il s'agit d'analyser en équipe la prise en charge globale du patient, de son entrée à l'hôpital jusqu'au moment de l'entretien. Si le patient a traversé plusieurs unités, il est important d'évaluer, avec l'équipe rencontrée et prenant en charge le patient au moment de l'entretien, la qualité de la prise en charge au niveau des interfaces et la collaboration entre les professionnels et entre les différents services.

→ Positionnement de l'évaluateur

L'évaluateur veillera à favoriser un climat de confiance, de façon à créer un dialogue le plus constructif possible. La méthode est conduite selon une démarche pédagogique, transparente, bienveillante et non culpabilisante, sans jugement sur le travail ni recherche de responsabilité des professionnels.

→ Déroulement de l'entretien, les principes

L'évaluateur rappelle les objectifs de la méthode, le temps dédié, le cadre de référence qui sera celui de l'analyse de la prise en charge depuis l'entrée du patient. Il précise que tous les professionnels sont invités à s'exprimer et que ce sont eux qui recherchent l'information demandée dans le dossier du patient.

Les entretiens sont réalisés avec les personnels qui prennent en charge le patient, présents le jour de l'évaluation, à partir du dossier du patient sélectionné.

La réunion requiert la disponibilité des professionnels qui prennent en charge le patient, notamment des médecins avec un temps dédié.

La mise en œuvre de la méthode repose sur l'analyse de la prise en charge du patient avec les professionnels sur la base du dossier du patient, outil de traçabilité des actions effectuées permettant de suivre et de comprendre le parcours du patient.

Des professionnels de santé de ville peuvent également être invités (infirmiers, pharmaciens d'officine, kinésithérapeutes, médecins généralistes…).

Exemple : grille de l'entretien avec les équipes intégrant les éléments d'évaluation correspondant au profil « Personne âgée en rééducation présentant un diabète ».

Étapes	Rencontre	Évaluation/observations	Critères
Information et implication du patient	Professionnels	– L'équipe témoigne de l'information donnée au patient.	1.1-01
		– Les informations destinées aux enfants et adolescents sont adaptées à leur niveau de compréhension.	1.1-01
		– Le patient participe à la décision après qu'on lui a expliqué les bénéfices et les risques.	1.1-02
		– Les moyens de communication utilisés par les professionnels pour recueillir le consentement sont adaptés au patient.	1.1-03 (critère impératif)
		– Les équipes inscrivent dans le dossier du patient les informations relatives aux principaux facteurs de risque et de protection du patient (statut tabagique, consommation d'alcool, IMC et activité physique, voyages…).	1.1-05
		– Les équipes délivrent au patient des messages spécifiques et adaptés ayant pour objectif de préserver ou d'améliorer son état.	1.1-05
		– Pour les patients vivant avec un handicap ou en situation de précarité, les carences en soins sont recherchées.	1.1-05
		– Dans le cas d'un isolement pour risque de transmission d'agents infectieux, les règles imposées au patient par les équipes lui sont expliquées.	1.1-06
		– Le patient bénéficie d'actions d'information, d'actions éducatives, de formations adaptées qui favorisent son implication dans sa prise en charge.	1.1-06
		– Le professionnel informe le patient du rôle de la personne de confiance et lui suggère de porter ces informations auprès de la personne qu'il aura choisie.	1.1-08

Fiche pratique opératoire_M1

Étapes	Rencontre	Évaluation/observations	Critères
Information et implication du patient	Professionnels	– Les professionnels s'assurent du bon niveau de compréhension du patient.	**1.1-09**
		– La carte d'implant contenant toutes les informations liées au dispositif médical implanté est délivrée au patient à sa sortie. (Réponse NA à notifier)	**1.1-10**
		– Toutes les informations liées aux produits sanguins labiles et aux médicaments dérivés du sang administrés au patient lui sont délivrées.	**1.1-11**
		– Les équipes informent le patient sur son droit de rédiger ses directives anticipées.	**1.1-14**
		– L'expression de la volonté du patient en fin de vie est recherchée. (Réponse NA à notifier)	**1.1-15**
		– En l'absence de directives anticipées, la personne de confiance est sollicitée pour témoigner de la volonté exprimée par le patient. (Réponse NA à notifier)	**1.1-15**
		– L'équipe sollicite le patient sur son expérience quant à sa prise en charge. Son point de vue est pris en compte.	**1.1-17**
Respect du patient	Professionnels	– Les aptitudes et capacités du patient font l'objet d'une évaluation systématique.	**1.2-03**
		– Les mesures permettant le maintien de l'autonomie du patient en début, tout au long et en fin de séjour sont mises en place.	**1.2-03**
		– L'aptitude du patient fait l'objet d'une évaluation systématique.	**1.2-04** (critère spécifique)
		– Les mesures permettant le maintien de l'autonomie du patient tout au long de son séjour sont mises en place.	**1.2-04** (critère spécifique)
		– Les professionnels respectent la confidentialité et le secret professionnel dans la totalité des secteurs de l'hôpital.	**1.2-05**
		– La contention mécanique fait l'objet d'une décision médicale précisant les modalités de mise en œuvre : • points de contention ; • diurnes ou nocturnes ; • durée ; • modalités de surveillance et d'évaluation.	**1.2-06**
		– La motivation ayant conduit au recours à la contention physique est argumentée et tient compte des éventuels échecs des mesures alternatives antérieures et de l'évaluation bénéfice/risque.	**1.2-06**
		– La pertinence du maintien de la contention mécanique est obligatoirement réévaluée.	**1.2-06**
		– Les besoins élémentaires du patient sont évalués (hydratation, nutrition, accompagnement aux toilettes, hygiène).	**1.2-07**
		– Pour les patients vivant avec un handicap ou en situation de vulnérabilité, une attention particulière est portée sur les modalités d'évaluation adaptées de la douleur.	**1.2-08** (critère impératif)

Étapes	Rencontre	Évaluation/observations	Critères
Association des proches et/ou aidants au projet de soins	Professionnels	– Si accord du patient, l'association des proches et/ou aidants est facilitée dans la mise en œuvre du projet de soins, particulièrement dans les situations difficiles et pour le patient vivant avec un handicap ou en situation de dépendance.	1.3-01
		– Des réponses adaptées et personnalisées sont proposées aux proches et/ou aidants en accord avec le patient.	1.3-03
Conditions de vie et lien social	Professionnels	– Les équipes de soins associent les professionnels concernés pour organiser le parcours de santé et de soins des patients en situation de précarité sociale dans le cadre d'une coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.	1.4-01
		– Au cours de l'hospitalisation, les professionnels ont pris en compte les conditions de vie environnementales et sociales du patient pour organiser la sortie.	1.4-06
Maîtrise des risques par les équipes	Professionnels	– Les facteurs de risque de dépendance iatrogène liée au processus de soin de la personne âgée sont recherchés et tracés par l'équipe (recherche des six causes principales de décompensation lors de l'hospitalisation d'un patient âgé : le syndrome d'immobilisation, la confusion aiguë, la dénutrition, les chutes, l'incontinence urinaire de novo et les effets indésirables des médicaments).	2.3-16
		– Les professionnels de l'équipe savent expliquer la conduite à tenir (notamment le respect de l'obligation de déclaration à l'Autorité de sûreté nucléaire et d'information de la personne compétente en radioprotection) en cas d'incidents liés aux rayonnements ionisants (surexposition, complication, brûlure…) concernant le patient ou le professionnel.	2.3-19

Retours d'expérience

Cette méthode sera réalisée uniquement par des experts-visiteurs médecins lors de la visite de certification.

En effet, seuls les médecins experts peuvent consulter sur demande les dossiers ou documents médicaux dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 1414-4.

La méthode doit garantir le respect du secret professionnel.

Certains professionnels peuvent ne pas disposer de la disponibilité requise pour assister à l'intégralité de l'entretien avec l'équipe. Dans ce cas, l'évaluateur adapte l'entretien pour recueillir les réponses dont il a besoin en lien avec ces professionnels.

Il est essentiel de laisser un espace de parole, d'expression, au patient et aux professionnels pour recueillir leur point de vue, de les mettre en confiance avant de poser des questions plus précises.

Pour ce faire, des questions ouvertes non orientées permettront l'expression du vécu. Ces questions seront complétées par des questions fermées portant sur des aspects de la prise en charge qui n'auront pas été abordés spontanément.

Fiche pratique opératoire_M2

Comment conduire un parcours traceur ?

Cibles prioritaires **EV – ES – RU**

Objectifs de la fiche

Cette fiche décrit les étapes et les conditions de mise en œuvre de la méthode du parcours traceur.

Pour bien commencer

La méthode parcours traceur évalue la qualité de la coordination de la prise en charge du patient et du travail en équipes. Elle réunit les représentants de toutes les équipes ayant participé à un type de parcours (équipes cliniques mais aussi équipes médico-techniques et équipes support et sociales).

C'est aussi l'occasion de les interroger sur leur culture de mesure et revue de leurs résultats notamment sur la pertinence de leurs décisions, tant sur :

- les modalités de prise en charge (hospitalisation complète, hospitalisation de jour, programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC), HAD, prise en charge externe…) ;
- les prescriptions (actes, produits de santé) ainsi que leurs modalités de réalisation et d'administration des produits de santé ;
- le suivi en aval dans le cadre du parcours de soins.

Le parcours traceur permet l'évaluation du processus de prise en charge du patient correspondant à un parcours de patients sortis récemment au travers d'un dossier fil rouge. Celui-ci pourra être associé à d'autres dossiers de parcours identiques si ce seul dossier ne permet pas de recueillir l'ensemble des informations.

Cette méthode ne comprend pas de rencontre avec le patient.

CALISTA génère une grille d'éléments d'évaluation selon le patient traceur que l'on souhaite évaluer.
Dans la grille d'évaluation, une réponse « oui », « non » ou « non applicable » est attendue pour chaque élément d'évaluation.

→ La réponse « oui » signe la satisfaction globale à l'élément d'évaluation.

→ La réponse « non » signe la non-satisfaction globale à l'élément d'évaluation.

→ L'évaluateur coche la réponse « NA » lorsqu'il considère que l'élément d'évaluation est non applicable à la situation de l'évaluation ou lorsqu'il n'est pas en mesure de l'évaluer.

En pratique

L'infographie ci-après présente les trois étapes de la méthode, chacune des étapes étant précisée ensuite.

MÉTHODE DU PARCOURS TRACEUR

Évaluation de la continuité et de la coordination de la prise en charge des patients, du travail en équipe et de la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours.

1 IDENTIFICATION DU PARCOURS

L'évaluateur choisit le parcours qui sera analysé.

2 RENCONTRE AVEC LES ÉQUIPES

L'évaluateur :

- s'appuie sur plusieurs dossiers de patients sortis de l'établissement ayant suivi le parcours identifié ;
- réunit et s'entretient avec les équipes des différents services qui ont pris en charge les patients concernés par le parcours.

3 RÉALISATION DU PARCOURS

L'évaluateur réalise le circuit physique du patient avec un professionnel.

L'évaluateur ne rencontre pas les patients.

Certification des établissements de santé pour la qualité des soins : patients, soignants, un engagement partagé

1 IDENTIFICATION DU PARCOURS

Le programme de visite de certification comprend des profils de parcours traceur proposés en amont de la visite. L'établissement peut apporter des commentaires et des précisions afin d'affiner ces profils.

Le profil parcours traceur est identifié au regard des activités de l'établissement et de leur volume, des modes de prise en charge et du type de population accueillie.

Exemples :

- entrée par les urgences – admission en urgence au bloc opératoire – hospitalisation en service de chirurgie
- enfant en hospitalisation complète de psychiatrie et suivi en hôpital de jour ;
- parcours de prise en charge en addictologie – cannabis ;
- parcours de prise en charge d'un enfant en hospitalisation complète de SSR pour diabète ;
- parcours de prise en charge d'un adulte polyhandicapé intégrant le plateau technique et la balnéothérapie ;
- Prise en charge de la douleur d'un adulte en soins palliatifs ;
- en HAD, suivi d'un patient sous assistance respiratoire ;
- parcours de prise en charge d'une femme avec un cancer du sein.

Les profils de parcours patient définis avant la visite pourront être ajustés au cours de celle-ci.

→ Identification du périmètre du parcours

Pour affiner le choix du parcours, il est important de préciser le mode d'entrée et de sortie du parcours sélectionné (moment où le parcours se termine).

Prenons l'exemple du parcours d'une césarienne en urgence.

Deux modes d'entrée sont possibles :

- prise en charge de la parturiente prise en charge aux urgences obstétricales, suivie par une césarienne ;
- prise en charge d'une parturiente pour un accouchement par voie basse qui se termine par une césarienne en urgence (quelle que soit la cause).

Toutes les autres prises en charge sont écartées de l'évaluation.

Pour le mode de sortie, il s'agit du retour au domicile de la patiente avec transmission du dossier au médecin traitant et au gynécologue de ville.

Prenons un autre exemple, celui du parcours de prise en charge d'un patient en rééducation après coma : le patient est transféré d'un service de médecine dans le service de rééducation. Le retour à domicile est le mode de sortie privilégié avec transmission du dossier au médecin traitant et au kinésithérapeute de ville.

→ Modalités de sélection des dossiers pour le suivi de la traçabilité

En évaluation interne, l'établissement sélectionne un dossier de patient sorti récemment d'un service d'aval et correspondant au profil du parcours défini. En pratique, il peut être intéressant de suivre la même méthodologie qu'en visite, à savoir choisir un dossier fil rouge et consulter d'autres dossiers pour compléter les points restant sans réponse.

Avant l'entretien avec les experts-visiteurs, l'équipe assurant la prise en charge principale de ce type de parcours sélectionne *a minima* 5 dossiers de patients dont le profil correspond au parcours à évaluer. Les patients doivent être sortis au plus tard dans les 2 mois avant la visite. L'expert-visiteur sélectionne un dossier qui va servir de dossier fil rouge pour l'évaluation. Les autres seront consultés au besoin pour compléter les réponses de la grille d'évaluation.

L'établissement veille à ce que tous les professionnels concernés par ce parcours soient invités à participer à l'évaluation.

2 RENCONTRE AVEC LES ÉQUIPES

Durée : 2 heures

Lieu permettant de favoriser les échanges avec l'équipe pluriprofessionnelle, avec un accès au dossier du patient, sans gêner l'activité du service

L'évaluateur rencontre la ou les équipes impliquées dans le parcours du patient. Le parcours choisi ne doit pas être trop complexe. Les professionnels impliqués doivent être rencontrés au même moment car il est important d'évaluer la qualité de la prise en charge au niveau des interfaces et la collaboration entre les professionnels intra et inter-services.

Exemples d'équipes rencontrées :

- pour le parcours d'une césarienne en urgence : équipe d'obstétrique, anesthésie, pédiatrie, biologie, diététicienne, service des admissions ;
- pour le parcours de prise en charge d'un patient en rééducation après coma : équipe de médecine, équipe de rééducation, service social, équipe de kinésithérapie ;
- pour un parcours « Entrée par les urgences – admission en urgence au bloc opératoire – hospitalisation en service de chirurgie » : équipes médico-soignantes des urgences, du bloc opératoire, du service de chirurgie concerné, kinésithérapeute, diététicienne, IDE douleur, service social, service d'imagerie, etc.

→ Déroulement de l'entretien, les principes

L'évaluateur rappelle les objectifs de la méthode, le temps dédié, le cadre de référence qui sera celui de l'analyse de la prise en charge pour le parcours donné. Il précise que tous les professionnels sont invités à s'exprimer et que ce sont eux qui recherchent l'information demandée dans le dossier du patient.

Les médecins experts peuvent consulter les dossiers ou documents médicaux dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 1414-4. Lorsque ces conditions ne sont pas remplies, les dossiers ou documents considérés sont rendus anonymes préalablement à leur consultation.

Les entretiens sont réalisés avec les équipes, à partir du dossier fil rouge sélectionné. Si certains critères ne peuvent être évalués par le dossier de référence ou si les équipes estiment que le dossier fil rouge de référence n'est pas significatif, pour des critères particuliers, du parcours évalué, les autres dossiers sélectionnés sont alors mobilisés (par exemple, le dossier fil rouge est celui d'une patiente n'ayant pas eu de transfusion, l'évaluation de ce critère pourra se faire en prenant un autre dossier).

La réunion requiert la disponibilité des professionnels qui prennent en charge le patient, notamment des médecins.

L'évaluateur s'approprie les éléments d'évaluation de la grille CALISTA générée pour l'évaluation préalablement à son entretien. Il engage l'échange avec l'ensemble des intervenants en invitant les professionnels présents à présenter chronologiquement les phases principales constituant le parcours et à décrire les prises en charge successives dans le parcours et leurs rapports dans l'organisation. Il veille à ce que ces échanges permettent de couvrir tous les champs d'évaluation.

Exemple 1 : parcours de la césarienne en urgence :

- arrivée de la parturiente aux urgences (urgences obstétricales ? urgences adultes ?) ;
- prise en charge en salle d'accouchement ;
- prise en charge au bloc obstétrical ou autre bloc ;
- prise en charge en salle de réveil ;
- prise en charge en hospitalisation ;
- sortie et retour au domicile.

Exemple 2 : parcours en rééducation après coma :

- arrivée du patient par ambulance ;
- prise en charge en service d'hospitalisation ;
- prise en charge au niveau du plateau technique ;
- sortie et retour au domicile.

Pour chacune des phases, l'équipe précise quels professionnels internes ou externes sont susceptibles d'intervenir sur ce parcours, le mode de collaboration entre eux, l'organisation des échanges (staffs pluridisciplinaires, médicaux, réunion interservices…), les éléments de traçabilité, etc.

Au travers des réponses apportées par les professionnels, l'évaluateur apprécie la satisfaction ou non aux éléments d'évaluation.

3 REALISATION DU PARCOURS

Durée : 1 heure

Lieu : les services concernés par le parcours

L'évaluateur réalise le circuit physique du patient et des professionnels, accompagné d'un ou plusieurs professionnels. Il reconstitue concrètement le parcours physique du patient en menant son investigation au sein des services. À cette occasion, il rencontrera les différentes équipes intervenant dans le parcours type retenu.

C'est à la suite de ces trois étapes que l'évaluateur peut apporter une réponse aux éléments d'évaluation de la grille parcours traceur.

Quel que soit le parcours choisi, l'évaluation porte sur les critères génériques auxquels il faut rajouter selon le parcours les critères spécifiques.

Exemple 1 : parcours de la césarienne en urgence avec passage aux urgences ; les critères impératifs sont indiqués en rouge.

Étapes	Évaluations/Observations	Critères
Information et implication du patient	Les professionnels qui assurent la prise en charge de l'enfant documentent son avis sur le projet de soins et ses modalités. (Réponse NA à notifier)	**1.1-04**
Respect du patient	Dans les services accueillant des mineurs, les professionnels sont formés à la prise en charge des enfants et des adolescents.	**1.2-02**
Pertinence des parcours, des actes et des prescriptions	Pour les prises en charge standard, l'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques. Pour les prises en charge complexes : – une concertation pluridisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle permet de discuter les indications à visée diagnostique et thérapeutique ; – les alternatives concernant les modalités de prise en charge sont discutées ; – une analyse bénéfice/risque a été partagée avec le patient, ses préférences ont été recherchées et prises en compte, si possible	**2.1-01**

Étapes	Évaluations/Observations	Critères
Coordination des équipes	Une analyse des transferts en HAD est réalisée et partagée avec les services prescripteurs et les HAD.	2.1-04
	L'analyse bénéfice/risque est réalisée pour tout acte de transfusion. L'analyse de pertinence des actes transfusionnels est régulièrement réalisée.	2.1-07
	Tous les éléments utiles à la prise en charge du patient (antécédents, examen clinique, prescriptions, résultats de bilan, allergies, bactéries multirésistantes…) sont intégrés dans le dossier du patient et accessibles rapidement. L'équipe remet au patient toutes les informations utiles : – en amont de son hospitalisation : horaire d'arrivée, rappel des consignes préopératoires ou préthérapeutiques, éléments administratifs, etc. ; – à sa sortie et pour son suivi : consignes postopératoires ou post-thérapeutiques pour détecter les éventuelles complications, signes motivant une consultation, numéro d'appel en cas de besoin, etc. Tous les professionnels impliqués (médecins, soignants, soins de support) partagent, en temps utile, tous les éléments nécessaires à la prise en charge du patient (traçabilité et accès au dossier).	2.2-05
	L'équipe a construit avec le patient un projet de soins adapté à ses besoins et préférences en s'appuyant sur l'évaluation globale de sa situation. Le projet de soins du patient est élaboré par l'équipe de soins incluant les professionnels en soins de support. Les besoins et préférences du patient sont réévalués et tracés tout au long de sa prise en charge pour adapter le projet de soins.	2.2-06
	L'équipe qui héberge le patient élabore son protocole de soins en lien avec l'équipe spécialiste. Toutes les mesures particulières mises en place du fait de son hébergement inhabituel sont communiquées au patient. Le dossier du patient est accessible par l'équipe spécialiste.	2.2-08
	L'équipe de soins bénéficie d'accès direct à des correspondants experts à l'intérieur ou à l'extérieur de la structure et les modalités de recours sont connues des professionnels. Les modalités de recours à la télésanté, si cet accès existe, sont formalisées et connues des professionnels.	2.2-09
	Les cas de déprogrammation sont encadrés et garantissent un délai raisonnable de reprogrammation pour tous les patients. En cas de reprogrammation, le patient est informé. Les rôles, procédures et tâches au bloc et dans les secteurs interventionnels pour un acte, programmé ou en urgence, définis dans la charte du bloc opératoire, sont respectés. Les écarts de programmation (différence entre ce qui est programmé et ce qui est réalisé) sont suivis et leur analyse donne lieu à des actions d'amélioration.	2.2-10
	Les équipes se transmettent les informations utiles en amont et en aval de l'intervention pour sécuriser la prise en charge du patient. La qualité des informations transmises fait l'objet d'une analyse régulière et entraîne, si besoin, des actions d'amélioration.	2.2-11
	La *check-list* au bloc opératoire est mise en œuvre de façon systématique (exhaustivité de la réalisation et du remplissage). La *check-list* est adaptée à tous les plateaux techniques interventionnels. La *check-list* est réalisée de façon exhaustive à chaque étape : avant induction le cas échéant, avant le geste et avant la sortie de la salle. La *check-list* est réalisée en présence des personnes concernées.	2.2-12
	L'équipe du secteur pédiatrique anticipe la transition du jeune patient en coordination avec le secteur adulte. (Réponse NA à notifier) L'équipe du secteur adulte se coordonne avec l'équipe pédiatrique qui suivait le jeune patient avec une pathologie chronique. (Réponse NA à notifier si c'est une adulte)	2.2-15

Fiche pratique opératoire_M2

Étapes	Évaluations/Observations	Critères
Coordination des équipes	La démarche palliative est coordonnée et fait l'objet d'une concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire en présence, si possible, d'un médecin de soins palliatifs ; le cas échéant, en s'appuyant sur des structures d'expertise extérieures. (Réponse NA à notifier) L'équipe peut avoir recours à une structure d'expertise en soins palliatifs pour accompagner le patient en fin de vie. (Réponse NA à notifier) Les professionnels, individuellement ou en équipe, bénéficient de ressources d'accompagnement (psychologue…) facilitant la gestion de ces situations et leur permettant, si cela est nécessaire, d'atténuer leur propre souffrance. (Réponse NA à notifier)	2.2-19
	Une lettre de liaison est remise au patient avec les explications, par un médecin, le jour de sa sortie en cas de retour à domicile, et le dossier médical partagé est mis à jour le cas échéant. L'organisation des soins à la sortie et les prescriptions, avec le matériel nécessaire, sont prévues en amont de la sortie. Les informations permettant la continuité des soins lors d'un transfert intra ou extrahospitalier intègrent : l'identité complète du patient, les antécédents, les facteurs de risque, les conclusions de l'hospitalisation du service adresseur, les résultats des derniers examens complémentaires, les prescriptions.	2.2-20
Maîtrise des risques	Les lieux où s'effectue l'identification des patients, ainsi que les acteurs impliqués dans l'identification, sont connus. L'ensemble des documents du dossier du patient est identifié.	2.3-01
	Le bilan thérapeutique est présent dans le dossier du patient (lettre de liaison ou document de transfert entre deux services).	2.3-03
	Les équipes expliquent et fournissent au patient vulnérable un tableau comparatif de son traitement habituel et de son traitement à la sortie. Le bilan thérapeutique des traitements est tracé dans le dossier du patient au jour de la sortie et intégré dans la lettre de liaison.	2.3-08
	Le matériel d'urgences vitales en cas d'hémorragie du post-partum immédiat est vérifié et conforme. La procédure d'urgence est présente en salle de naissance et connue des professionnels. L'équipe trace systématiquement les modalités de la délivrance, l'injection préventive d'ocytocine et, en cas de voie basse, une conclusion de l'état du placenta.	2.3-20
Évaluation des pratiques	L'équipe peut présenter une démarche d'évaluation (sur un échantillon de patients) des résultats cliniques de ses patients pour une prise en charge sur laquelle elle a identifié un potentiel d'amélioration (évaluation des pratiques professionnelles). Elle peut le faire via une mesure par les professionnels ou une mesure directe auprès des patients. Dans le cas d'une double évaluation, l'équipe confronte le résultat de ces deux évaluations et en tire un diagnostic global.	2.4-01
	Les équipes recueillent, analysent et mettent en place des actions d'amélioration pour l'évaluation de la satisfaction du patient. Les équipes recueillent, analysent et mettent en place des actions d'amélioration pour l'expérience du patient. Les équipes recueillent, analysent et mettent en place des actions d'amélioration pour les réclamations et les éventuelles plaintes. Les équipes mettent en place les éventuelles recommandations établies par la commission des usagers. Les représentants des usagers peuvent participer au recueil, à l'analyse et à la mise en place des actions d'amélioration.	2.4-02
	Les équipes recueillent leurs indicateurs qualité et sécurité des soins. Les équipes analysent et mettent en place des actions d'amélioration pour leurs indicateurs qualité et sécurité des soins.	2.4-03

Fiche pratique opératoire_M2

Étapes	Évaluations/Observations	Critères
Évaluation des pratiques	Les EIAS sont déclarés et partagés. L'équipe analyse régulièrement ses pratiques en s'appuyant sur les déclarations des événements indésirables associés aux soins : revue de mortalité et de morbidité, comité de retour d'expérience, revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux associés, etc. Les analyses s'appuient sur une méthode d'analyse systémique des causes (de type ALARM – Association of Litigation and Risk Management). L'équipe met systématiquement en œuvre des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à la suite des analyses. Le plan d'action issu de l'analyse des EIAS est suivi.	**2.4-04**
	La qualité des prescriptions et des modalités de prélèvement est partagée entre les équipes de soins, les laboratoires et le service d'anatomopathologie, et fait l'objet d'actions d'amélioration. Les délais de rendu des examens sont suivis et partagés si besoin entre équipes du laboratoires et services cliniques concernés et font l'objet d'actions d'amélioration.	**2.4-07**
	Les conditions de réalisation des examens sont conformes aux référentiels des sociétés savantes d'imagerie. Les délais de rendez-vous, de réalisation des examens en lien avec les objectifs priorisés dans l'établissement (consultants externes versus hospitalisés, urgence interne/externe…) et d'envoi des comptes rendus sont respectés. Les imageurs participent aux réunions de concertation pluridisciplinaires pour les cas difficiles ayant nécessité leur avis, notamment en oncologie, maladies infectieuses chroniques et éventuellement aux urgences.	**2.4-08**
Dynamique d'amélioration continue	Les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins sont suivis et font l'objet d'une analyse partagée en commission médicale d'établissement et en commission des soins infirmiers, rééducation et médico-techniques (lorsqu'elle existe). Le principe de revues régulières en équipe participe à l'implication de l'ensemble des acteurs dans la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins. Les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins permettent aux équipes d'identifier les axes de progrès et de concevoir collectivement les actions d'amélioration à mettre en place.	**3.7-03**
	Les situations des lits occupés par des patients admis en urgence sont régulièrement analysées, voire révisées en lien avec le service des urgences et les services de soins concernés.	**3.7.-05**

Exemple 2 : parcours en rééducation après coma ; les critères impératifs sont en rouge.

Étapes	Évaluations/Observations	Critères
Information et implication du patient	Les professionnels qui assurent la prise en charge de l'enfant documentent son avis sur le projet de soins et ses modalités. (Réponse NA si la prise en charge ne concerne que les adultes)	**1.1-04**
Respect du patient	Dans les services accueillant des mineurs, les professionnels sont formés à la prise en charge des enfants et des adolescents. (Réponse NA si la prise en charge ne concerne que les adultes)	**1.2-02**
Pertinence des parcours, des actes et des prescriptions	Pour les prises en charge standard, l'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques. Pour les prises en charge complexes : – une concertation pluridisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle permet de discuter les indications à visée diagnostique et thérapeutique ; – les alternatives concernant les modalités de prise en charge sont discutées ; – une analyse bénéfice/risque a été partagée avec le patient, ses préférences ont été recherchées et prises en compte, si possible	**2.1-01**
	Les demandes d'admission en SSR font l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle. La pertinence du maintien de la prise en charge en SSR est réévaluée dès la première phase du séjour.	**2.1-03**

Fiche pratique opératoire_M2

Étapes	Évaluations/Observations	Critères
Pertinence des parcours, des actes et des prescriptions	Une analyse des transferts en HAD est réalisée et partagée avec les services prescripteurs et les HAD.	2.1-04
	L'analyse bénéfice/risque est réalisée pour tout acte de transfusion. L'analyse de pertinence des actes transfusionnels est régulièrement réalisée.	2.1-07
Coordination des équipes	Tous les éléments utiles à la prise en charge du patient (antécédents, examen clinique, prescriptions, résultats de bilan, allergies, bactéries multi résistantes…) sont intégrés dans le dossier du patient et accessibles rapidement. L'équipe remet au patient toutes les informations utiles : • en amont de son hospitalisation : horaire d'arrivée, rappel des consignes préopératoires ou pré thérapeutiques, éléments administratifs, etc ; • à sa sortie et pour son suivi : consignes postopératoires ou post-thérapeutiques pour détecter les éventuelles complications, signes motivant une consultation, numéro d'appel en cas de besoin, etc. Tous les professionnels impliqués (médecins, soignants, soins de support) partagent, en temps utile, tous les éléments nécessaires à la prise en charge du patient (traçabilité et accès au dossier).	2.2-05
	L'équipe a construit avec le patient un projet de soins adapté à ses besoins et préférences en s'appuyant sur l'évaluation globale de sa situation. Le projet de soins du patient est élaboré par l'équipe de soins incluant les professionnels en soins de support. Les besoins et préférences du patient sont réévalués et tracés tout au long de sa prise en charge pour adapter le projet de soins.	2.2-06
	L'équipe qui héberge le patient élabore son protocole de soins en lien avec l'équipe spécialiste. Toutes les mesures particulières mises en place du fait de son hébergement inhabituel sont communiquées au patient. Le dossier du patient est accessible par l'équipe spécialiste.	2.2-08
	L'équipe de soins bénéficie d'accès direct à des correspondants experts à l'intérieur ou à l'extérieur de la structure et les modalités de recours sont connues des professionnels. Les modalités de recours à la télésanté, si cet accès existe, sont formalisées et connues des professionnels.	2.2-09
	L'équipe du secteur pédiatrique anticipe la transition du jeune patient en coordination avec le secteur adulte. L'équipe du secteur adulte se coordonne avec l'équipe pédiatrique qui suivait le jeune patient avec une pathologie chronique.	2.2-15
	La démarche palliative est coordonnée et fait l'objet d'une concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire en présence, si possible, d'un médecin de soins palliatifs ; le cas échéant, en s'appuyant sur des structures d'expertise extérieures. (Réponse NA à notifier) L'équipe peut avoir recours à une structure d'expertise en soins palliatifs pour accompagner le patient en fin de vie. (Réponse NA à notifier). Les professionnels, individuellement ou en équipe, bénéficient de ressources d'accompagnement (psychologue…) facilitant la gestion de ces situations et leur permettant, si cela est nécessaire, d'atténuer leur propre souffrance. (Réponse NA à notifier)	2.2-19
	Une lettre de liaison est remise au patient avec les explications, par un médecin, le jour de sa sortie en cas de retour à domicile, et le dossier médical partagé est mis à jour le cas échéant. L'organisation des soins à la sortie et les prescriptions, avec le matériel nécessaire, sont prévues en amont de la sortie Les informations permettant la continuité des soins lors d'un transfert intra ou extra-hospitalier intègrent : l'identité complète du patient, les antécédents, les facteurs de risque, les conclusions de l'hospitalisation du service adresseur, les résultats des derniers examens complémentaires, les prescriptions..	2.2-20

Fiche pratique opératoire_M2

Étapes	Évaluations/Observations	Critères
Maîtrise des risques	Les lieux où s'effectue l'identification des patients, ainsi que les acteurs impliqués dans l'identification, sont connus. L'ensemble des documents du dossier du patient est identifié.	2.3-01
	Le bilan thérapeutique est présent dans le dossier du patient (lettre de liaison ou document de transfert entre deux services).	2.3-03
	Les équipes expliquent et fournissent au patient vulnérable un tableau comparatif de son traitement habituel et de son traitement à la sortie.	2.3-08
Évaluation des pratiques	L'équipe peut présenter une démarche d'évaluation (sur un échantillon de patients) des résultats cliniques de ses patients pour une prise en charge sur laquelle elle a identifié un potentiel d'amélioration (évaluation des pratiques professionnelles). Elle peut le faire via une mesure par les professionnels ou une mesure directe auprès des patients. Dans le cas d'une double évaluation, l'équipe confronte le résultat de ces deux évaluations et en tire un diagnostic global.	2.4-01
	Les équipes recueillent, analysent et mettent en place des actions d'amélioration pour l'évaluation de la satisfaction du patient. Les équipes recueillent, analysent et mettent en place des actions d'amélioration pour l'expérience du patient. Les équipes recueillent, analysent et mettent en place des actions d'amélioration pour les réclamations et les éventuelles plaintes. Les équipes mettent en place les éventuelles recommandations établies par la commission des usagers. Les représentants des usagers peuvent participer au recueil, à l'analyse et à la mise en place des actions d'amélioration.	2.4-02
	Les équipes recueillent leurs indicateurs qualité et sécurité des soins. Les équipes analysent et mettent en place des actions d'amélioration pour leurs indicateurs qualité et sécurité des soins.	2.4-03
	Les EIAS sont déclarés et partagés. L'équipe analyse régulièrement ses pratiques en s'appuyant sur les déclarations des événements indésirables associés aux soins : revue de mortalité et de morbidité, comité de retour d'expérience, revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux associés, etc. Les analyses s'appuient sur une méthode d'analyse systémique des causes (de type ALARM – Association of Litigation and Risk Management). L'équipe met systématiquement en œuvre des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à la suite des analyses. Le plan d'action issu de l'analyse des EIAS est suivi.	2.4-04
	La qualité des prescriptions et des modalités de prélèvement est partagée entre les équipes de soins, les laboratoires et le service d'anatomopathologie, et fait l'objet d'actions d'amélioration Les délais de rendu des examens sont suivis et partagés si besoin entre équipes du laboratoires et services cliniques concernés et font l'objet d'actions d'amélioration..	2.4-07
	Les conditions de réalisation des examens sont conformes aux référentiels des sociétés savantes d'imagerie. Les délais de rendez-vous, de réalisation des examens en lien avec les objectifs priorisés dans l'établissement (consultants externes versus hospitalisés, urgence interne/externe…) et d'envoi des comptes rendus sont respectés. Les imageurs participent aux réunions de concertation pluridisciplinaires pour les cas difficiles ayant nécessité leur avis, notamment en oncologie, maladies infectieuses chroniques et éventuellement aux urgences.	2.4-08
Dynamique d'amélioration continue	Les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins sont suivis et font l'objet d'une analyse partagée en commission médicale d'établissement et en commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Le principe de revues régulières en équipe participe à l'implication de l'ensemble des acteurs dans la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins. Les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins permettent aux équipes d'identifier les axes de progrès et de concevoir collectivement les actions d'amélioration à mettre en place.	3.7-03

Retours d'expérience

L'ensemble des professionnels est invité à s'exprimer. L'évaluateur veillera à favoriser un climat de confiance, de façon à créer un dialogue le plus constructif possible. La méthode est conduite selon une démarche pédagogique, transparente, bienveillante et non culpabilisante, sans jugement sur le travail ni recherche de responsabilité des professionnels. Il est important d'évaluer la qualité de la prise en charge au niveau des interfaces et la collaboration entre les professionnels et entre les différents services.

Fiche pratique opératoire_M3

Comment conduire un traceur ciblé ?

Cibles prioritaires **EV – ES – RU**

Objectifs de la fiche

Cette fiche décrit les étapes et les conditions de mise en œuvre de la méthode traceur ciblé.

Pour bien commencer

La méthode du traceur ciblé consiste à investiguer sur le terrain et à évaluer la mise en œuvre réelle d'un processus et s'assurer de sa maîtrise et de sa capacité à atteindre les objectifs.

Le traceur ciblé est conduit en partant du terrain et suit un même et un seul fil conducteur tout au long de l'évaluation.

Si le fil conducteur du traceur est un « objet » ou un « service » : il s'agit d'un traceur ciblé.

Si le fil conducteur du traceur est la prise en charge du patient : il s'agit alors d'un patient traceur.

Les traceurs ciblés se différencient des audits système du fait que l'évaluation démarre par l'évaluation de la mise en œuvre sur du terrain vers la compréhension de l'organisation.

CALISTA génère une grille d'éléments d'évaluation selon le patient traceur que l'on souhaite évaluer.
Dans la grille d'évaluation, une réponse « oui », « non » ou « non applicable » est attendue pour chaque élément d'évaluation.

→ La réponse « oui » signe la satisfaction globale à l'élément d'évaluation.

→ La réponse « non » signe la non-satisfaction globale à l'élément d'évaluation.

→ L'évaluateur coche la réponse « NA » lorsqu'il considère que l'élément d'évaluation est non applicable à la situation de l'évaluation ou lorsqu'il n'est pas en mesure de l'évaluer.

En pratique

Dans le cadre d'une visite de certification, seul un expert-visiteur habilité peut réaliser cette méthode.

L'infographie ci-après présente les deux étapes de la méthode, chacune des étapes étant précisée ensuite.

MÉTHODE DU TRACEUR CIBLÉ

Évaluation de la mise en œuvre d'un processus ciblé.

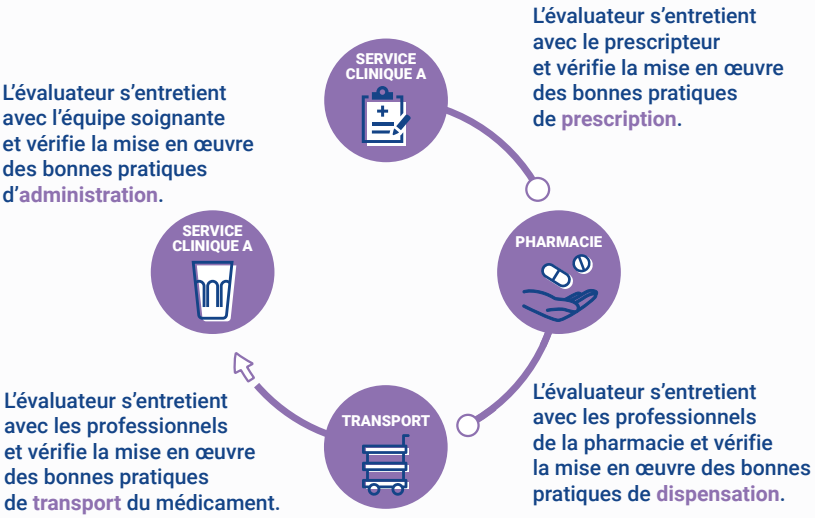
1 IDENTIFICATION DE LA CIBLE

L'évaluateur choisit le traceur.
Exemples : un événement indésirable grave, une prescription médicamenteuse, un transport en brancard, une transfusion, etc.

2 SUIVI DU CIRCUIT DU TRACEUR CIBLÉ :

L'évaluateur reconstitue le circuit et à chaque phase :
- s'entretient avec les professionnels impliqués ;
- observe les pratiques ;
- consulte la documentation.

EXEMPLE D'UN TRACEUR CIBLÉ SUR UNE PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE



La méthode du traceur ciblé se différencie de la méthode de l'audit système ; elle est conduite en partant du terrain pour remonter vers le processus.

Certification des établissements de santé pour la qualité des soins : patients, soignants, un engagement partagé

1 IDENTIFICATION DE LA CIBLE

Sept traceurs ont été préalablement définis par la HAS dans le cadre des visites de certification. Ils ciblent les processus suivants :

- circuit du médicament et des produits de santé ;
- gestion des produits sanguins labiles ;
- gestion des événements indésirables graves ;
- prévention des infections associées aux soins ;
- accueil non programmé ;
- transport intra hospitalier des patients ;
- prélèvement et greffe d'organes et de tissus.

Pour le traceur qu'il souhaite réaliser, l'établissement doit identifier la donnée d'entrée qu'il va suivre.

Exemple : une demande de transport pour un traceur ciblé sur le transport intrahospitalier, une prescription médicale dans le cadre d'un traceur ciblé sur le médicament, une déclaration pour un traceur sur la gestion des événements indésirables graves. C'est cette donnée d'entrée qui sera le fil conducteur de l'évaluation.

Pour les sept processus prédéfinis par la HAS, l'établissement peut générer automatiquement ses grilles traceurs dans CALISTA. Il est conseillé de compléter a minima une grille par traceur ciblé et davantage selon la taille de l'établissement.

2 RÉALISATION DU CIRCUIT

Le circuit dure de 1 à 2 heures

Lieu : tout au long du circuit ou au sein des unités concernées par le processus

Les différentes équipes de professionnels impliqués dans le processus seront rencontrées tout au long du circuit de façon à consolider les évaluations réalisées et fournir le cas échéant les documents nécessaires à la bonne compréhension du processus.

Exemple 1 : brancardage intrahospitalier.

Attention : il est important de bien identifier le fil conducteur.

S'il s'agit de suivre le brancardage au sein d'un établissement : l'évaluation est un traceur ciblé.

S'il s'agit de suivre la prise en charge du patient lors d'un transfert inter services : la méthode utilisée est le patient traceur.

Le professionnel principal rencontré dans le cadre de ce traceur est le brancardier.

Fiche pratique opératoire_M3

Étapes	Évaluation/Observations	Critères
Réception d'une demande de transport interne	Recueil des informations nécessaires au transport du patient auprès du service demandeur	2.2-05
	Vérification de l'identité du patient	2.3-01
	Information du patient en temps réel de la destination et de l'heure de prise en charge	2.3-22
	Délais de transport adaptés au rythme de l'activité et au confort du patient.	2.3-22
Transport du patient jusqu'à destination	Prise en charge adaptée pour le confort et la sécurité des patients : brancards, fauteuils roulants ou lits d'hôpital	2.3-22
	Professionnel chargé de réaliser le transport formé	2.3-22
	Respect de la dignité et de l'intimité du patient pendant son transport	1.2-01
« Remise » du patient dans le service de destination	Remise des informations nécessaires au service destinataire	2.2-05
	Entretien du matériel et équipement de transport, signalement en cas de matériel défectueux	2.3-11

En cas de dysfonctionnements sur l'une ou plusieurs activités, l'évaluateur peut remonter au système mis en place par l'établissement pour gérer l'activité brancardage. Plusieurs processus peuvent être concernés :

- gestion des flux et des circuits intra hospitaliers ;
- identitovigilance ;
- prévention du risque infectieux ;
- formation des brancardiers : communication, respect de la dignité et de l'intimité, gestes et postures ;
- etc.

Optimisez votre temps !

Dans le cadre des visites de certification de la HAS, l'expert-visiteur interroge le patient sur sa satisfaction à propos des modalités de transport, au cours d'un patient traceur. Néanmoins, l'évaluateur interne peut profiter du traceur ciblé pour interroger le patient sur sa satisfaction.

Exemple 2 : Le circuit du médicament.

Attention : il est important de bien identifier ce que l'on souhaite suivre comme processus.
S'il s'agit de suivre le circuit du médicament : l'évaluation utilise la méthode du traceur ciblé.
S'il s'agit de suivre la prise en charge médicamenteuse du patient : la méthode utilisée est le patient traceur.

Les professionnels principaux rencontrés dans le cadre de ce traceur sont :

- le prescripteur ;
- les soignants ;
- le pharmacien ;
- le préparateur en pharmacie ;
- le professionnel responsable de la livraison des médicaments ;
- etc.

Illustration

Cible : antibiotique inscrit dans la liste des médicaments à risque

Rencontre	Étapes	Évaluation/Observations	Critères
Équipe	Prescription médicamenteuse	Toute prescription d'un traitement antibiotique répond à une justification.	2.1-06
		Les praticiens doivent pouvoir se référer à des recommandations locales pour l'antibiothérapie et pouvoir faire appel à un référent antibiothérapie pour l'établissement (externe ou interne).	2.1-06
		Les praticiens bénéficient de formations à l'utilisation des antibiotiques, notamment ceux en cours de cursus.	2.1-06
		Les professionnels concernés sont sensibilisés et formés aux risques spécifiques induits par l'utilisation de ces médicaments à risque.	2.3-06
Pharmacien Préparateur en pharmacie	Dispensation	L'établissement a identifié des secteurs, des situations ou des profils de patients pour lesquels il est pertinent de développer la conciliation des traitements médicamenteux.	2.2-07
		La conciliation médicamenteuse est mise en œuvre pour les situations les plus à risque.	2.2-07
		L'analyse pharmaceutique est organisée et pertinente et intègre les informations du dossier pharmaceutique s'il existe, et les interventions pharmaceutiques sont prises en compte.	2.3-03
		La dispensation des médicaments est sécurisée et adaptée aux besoins des services au regard des prescriptions.	2.3-03
		Les équipes dispensent les produits de santé au bon moment, notamment dans des situations urgentes.	2.3-07
Équipe	Administration	Le médicament est systématiquement identifiable jusqu'à son administration et l'équipe dispose d'étiquettes respectant les recommandations pour tous les produits injectables.	2.3-04
		Il existe des modalités de contrôle spécifiques et renforcées pour des médicaments à risque identifiés par l'établissement.	2.3-04
		La concordance entre le produit, le patient, et la prescription est systématiquement réalisée avant l'administration.	2.3-04
		L'administration ou le motif de non-administration du médicament au patient est tracé dans son dossier.	2.3-04
Équipe	Surveillance	Évaluations régulières de la pertinence de la prescription d'antibiotique entre la 24e et la 72e heure.	2.1-06
		Évaluation de la sécurisation du médicament en HAD.	2.1-06
Équipe	Approvisionnement, stockage et accès aux médicaments	L'équipe dispose des règles de stockage des médicaments à risque et en a connaissance.	2.3-06
Professionnel responsable de la livraison des médicaments Équipe Pharmacie		Les modalités d'approvisionnement sont définies, notamment pour parer à tout besoin urgent de produits de santé.	2.3-07
		L'approvisionnement des produits de santé répond aux besoins des professionnels.	2.3-07
		Les risques liés aux ruptures de stock sont identifiés et font l'objet d'actions palliatives.	2.3-07
		L'équipe dispose de la liste des médicaments à risque utilisés dans le service et en a connaissance.	2.3-06

En cas de dysfonctionnements sur l'une ou plusieurs activités, l'évaluateur peut remonter au système mis en place par l'établissement pour gérer le circuit du médicament. Plusieurs processus peuvent être concernés.

Exemple 3 : la gestion d'un événement indésirable grave (EIG).

Le fil conducteur est un EIG.

Les professionnels principaux rencontrés dans le cadre de ce traceur sont :

- le déclarant d'un EIG ;
- le cadre de service ;
- l'équipe ;
- le référent de l'établissement chargé de la coordination des EIG ;
- la commission des usagers.

Rencontre	Étapes	Évaluation/Observations	Critères
Déclarant	**Déclaration de l'EIG**	Déclaration de l'EIG	**3.7-04**
Équipe	**Analyse et mesures correctives de l'EIG**	Réalisation d'une analyse collective approfondie. Utilisation de méthodes promues par la HAS. Définition d'un plan d'action. Suivi du plan d'action. Déclaration sur le portail de signalement des événements sanitaires indésirables.	
Équipe	**Analyse globale des EIG au niveau du service**	Analyse régulière par l'équipe de ses pratiques en s'appuyant sur les déclarations des événements indésirables associés aux soins (RMM, CREX, REMED…). Synthèse des travaux d'analyse des EIG et des résultats des plans d'action. Diffusion des résultats au référent de l'établissement chargé de la coordination des EIG.	
Référent de l'établissement en charge de la coordination des EIG	**Analyse globale des EIG à l'échelle de l'établissement**	Synthèse des travaux d'analyse des EIG à l'échelle de l'établissement. Diffusion des plans d'action à l'échelle de l'établissement.	
Commission des usagers	**Implication des usagers**	Information de la commission des usagers.	

Retours d'expérience

Un traceur système (ou ciblé sur un processus donné) peut être imaginé comme la réalisation d'un audit système que l'on suit « à l'envers », c'est-à-dire qu'il démarre du terrain pour remonter au système et aux organisations mises en place au sein de l'établissement. Il est important que l'évaluateur ne se perde pas dans la recherche systématique de documents de preuve ou des demandes de formalisation excessive. Il est là pour évaluer si le processus fonctionne sur le terrain. Une des façons de réussir son traceur ciblé est de s'imaginer à la place de la cible choisie : un bon de transport intrahospitalier, un médicament à risque, un événement indésirable grave. L'évaluateur doit demeurer fidèle à la cible choisie. Il doit prêter toute son attention au processus concerné honnêtement et sans jugement.
Un autre point clé du succès est de connaître le processus ciblé par le traceur. Cela permet à l'évaluateur de se détacher plus vite de sa grille d'évaluation et de questionner efficacement pour obtenir des informations pertinentes. La communication devient beaucoup plus fluide entre l'évaluateur et l'évalué en instaurant un climat de confiance propice à la réalisation de l'évaluation et à son efficacité.
Enfin, le traceur système suit un circuit qui oblige l'évaluateur à passer d'un service à un autre en rencontrant différents professionnels avec pour chacun ses missions, ses fonctions, son positionnement hiérarchique au sein de l'établissement. Pour réussir son traceur, l'évaluateur doit adapter son comportement en fonction de ses interlocuteurs et des situations
En cas d'identification de non-conformité à un élément d'évaluation, l'évaluateur doit reformuler de façon à s'assurer de sa bonne compréhension. Si le constat est avéré, il explique à l'évalué la ou les raisons pour lesquelles il inscrit « non » sur sa grille d'évaluation et décrit objectivement les faits.

Fiche pratique opératoire_M4

Comment conduire un audit système ?

Cibles prioritaires **EV – ES – RU**

Objectifs de la fiche

Cette fiche décrit les étapes et les conditions de mise en œuvre de la méthode de l'audit système.

Pour bien commencer

La méthode de l'audit système permet d'évaluer l'organisation de l'établissement pour s'assurer de sa maîtrise et de sa capacité à atteindre les objectifs. Elle est utilisée majoritairement pour évaluer le chapitre 3 du référentiel de certification.

Le déroulé de la méthode repose sur plusieurs phases exposées dans l'infographie et dont les conditions de mise en œuvre sont ensuite détaillées.

Les audits système se différencient des traceurs du fait que l'évaluation démarre par la compréhension de l'organisation (entretiens gouvernance et éventuellement consultation documentaire) vers la mise en œuvre réelle sur le terrain.

CALISTA génère une grille d'éléments d'évaluation selon le patient traceur que l'on souhaite évaluer.
Dans la grille d'évaluation, une réponse « oui », « non » ou « non applicable » est attendue pour chaque élément d'évaluation.

→ La réponse « oui » signe la satisfaction globale à l'élément d'évaluation.

→ La réponse « non » signe la non-satisfaction globale à l'élément d'évaluation.

→ L'évaluateur coche la réponse « NA » lorsqu'il considère que l'élément d'évaluation est non applicable à la situation de l'évaluation ou lorsqu'il n'est pas en mesure de l'évaluer.

En pratique

Dans le cadre d'une visite de certification, seul un expert-visiteur habilité peut réaliser cette méthode.

L'infographie ci-après présente les quatre étapes de la méthode, chacune des étapes étant précisée ensuite.

MÉTHODE DE L'AUDIT SYSTÈME

Évaluation des organisations de l'établissement pour s'assurer de leur maîtrise sur le terrain.

1 CONSULTATION DOCUMENTAIRE

L'évaluateur consulte tous les documents nécessaires à son évaluation.
Exemples : projet médico-soignant (conventions de partenariat), politique qualité (stratégie de recueil de l'expression du patient), bilan des plaintes et des réclamations, plan de formation, plan de gestion des tensions hospitalières, etc.

2 RENCONTRE AVEC LA GOUVERNANCE

(direction, président de la CME, direction des soins ou équivalent)

Sur une thématique donnée, l'évaluateur analyse la politique, les activités et les actions mises en place par la gouvernance pour s'assurer de la capacité qu'a l'établissement à maîtriser et à atteindre ses résultats.

3 RENCONTRE AVEC LES PROFESSIONNELS

L'évaluateur vérifie la bonne diffusion de la politique, des activités et des actions de l'établissement sur la thématiqueconcernée et sa déclinaison par les professionnels de terrain.

4 RENCONTRE AVEC LES REPRÉSENTANTS DES USAGERS

Selon les thématiques, l'évaluateur s'assure de l'implication des représentants des usagers et des associations de patients dans la vie de l'établissement.

L'audit système se différencie du traceur ciblé ; l'investigation est conduite en partant de l'organisation du processus jusqu'à la vérification de la mise en œuvre réelle sur le terrain.

Certification des établissements de santé pour la qualité des soins : patients, soignants, un engagement partagé

Sept audits système ont été préalablement définis par la HAS dans la cadre des visites de certification :

- Leadership
- QVT & travail en équipe
- Engagement des patients
- Dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins
- Maîtrise des risques
- Représentants des usagers
- Coordination territoriale

1 CONSULTATION DOCUMENTAIRE

Durée : 1 heure inscrite au calendrier

Lieu : dans la salle des experts-visiteurs ; au fil des entretiens si besoin

Les objectifs de la consultation documentaire sont :

- bien comprendre le contexte, les enjeux, l'organisation mise en place par l'établissement sur l'audit système évalué ;
- préparer et structurer les entretiens en tenant compte de la grille d'évaluation et des informations consultées.

La consultation est réalisée à différentes étapes :

- avant la visite sur la base des documents mis à disposition par l'établissement dans CALISTA ;
- avant les entretiens avec la gouvernance sur la base des documents complémentaires qui auront été demandés à l'établissement le matin ou la veille de l'audit système ;
- au fil des entretiens avec la gouvernance, les professionnels, les représentants des usagers.

Dans le cadre de l'évaluation interne, la personne en charge de réaliser l'évaluation doit identifier l'ensemble des documents dont elle aura besoin avant le démarrage de son évaluation et s'en imprégner.

Les documents mis à disposition de la HAS par l'établissement sont accessibles dans CALISTA, dossier Ma Certification/ documents. Leur dépôt est obligatoire pour certains.

DOCUMENTS OBLIGATOIRES	DOCUMENTS FACULTATIFS
Bilan de la commission des usagers	Accréditation COFRAC (Laboratoire d'analyses médicales)
Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins	Certification ISO (liste des services certifiés ISO 9001,14001)
Contrat pluriannuels d'bjectifs et de moyens	Rapport CGPL (rapport du Contrôleur général des lieux de privation de liberté)
Liste des services et/ou pôles	Rapport Cour des comptes
Liste des événements indésirables anonymisés	Rapport inspection ARS
Organigramme	Rapports ABM (Agence de biomédecine)
Plan blanc	Rapports ASN (Agence de sécurité nucléaire)
Plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	Rapports IGAS (Inspection générale des affaires sociales)
Plan d'implantation des services	Charte de bloc
Politique qualité	
Projet établissement et/ou note d'orientation stratégique	

2 RENCONTRE AVEC LA GOUVERNANCE

Durée : 1 h 30 à 3 heures

Lieu : salle de réunion

La gouvernance s'entend par la direction, le président de la CME et la direction des soins ou équivalent. Selon l'audit système concerné, d'autres personnes peuvent être associées :

- directeur ou responsable qualité ;
- directeur ou responsable des ressources humaines ;
- personne responsable de la logistique ;
- médecin hygiéniste ;
- pharmacien ;
- représentants des usagers.

Une segmentation des entretiens est indispensable selon la taille de l'établissement.

Les objectifs de cette rencontre sont :

- (re)présenter aux participants les objectifs de l'audit système évalué, (re)préciser le déroulé et donner du sens ;
- préciser que la rencontre est aussi un moyen de valoriser les bonnes pratiques ;
- poser des questions en lien avec la grille d'évaluation et la consultation documentaire préalablement réalisée.

3 RENCONTRE AVEC LES PROFESSIONNELS

Durée : 1 heure à 1 h 30 par rencontre

Lieu : sur le terrain dans un ou plusieurs services

Selon l'audit concerné, les rencontres des professionnels de terrain sont réalisées dans un ou plusieurs services, voire sur plusieurs sites selon la structuration de l'établissement. Lorsque cela est possible, il est intéressant d'y intégrer des professionnels de nuit.

Les objectifs de ces rencontres sont :

- confirmer ou infirmer le bon fonctionnement du système au plus près des services ;
- compléter les éléments de la grille d'évaluation de l'audit système concerné.

4 SELON L'AUDIT SYSTEME CONCERNE, RENCONTRE AVEC LES REPRESENTANTS DES USAGERS

Durée : 1 heure

Lieu : salle de réunion

La participation des représentants des usagers renforce la finesse de l'évaluation réalisée dans la mesure où elle donne accès à des retours, des points de vue ou regards de nature différente, qui, en les croisant avec ceux des professionnels, permettent d'obtenir une photographie plus complète de la situation de l'établissement, de ses forces et faiblesses.

Une réelle implication des représentants des usagers, en collaboration avec les professionnels, favorise la résolution des dysfonctionnements constatés dans l'établissement.

Enfin, le représentant des usagers peut jouer un rôle dans l'information sur l'existence et les enjeux de la certification auprès du grand public.

Dans cette optique, l'évaluateur cherchera à apprécier le niveau d'implication réelle des représentants des usagers, à détecter leurs éventuelles difficultés à s'impliquer dans la vie de l'établissement. Dans le cas de l'évaluation interne, l'évaluateur pourra, le cas échéant, rechercher avec les représentants les actions d'amélioration à mettre en place pour favoriser leur participation à la vie de l'établissement.

Exemple : audit système « Dynamique d'amélioration » abordé selon les publics rencontrés.

Étapes	Évaluation/Observations	Critères
Consultation documentaire	Consultation des documents disponibles sur CALISTA : Politique qualité Plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins Prendre connaissance des autres types de certification et d'accréditation obtenus par l'établissement Bilan des plaintes et réclamations	
Entretiens avec la gouvernance	La gouvernance, et notamment la CME, mobilise les équipes sur l'identification et la diffusion des recommandations de bonnes pratiques cliniques ou organisationnelles les plus importantes en regard de l'activité. Les recommandations de bonnes pratiques adéquates sont disponibles au sein des équipes. L'établissement assure la transmission des recommandations de bonnes pratiques nationales aux équipes (veille documentaire).	**3.7-01**
	Le programme d'amélioration de la qualité prenant en compte l'expérience du patient est mis en œuvre.	**3.7-02**
	Les objectifs de qualité et de sécurité des soins au niveau de l'établissement sont définis. Un programme d'actions d'amélioration est mis en œuvre et intègre les actions issues de l'analyse des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Dans le cas d'un statut nonrépondant à un IQSS, les raisons sont expliquées et justifiées.	**3.7-03**
	Si un service d'urgence existe : La gouvernance suit le besoin journalier en lits d'aval dans les périodes de tension signalées par les urgences pour soutenir les actions nécessaires. Il existe un plan de gestion des lits d'hospitalisation en aval de l'urgence.	**3.7-05**

Étapes	Évaluation/Observations	Critères
Entretiens avec la gouvernance	La gouvernance de l'établissement promeut l'accréditation auprès des équipes médicales (information, soutien, articulation avec la démarche d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité du patient de l'établissement). Les secteurs ayant une spécialité ou une activité dite « à risque » (spécialités de gynécologie-obstétrique, d'anesthésie-réanimation, de chirurgie, les spécialités interventionnelles ainsi que les activités d'échographie obstétricale, de réanimation ou de soins intensifs) ont des médecins ou des équipes accréditées.	3.7-06
Entretiens avec les professionnels	L'adéquation des procédures à ces recommandations fait l'objet d'un travail en équipe et elles sont actualisées si nécessaire. Les revues de pertinence des admissions et des séjours évaluent les résultats des indicateurs d'alerte dont la structure s'est dotée : taux de transfert à 48 heures, GMT au regard des types d'autorisations, séjours « longs ».	3.7-01
	L'analyse des retours des patients permet aux équipes de soins de mettre en place collectivement des actions d'amélioration.	3.7-02
Entretiens avec les représentants des usagers	Le programme d'amélioration de la qualité intègre les contributions des usagers.	3.7-02
	Les indicateurs qualité et sécurité sont présentés à la commission des usagers.	3.7-03

Retours d'expérience

L'évaluateur veillera à favoriser un climat de confiance, de façon à créer un dialogue le plus constructif possible. La méthode est conduite selon une démarche pédagogique, transparente, bienveillante et non culpabilisante, sans jugement sur le travail ni recherche de responsabilité des professionnels.

L'évaluateur favorisera les questions ouvertes non orientées permettant l'expression libre des professionnels. Ces questions seront complétées par des questions fermées portant sur des éléments qui n'auront pas été abordés spontanément.

Fiche pratique opératoire_M5

Comment conduire les observations ?

Cibles prioritaires **EV – ES – RU**

Objectifs de la fiche

Cette fiche décrit les conditions de réalisation des observations durant une évaluation interne ou une visite de certification.

Pour bien commencer

Les observations permettent d'évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité d'une unité, d'un service, de l'établissement. Elles sont réalisées de façon concomitante aux méthodes d'évaluation de type traceurs. L'évaluateur devra juger de la conformité ou non des points à observer listés dans la grille d'évaluation.

En pratique

Les observations présentent une certaine complexité car elles nécessitent de réaliser constamment des observations au décours des autres méthodes. En pratique, à chaque grille de traceur utilisée est associée une grille spécifiquement dédiée à des points d'observation.

Par exemple : l'évaluateur réalisant un patient traceur complétera dans le même temps les observations liées à la dignité, la confidentialité, la présence de gel hydro-alcoolique aux endroits le nécessitant, etc. De la même façon, l'évaluateur au cours de la réalisation physique du parcours sera en mesure de vérifier dans les services, les affichages des informations pour les usagers, l'accessibilité des personnes vivant avec un handicap, etc.

En d'autres termes, l'évaluateur est susceptible de réaliser des observations à tout moment, sur le terrain.

CALISTA génère pour les autres méthodes les grilles d'éléments d'évaluation intégrant les éléments relevant des observations.

L'infographie ci-après présente le principe de la méthode.

MÉTHODE D'OBSERVATION

Évaluation des conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

RÉALISATION DES OBSERVATIONS

La méthode d'observation est :
- mise en œuvre dans tous les secteurs visités ;
- combinée avec les méthodes d'évaluation des traceurs ;
- réalisée sur la base d'une grille d'observations.

EXEMPLES D'OBSERVATIONS

Respect de la dignité et de l'intimité des patients :
- absence de patients dénudés ;
- portes des chambres fermées ;
- patients traités avec égard ;
- etc.

Accessibilité pour les personnes en situation de handicap :
- rampes d'accès dédiées ;
- hauteur adaptée des présentoirs et des guichets d'accueil ;
- sanitaires adaptés ;
- signalétique adaptée à tout type de handicap ;
- etc.

Affichage de l'information destinée au patient :
- charte du patient hospitalisé ;
- coordonnées des représentants des usagers ;
- messages de santé publique (maltraitance, vaccination,…) ;
- etc.

Maîtrise du risque infectieux :
- lavage des mains avant / après chaque soin ;
- disponibilité de solutions hydroalcooliques ;
- tenues conformes des professionnels ;
- présence de boîtes pour objets piquants et tranchants ;
- propreté des locaux ;
- etc.

Retours d'expérience

Observer, c'est examiner avec attention et intention. Dans le cadre d'une évaluation interne ou d'une visite de certification, il ne s'agit pas d'être à la recherche d'une non-conformité à tout prix, c'est un exercice constructif.

L'utilisation d'une grille d'évaluation permet à l'évaluateur de se centrer sur des points précis à observer. Ces points sont identifiés à risque pour la sécurité et la qualité de la prise en charge du patient.

Comme pour toutes les autres méthodes, l'évaluateur en situation d'observation se doit d'avoir une attitude respectueuse vis-à-vis des professionnels qui l'entourent, ou qui l'accompagnent.

L'observateur ne doit en aucun cas être inquisiteur, avoir l'attitude d'un inspecteur (exemples : ouvrir des portes, des placards de son propre chef…).

Toute non-conformité identifiée doit être partagée et validée avec l'accompagnateur en gardant une attitude bienveillante. L'évaluateur doit s'abstenir de tout jugement et bannir certaines expressions pouvant le culpabiliser ou le mettre en difficulté.

Dans le cadre des évaluations internes, cet exercice est intéressant pour prendre de la hauteur sur ses pratiques quotidiennes. En effet, à force d'être concentrés sur leurs tâches, les professionnels ne prennent plus le temps de se poser et d'observer les situations à risque et leur environnement de travail.

Fiche pratique opératoire_V1

Comment formuler une demande de récusation d'un expert-visiteur ?

Cibles prioritaires EV – ES – RU

Objectifs de la fiche

Cette fiche vise à décrire les motifs acceptables de récusation et les modalités opérationnelles pour en faire la demande.

Pour bien commencer

L'établissement a la possibilité de récuser un expert-visiteur uniquement pour les motifs suivants :

- s'il exerce son activité professionnelle dans un périmètre géographique de moins de 50 km autour de l'établissement ;
- s'il exerce ou a exercé une activité ces 5 dernières années dans l'établissement visité ou, le cas échéant, dans l'un des établissements du groupement ;

S'il existe un lien d'intérêts avec l'établissement visité ou, le cas échéant, avec l'un des établissements du groupement.

Le fait qu'un expert-visiteur ait participé à la visite précédente ne représente pas en soi un motif de récusation, sauf problématiques particulières à évoquer auprès de la HAS.

En pratique

À la notification de la mise à disposition de l'équipe de visite *via* CALISTA, l'établissement doit, dans les 2 semaines qui suivent, valider, via la plateforme, un à un le nom des experts-visiteurs.

Si l'établissement souhaite récuser un ou plusieurs experts-visiteurs, il devra en exposer les motifs dans la case commentaire associée.

> La HAS analyse la motivation de la demande et informe l'établissement de sa décision dans un délai de 15 jours, *via* CALISTA.

Fiche pratique opératoire_V2

Comment compléter et valider le calendrier de la visite ?

Cibles prioritaires **EV – ES – RU**

Objectifs de la fiche

Cette fiche permet de guider l'établissement dans la finalisation et la validation du calendrier de la visite bâtie par le coordonnateur de la visite et le chef de projet. Elle présente aussi les modalités logistiques de la visite.

Pour bien commencer

Le calendrier de la visite découle du programme et du nombre de séquences par méthode à réaliser pendant la visite.

Le calendrier se compose de séquences dites organisationnelles dont le positionnement est fixe et de séquences d'investigation qui correspondent aux séquences par méthode définies dans le programme de visite. Chaque séquence « méthode » est attribuée à un seul expert-visiteur.

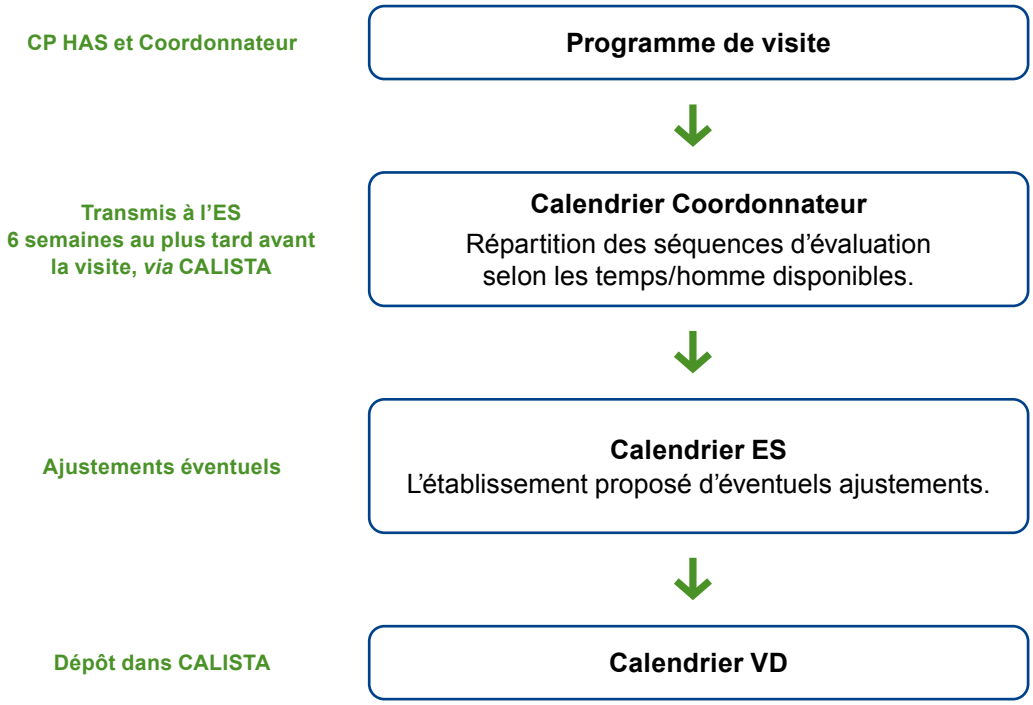
Le descriptif des séquences est présenté dans la fiche *ad hoc*.

En pratique

À la notification de CALISTA, l'administrateur de la démarche prend connaissance du calendrier proposé afin de compléter les séquences dans le planning de chaque expert-visiteur et de valider ce dernier. La validation de l'établissement porte essentiellement sur le positionnement des séquences « méthode ».

> Le calendrier validé avant la visite peut être modifié au décours de la visite pour répondre aux besoins des investigations (modification du programme de visite).

Processus de gestion du calendrier



Fiche pratique opératoire_V2

Que dois-je faire en tant qu'ES ?

À la notification indiquant la mise à disposition du calendrier dans CALISTA, l'établissement télécharge le fichier afin de le compléter. Il prend connaissance du programme de visite et de la répartition par expert-visiteur des différentes séquences. L'attribution par le coordonnateur d'une séquence à un EV dépend de son expertise et de ses habilitations sur les méthodes correspondantes.

En respectant le programme de la visite, l'établissement identifie sur chaque journée de visite les séquences du programme.

L'établissement précise les salles de réunion pour les rencontres experts-visiteurs/professionnels.

Pour identifier les séquences, il se réfère aux principes d'élaboration du calendrier ci-dessous.

Une fois le calendrier complété, il le dépose dans CALISTA. Ce dernier est repris par le chef de projet et le coordonnateur de la visite pour finaliser la version définitive du calendrier qui est déposée de nouveau dans CALISTA. Les autres membres de l'équipe peuvent alors y accéder.

Principes d'élaboration du calendrier

Pour les séquences patient traceur :

> Seuls les experts-visiteurs médecins ou les médecins centrés patient traceur conduisent les séquences d'évaluation du patient traceur.

- En J1, il est déconseillé de planifier un patient traceur d'ambulatoire et d'HDJ pour faciliter la sélection. De même, les patients traceurs relevant de la pédiatrie, de l'HAD, ou nécessitant la présence d'un tiers ne seront pas planifiés dès le début de la visite afin de faciliter leur organisation et la présence des proches ou aidants.
- Les patients traceurs en HAD sont positionnés en fin de matinée ou fin d'après-midi de façon à rencontrer au domicile du patient les professionnels libéraux intervenant dans la PEC du patient et à mieux évaluer la continuité de la prise en charge avec les professionnels libéraux.
- Les séquences concernant le ou les médecins centrés patient traceur sont planifiées préférentiellement en J2.
- Les méthodes patient traceur et parcours traceur sont complémentaires, aussi un même secteur peut être le lieu de réalisation de ces deux méthodes. Si les séquences sont réalisées par des experts-visiteurs différents, elles ne peuvent être concomitantes, l'équipe du secteur ne pouvant pas être sollicitée en même temps pour les deux méthodes.

Pour les séquences audit système :

- Un temps de consultation documentaire précède la première rencontre de la gouvernance afin de prendre connaissance de documents qui n'auraient pas été transmis en amont, documents pouvant étayer le questionnement.
- Une segmentation des entretiens avec la gouvernance peut être nécessaire selon la taille de l'établissement afin de solliciter les professionnels concernés au moment voulu. Dans ce cas, la première réunion permettra de questionner l'établissement sur les parties 1 et 2 du chapitre 3.
- Une ou deux séquences « Rencontre avec les professionnels » peuvent être placées en amont de la rencontre avec la gouvernance pour appréhender les enjeux et questionner la gouvernance avec des éléments remontant du terrain. Un temps de consultation documentaire est à prévoir en amont des séquences d'audit système afin de prendre connaissance
- L'expert-visiteur qui réalise les principales séquences « Rencontre avec les professionnels » réalise la rencontre avec lagouvernance », avec le coordonnateur si le calendrier le permet.

Pour les séquences traceur ciblé :

- Lorsque plusieurs traceurs ciblés relatifs à la prise en charge médicamenteuse sont à mettre en œuvre, il est préconisé d'organiser une rencontre entre les experts-visiteurs réalisant ces traceurs ciblés et les

personnels de la pharmacie une seule fois afin d'éviter les répétitions.
Chaque expert-visiteur participant à un traceur ciblé IAS, rencontre en amont, lors d'un temps commun, l'équipe EOH.

- Pour certaines séquences nécessitant un temps de déplacement (site HDJ, multisite, HAD), il est important d'indiquer le temps nécessaire pour le déplacement.
- Si une séquence est normalement conduite par un seul expert-visiteur, les experts-visiteurs nouvellement recrutés sont, pour certaines séquences, accompagnés par un autre expert de l'équipe dans le cadre du dispositif de coaching mis en œuvre à l'issue de la formation initiale. Le coordonnateur apportera les modifications nécessaires à la proposition de l'établissement.

Principes d'organisation logistique de la visite

Les experts-visiteurs doivent disposer, sur le site d'accueil, d'une salle de travail qui leur est exclusivement réservée pendant toute la durée de la visite. L'ensemble des attendus relatifs à l'organisation logistique est précisé dans la rubrique « Pour aller plus loin ».

Pour chaque rencontre expert-visiteur/professionnels, il est important de prévoir une salle de réunion suffisamment grande pour accueillir tous les professionnels concernés par la rencontre.

Retours d'expérience

De petites séquences « Temps EV » servent à absorber les potentielles dérives de temps, permettent le changement de service.

Pour aller plus loin

Les modalités logistiques de la visite : lien sur fichier.

Fiche pratique opératoire_V3

Comment s'organise la visite ?

Cibles prioritaires **EV – ES – RU**

Objectifs de la fiche

Cette fiche présente les différents temps d'une visite de certification et leurs modalités d'organisation.

Pour bien commencer

La visite de certification comprend des séquences organisationnelles communes à toutes les visites et des séquences d'évaluation définies selon le programme de visite de l'établissement.

Un calendrier, établi par le coordonnateur de la visite en lien avec l'équipe et le chef de projet HAS, précise ces différentes séquences pour chaque jour et chaque expert-visiteur.

En pratique

Les séquences organisationnelles

RÉUNION D'OUVERTURE

Le matin du 1er jour de la visite
Durée : 1 heure

Lieu : salle de réunion

Acteurs :

- équipe d'experts-visiteurs ;
- pour l'établissement de santé, a minima, la direction de l'établissement dont le directeur, le président de la CME, le directeur des soins, la/les personnes en charge de la démarche qualité et de gestion des risques et toute autre personne, en nombre restreint, proposée par l'établissement de santé ;
- les représentants des usagers.

La réunion est animée par le coordonnateur de visite en lien avec la direction de l'établissement de santé.

Objectifs de la séquence :

La réunion d'ouverture s'inscrit dans la suite des échanges entre la HAS et l'établissement initiés lors de la phase préparatoire. Elle a pour objectifs de partager :

- les enjeux et les objectifs de la visite de certification ;
- la présentation de l'établissement ;
- le programme et le calendrier de visite ;
- les modalités de communication et de logistique de la visite, notamment pour les briefings et le bilan de fin de visite ;
- les règles régissant le déroulement de la visite.

En complément, l'établissement de santé transmettra à l'équipe d'experts-visiteurs en début de visite un mémo de présentation de la gestion documentaire et de ses modalités d'accès.

Fiche pratique opératoire_V3

SYNTHESE ENTRE EXPERTS-VISITEURS

Chaque soir
Durée : 1 heure

Lieu : salle des experts-visiteurs

Acteurs :

– équipe d'experts-visiteurs.

Objectifs de la séquence :

À l'issue des évaluations, les experts-visiteurs réalisent une synthèse collective pour :

- préparer le briefing du soir et du lendemain matin ;
- valider, lors de la dernière synthèse collective de la visite, les éléments de synthèse qualitatifs et quantitatifs qui seront présentés en bilan de fin de visite et restitution plénière.

Phase 1 : analyse et partage des données qualitatives de la journée d'investigation

- S'assurer que tous les membres de l'équipe ont rempli les grilles et justifié par écrit les observations significatives attestant de dysfonctionnements ou de la « non-atteinte » des attendus d'un critère. Une attention particulière est portée au médecin centré patient traceur avant qu'il ne quitte la visite.
- Partager des données qualitatives d'évaluation de la journée à partir des représentations graphiques générées par CALISTA, déterminer les points saillants (au niveau des critères) pour lesquels un écrit sera attendu dans le rapport de visite et décider des éventuelles adaptations du programme de visite et donc du calendrier.
- Pour chaque objectif, cibler les points forts et points faibles à l'échelle du critère.
- Si une fiche anomalie est générée, le coordonnateur s'assure que tous les arguments justifiant cette appréciation sont explicités et décide si des investigations complémentaires sont nécessaires. Si oui, ce supplément d'investigation est à organiser (qui, quand, où, auprès de qui).

Phase 2 : préparation du briefing du soir

- Lister en équipe les profils de patient traceur et les parcours prévus à J+1.
- Ajuster si nécessaire le programme de visite.
- Identifier les profils de patient traceur restant à définir pour J+1 suivant le programme initial de visite (ce point peut être décalé en fonction de la durée de la visite à la synthèse du lendemain).

Phase 3 : préparation du briefing du lendemain

- Répartir la prise de parole entre EV ;
- Identifier les points à restituer à l'établissement.

BRIEFING DU SOIR

Chaque soir, sauf l'avant-dernier jour de visite. Après la synthèse entre experts-visiteurs
Durée : 20 minutes

Lieu : salle de réunion

Acteurs :

- équipe d'experts-visiteurs ;
- pour l'établissement de santé, la personne en charge de la démarche qualité et de gestion des risques.

Le briefing est animé par le coordonnateur de la visite.

Objectifs de la séquence :

- préciser à l'établissement les adaptations du programme de visite (profil des traceurs définis en visite, modification de profil d'un traceur, …) ;
- récupérer auprès de l'établissement la liste de tous les patients présents dans les services rencontrés, de leurs motifs d'hospitalisation, de leur âge et de leur date d'entrée dans l'établissement, pour le choix du patient traceur ;
- s'assurer de la bonne organisation des séquences d'évaluation programmées le lendemain.

> Le cas échéant, si des tensions ont été générées dans la journée entre les experts-visiteurs et des professionnels de l'établissement, il est important que l'établissement en fasse un retour au plus vite au coordonnateur de la visite afin de dissiper tout malentendu voire désamorcer toute situation conflictuelle et permettre la poursuite de la visite dans le climat de partage et de confiance souhaité.

BRIEFING DU MATIN

Chaque matin, sauf le dernier jour de visite
Durée : 30 minutes

Lieu : salle de réunion

Acteurs :

- équipe d'experts-visiteurs ;
- pour l'établissement de santé, la direction de l'établissement dont le directeur, le président de la CME, le directeur des soins ou leurs représentants, la/les personnes en charge de la démarche qualité et de gestion des risques et toute autre personne, en nombre restreint, proposée par l'établissement de santé ;
- les représentants des usagers.

Le briefing est animé par le coordonnateur de la visite.

Objectifs de la séquence :

- présenter les principaux résultats à date ;
- le cas échéant, présenter les éléments relevant de dysfonctionnements observés en particulier sur les critères impératifs, voire de motifs d'alerte ;
- répondre aux demandes d'informations complémentaires éventuelles ;
- valider les modifications du programme de visite et du calendrier.

Fiche pratique opératoire_V3

PRÉPARATION DES RESTITUTIONS

Matin du dernier jour de visite
Durée : 2 heures

Lieu : salle des experts-visiteurs

Acteurs :

- équipe d'experts-visiteurs

Objectifs de la séquence :

- préparer le bilan de fin de visite et la restitution plénière en :
  - partageant collectivement les dernières investigations de la visite ;
  - analysant collectivement les données quantitatives à partir des représentations graphiques finalisées générées par CALISTA ;
  - interprétant les résultats : synthétiser les données qualitatives et quantitatives et faire consensus (mettre en adéquation les données graphiques avec les observations des experts-visiteurs) ;
  - concluant sur les éléments de visite à partager avec l'établissement : les points positifs, les axes de progrès identifiés et les éventuelles défaillances significatives ;
  - restituant les éléments via le diaporama de fin de visite.

Sur la base des résultats d'évaluation, de leurs représentations graphiques et des échanges entre experts-visiteurs, ceux-ci identifient les éléments positifs et négatifs qui feront l'objet des synthèses par objectif à rédiger par le coordonnateur après la visite, et des synthèses entre experts-visiteurs réalisées durant la visite. Ces synthèses, expliquant les résultats, sont indispensables pour éclairer la prise de décision par la Commission de certification.

BILAN DE FIN DE VISITE

En fin de matinée du dernier jour de visite
Durée : 2 heures

Lieu : salle de réunions

Acteurs :

- équipe d'experts-visiteurs
- pour la gouvernance de l'établissement de santé, au minimum, la direction de l'établissement dont le Directeur, le Président de la CME, le Directeur des Soins, la/les personnes en charge de la démarche qualité et de gestion des risques
- les représentants des usagers

La réunion de bilan est animée par les experts-visiteurs selon une répartition déterminée par le coordonnateur.

Objectifs de la séquence :

- présenter et partager les résultats quantitatifs et qualitatifs pour chacun des objectifs du référentiel à partir des représentations graphiques issues de CALISTA ;
- réaliser un focus sur les points positifs, les axes de progrès identifiés et les éventuelles défaillances significatives ;
- préparer la séance de restitution qui suit.

RESTITUTION PLÉNIÈRE

En fin de visite
Durée : 1 heure maximum

Lieu : salle de réunion

Acteurs :

- équipe d'experts-visiteurs ;
- la direction et les professionnels de l'établissement de santé ;
- les représentants des usagers.

La séance est animée par l'équipe d'experts-visiteurs selon une répartition déterminée par le coordonnateur.

Objectifs de la séquence :

- présenter et partager les principaux résultats quantitatifs et qualitatifs synthétisés par chapitre du référentiel ;
- réaliser un focus sur les points positifs, axes de progrès identifiés et éventuelles défaillances significatives ;
- présenter aux professionnels les étapes clés post-visite et les délais prévisionnels (cf. Diaporama de fin de visite).

Les séquences d'investigation

Les séquences d'investigation, détaillées dans les fiches *ad hoc*, correspondent aux différentes méthodes d'évaluation, définies dans le calendrier de visite.

LES SÉQUENCES DE PATIENT TRACEUR

Pour chaque séquence
Durée : 1 h 30

Lieu : service choisi par l'expert-visiteur

Pour chaque séquence, le programme de visite précise les profils de patients recherchés. L'identification du patient est réalisée à partir de la liste des patients correspondants fournie lors du briefing du soir et précisée à l'arrivée dans le service.

Acteurs pour une séquence :

- l'expert-visiteur médecin ou le médecin centré patient traceur présent en J2 ou J3 ;
- les professionnels du service.

Objectifs de la séquence :

- au travers de la rencontre du patient identifié et de l'équipe qui le prend en charge, réaliser l'évaluation de la qualité et de la sécurité de la prise en charge du patient sélectionné ;
- réaliser les observations.

Préconisations d'organisation pour l'évaluation ou la visite

- Lorsque le patient ne peut répondre au questionnement, il est possible de rencontrer la personne de confiance.
- Privilégier les patients traceurs en HAD en fin de matinée ou fin d'après-midi de façon à rencontrer au domicile du patient les professionnels libéraux intervenant dans la prise en charge du patient et à mieux évaluer la continuité de la prise en charge avec eux.
- Patient traceur HAD : coupler le questionnaire destiné patient au questionnaire observationnel au domicile du patient.
- Pour un patient traceur en soins palliatifs, privilégier un médecin aguerri du sujet.
- Il est primordial de disposer du dossier du patient pour la rencontre avec les professionnels.
- Au moins un patient traceur doit être en situation de handicap, et un autre en situation de précarité.

LES SÉQUENCES DU PARCOURS TRACEUR

Pour chaque séquence
Durée : 1 h 30 à 3 heures

Lieu : les services concernés par le parcours

Acteurs pour une séquence :

- l'expert-visiteur chargé de la séquence ;
- les professionnels des services concernés par le parcours.

Objectifs de la séquence :

- évaluer la continuité et la coordination de la prise en charge des patients ;
- évaluer la culture de qualité et de sécurité des soins et le travail en équipe.

Préconisations d'organisation pour l'évaluation ou la visite

- Les circuits ne doivent pas être trop complexes afin de pouvoir réunir tous les personnels concernés.
- Il est important de prévoir une salle de réunion suffisamment grande pour accueillir tous les professionnels concernés par le parcours.
- Il est préférable de définir la liste des personnes à rencontrer en amont.
- Privilégier le ou les dossiers de patients pour lesquels le médecin référent est présent lors du parcours traceur.
- Il est préconisé de doubler les méthodes patient traceur et parcours traceur pour certains profils (exemple : en secteur de maternité).

Fiche pratique opératoire_V3

LES SÉQUENCES RELATIVES AU TRACEUR CIBLÉ

Pour chaque séquence
Durée : 1 h 30 à 3 heures

Lieu : les services concernés par le traceur ciblé

Acteurs pour une séquence :

- l'expert-visiteur chargé de la séquence ;
- les professionnels des services concernés par le traceur ciblé.

Objectifs de la séquence :

- évaluer la continuité et la coordination de la prise en charge des patients ;
- évaluer la culture de qualité et de sécurité des soins et le travail en équipe.

Préconisations d'organisation pour l'évaluation ou la visite

- Lorsque plusieurs traceurs ciblés relatifs à la prise en charge médicamenteuse sont à mettre en œuvre, il est préconisé d'organiser une rencontre entre les experts-visiteurs réalisant ces traceurs ciblés et les personnels de la pharmacie une seule fois afin d'éviter les répétitions.
- Chaque expert-visiteur participant à un traceur ciblé IAS rencontre en amont, lors d'un temps commun, l'équipe EOH.
- Multiplier les traceurs ciblés sur les médicaments, les traceurs ciblés IAS et traceurs ciblés EIG dans le calendrier.
- Réaliser le traceur ciblé EIG le 1er jour de la visite (visite courte), ou assez tôt dans le programme de visite, afin d'analyser la pertinence avec l'audit système « rencontres avec les professionnels » le 2e jour ou les jours suivants ce qui permet d'approfondir les données et compléter les méthodes.
- Pour le TC EIG, l'investigation doit si possible aller jusqu'à la rencontre du déclarant et la revue des actions engagées.

LES SÉQUENCES D'AUDIT SYSTÈME

Pour chaque séquence
Durée : 1 h 30 à 3 heures

Lieu : salle de réunion

Acteurs pour une séquence :

- l'expert-visiteur chargé de la séquence ;
- le coordonnateur sur la rencontre de la gouvernance, s'il n'est pas l'expert en charge de l'audit ;
- la gouvernance ;
- les professionnels concernés par l'audit système (directeur ou responsable qualité, directeur ou responsable des ressources humaines, personne chargée de la logistique, le médecin hygiéniste, un pharmacien, représentant des usagers).

Fiche pratique opératoire_V3

Objectif de la séquence

- évaluer l'organisation pour s'assurer de sa maîtrise sur le terrain.

Préconisations d'organisation

- Une segmentation des entretiens est indispensable selon la taille de l'établissement. Dans ce cas, on commencera par la rencontre avec la gouvernance.
- Prévoir de réaliser une ou deux séquences « Rencontre avec les professionnels » en amont de la rencontre avec la gouvernance pour appréhender les enjeux et questionner la gouvernance avec des éléments remontant du terrain. Prévoir la réalisation de la rencontre avec laGouvernance à J2.
- L'expert-visiteur qui réalise les principales séquences audit système « Rencontre professionnels » réalise la séquence avec la gouvernance avec le coordonnateur si le calendrier le permet.
- Les experts-visiteurs réalisant la séquence l'audit système « Gouvernance » restituent et transmettent les principaux constats à l'ensemble de l'équipe.
- Prévoir un temps de consultation documentaire en amont des séquences d'audit système.

LA SÉQUENCE DE NUIT

En J2 ou J3
Durée : 1 h 30 après les transmissions

Lieu : les services de soins

Acteurs pour une séquence :

- les experts-visiteurs ;
- les professionnels des services de soins.

Objectif de la séquence

- S'assurer que l'organisation de nuit est maîtrisée au travers de rencontres avec les professionnels exerçant la nuit.

Préconisations d'organisation

- Les experts-visiteurs se présenteront dans les services qu'ils auront identifiés à partir de leurs premières investigations.

Fiche pratique informative_V4

Règles d'utilisation des indicateurs dans la certification

Cibles prioritaires **EV – ES – RU**

Objectifs de la fiche

Cette fiche présente les règles d'utilisation des indicateurs dans la certification.

Pour bien commencer

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont un outil de mesure d'un état de santé, d'une pratique, d'une organisation ou de la survenue d'un événement, qui permettent d'évaluer de manière valide et fiable la qualité des soins et son évolution dans le temps. Ils évaluent la structure, le processus ou le résultat, et peuvent être recueillis à partir de différentes sources de données.

Les critères de validation des indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS) :

- de type processus développés par la HAS sont : la pertinence clinique, la faisabilité, la pertinence pour l'amélioration de la qualité des soins, les qualités métrologiques et l'ajustement.
- de type résultats développés par la HAS :
  - issus des bases médico-administratives : la pertinence clinique et validité de construit, la validité de critère, l'ajustement, la validité discriminante, la pertinence pour l'amélioration, la stabilité temporelle et les potentiels effets induits négatifs ;
  - issus de questionnaires patients : la faisabilité, la pertinence pour l'amélioration de la qualité des soins, les qualités métrologiques du questionnaire et l'ajustement des résultats.

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins seront exploités à différents moments de la procédure de certification :

1. lors de la préparation de la visite par l'équipe d'experts-visiteurs ;
2. lors de la visite.

Ce qu'il faut savoir

1. Utilisation des indicateurs IQSS au moment de la préparation de visite

La préparation de visite consiste à exploiter l'ensemble des données mis à sa disposition de la HAS pour déterminer des profils de traceurs pertinents au regard de l'activité et des risques de l'établissement.

Lorsque les résultats des IQSS d'un établissement seront inférieurs à l'objectif national, des profils de parcours et de traceurs seront proposés à l'établissement dans son programme de visite dans les secteurs concernés.

Exemple 1 : IQSS « Qualité de la lettre de liaison à la sortie à la sortie d'une chirurgie ambulatoire »

Qualité de la coordination des prises en charge
Campagne 2019 – Données 2018
Source : QUALHAS

Qualité de la lettre de liaison à la sortie	Lettre de liaison à la sortie après une chirurgie ambulatoire	Cet indicateur évalue la qualité de la lettre de liaison à la sortie	MCO	53/100	C

Dans cet exemple, le résultat de l'IQSS « Qualité de la lettre de liaison à la sortie d'une chirurgie ambulatoire » conduira la HAS à proposer, à l'établissement, la réalisation d'un parcours traceur dans ce secteur au sein du programme de la visite. Les dossiers consultés par les experts-visiteurs durant cette séquence leur permettront de s'assurer de la présence ou non de la lettre de liaison à la sortie.

Exemple 2 : IQSS « Évaluation et prise en charge de la douleur » en MCO

Qualité des prises en charge cliniques
Campagne 2019 – Données 2018
Source : QUALHAS

Mots clés	Intitulé	Description	Secteur	Résultat	
Évaluation à la douleur	Évaluation de la prise en charge de la douleur en Médecine Chirurgie Obstétrique	Cet indicateur mesure la mise en œuvre de l'évaluation de la douleur avec une échelle et d'une stratégie de prise en charge	MCO	15/100	C

Dans cet autre exemple, le résultat de l'IQSS « Evaluation de la douleur » en MCO conduira la HAS à proposer, à l'établissement, la réalisation d'un patient traceur dans un secteur de MCO au sein du programme de visite. Le dossier consulté par l'expert-visiteur durant cette séquence lui permettra de s'assurer de l'évaluation ou non de la douleur avec une échelle pendant le séjour du patient et de la présence ou non d'une stratégie de prise en charge de la douleur.

Exemple 3 : IQSS Hygiène des mains MCO

Prévention des infections associées aux soins
Campagne 2019 – Données 2018
Source : QUALHAS

Mots clés	Intitulé	Description	Secteur	Résultat	
Hygiène des mains	Indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques	Cet indicateur est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains par la technique de frictions hydro-alcoolique	MCO	66/100	C

Le résultat de l'indicateur « Hygiène des mains » Campagne 2019 – Données 2018 en Classe C- 66 % » conduira la HAS à proposer la réalisation d'un traceur ciblé IAS dans un secteur de MCO au sein du programme de la visite. Le parcours physique réalisé par l'EV durant cette séquence lui permettra de s'assurer de la maîtrise du risque infectieux dans le secteur concerné.

2. Utilisation des IQSS pendant la visite de certification

Le résultat des indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) portant sur tout ou partie des exigences d'un critère d'évaluation est mobilisé en visite par les experts-visiteurs. Il s'agit d'évaluer :

- d'une part :
  - l'effectivité du recueil, du partage, de l'analyse et de l'exploitation ;
  - la mise en place de plans d'amélioration ;
- d'autre part :
  - la concordance des résultats des évaluations avec les indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Ce point doit tenir compte de la date de diffusion du résultat de l'indicateur par rapport à la date de visite. Un écart temporel peut expliquer une discordance.

En cas de discordance, les experts-visiteurs approfondissent l'évaluation et celle-ci sera mentionnée dans les synthèses du rapport de fin de visite.

D'autres données chiffrées mobilisables, importées des bases nationales (SAE, PMSI, ARHGOS, HOP'EN…), peuvent compléter ces indicateurs.

Exemple 1 : le dernier résultat de l'indicateur : taux de satisfaction e-Satis-CA « Organisation de la sortie » est de 70 %. L'évaluateur qui réalise un parcours en chirurgie ambulatoire utilisera, lors de l'entretien avec les professionnels, ce résultat pour apprécier les deux éléments d'évaluation du critère 2.4-03 (Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins) sur l'analyse et la mise en place d'actions d'amélioration.

Exemple 2 : le dernier résultat de l'indicateur : « Consommation de solutions hydro-alcooliques en secteur MCO / HAD /SSR » est positionné en classe A. Or, les observations réalisées font remonter une absence de gel hydro-alcoolique aux endroits le nécessitant, des flacons non datés… Il existe alors une discordance entre le résultat de l'indicateur et les constats réalisés en visite que l'équipe d'experts- visiteurs va devoir explorer pour apprécier au plus juste les réponses au critère 2.3-10 (Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains).

Prise en compte de l'absence de recueil ou de résultats non validés suite à un contrôle ARS

Du fait de l'utilisation croissante des indicateurs (diffusion publique aux usagers, tableaux de bord de pilotage, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), dispositifs d'incitation financière à la qualité (IFAQ)…), un contrôle qualité de leur recueil est effectué. Depuis 2013, une orientation nationale inspection-contrôle de l'IGAS coordonnée par la DGOS et la HAS s'applique à l'ensemble des indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins diffusés publiquement. Le principe de ce contrôle qualité du recueil des IQSS diffusés publiquement est de s'assurer de la fiabilité de l'autoévaluation réalisée lors des campagnes nationales de mesure, par l'utilisation d'une procédure de contrôle aléatoire. Le champ de cette inspection vise chaque année jusqu'à 25 % des établissements de santé, ayant réalisé le recueil, par région : la moitié est tirée au sort aléatoirement et l'autre moitié est au choix de l'ARS. Le recueil des indicateurs peut être non validé par le contrôle : dans ce cas le résultat est annulé.

Lorsqu'un IQSS n'est pas recueilli ou que son résultat a été invalidé à la suite du contrôle ARS, la réponse aux éléments d'évaluation des critères appréciés par les experts-visiteurs lors d'un parcours traceur, est automatiquement une réponse « Non ». Cela est susceptible de générer une fiche anomalie pour les critères impératifs.

Fiche pratique opératoire_V5

Comment remplir une fiche anomalie ?

Cibles prioritaires **EV – ES – RU**

Objectifs de la fiche

Cette fiche définit une fiche anomalie et présente les modalités de son remplissage.

Pour bien commencer

Pour rappel, chaque élément d'évaluation est coté « Oui », « Non », « Non applicable » ou pour le patient traceur « Réponse inappropriée ». Une fiche anomalie est générée dans CALISTA, si pour un critère impératif, lors d'une séquence d'évaluation, l'ensemble des éléments d'évaluation attachés à ce critère obtient une réponse « non » (hors réponse non applicable). Une anomalie peut entraîner une note zéro au critère concerné et être à l'origine de la non-certification de l'établissement.

En pratique

Dans le cadre d'une évaluation

Lorsqu'une fiche est générée, sont automatiquement repris des éléments sur l'identité de l'évaluateur, le site où se déroule l'évaluation, le type de méthode source de l'évaluation.

L'évaluateur doit compléter d'autres parties :

- la description de l'anomalie qui doit être la plus précise possible afin de comprendre la situation ;
- l'évaluation des risques engendrés par l'anomalie constatée (impact potentiel sur le patient, les professionnels ou l'environnement) ;
- la connaissance par l'établissement du problème soulevé. Pour ce faire, l'évaluateur doit répondre à plusieurs questions :
  - L'établissement a-t-il connaissance de cette anomalie ?
  - Existe-t-il des dispositifs de maîtrise du risque généré par l'anomalie (formation, sensibilisation, procédure…) ?
  - L'ES a-t-il analysé les causes de cette anomalie pour choisir la ou les actions d'amélioration le plus à même d'agir efficacement sur la cause ?
  - Des actions sont-elles inscrites dans un programme d'action avec un pilote et des échéances ? Si oui, lesquelles ? Les échéances sont-elles cohérentes au regard du risque généré par l'anomalie ?
  - Des évaluations et/ou un suivi sont-ils régulièrement réalisés pour s'assurer de l'efficacité des actions ?
  - Les actions sont-elles efficaces pour réduire la fréquence et/ou la gravité du risque ?

Dans le cadre de la visite, le coordonnateur vérifie les informations et commente l'anomalie.

Lorsque l'établissement réalise une évaluation en utilisant les ressources de CALISTA, une fiche anomalie peut être générée dans les mêmes conditions. Charge à lui de définir comment il souhaite traiter la fiche dans le cadre de sa démarche d'amélioration de la qualité et des risques.

En phase post-visite, l'établissement est invité, dans le cadre de la phase d'observations, à apporter ses commentaires sur l'anomalie constatée.

La fiche anomalie et les observations de l'établissement sont étudiées par la HAS qui statue sur la cotation du critère.

Fiche pratique opératoire_V6

Comment est calculée la cotation des éléments du référentiel ?

Cibles prioritaires EV – ES – RU

Objectifs de la fiche

Cette fiche explique le système de cotation des critères, objectifs et chapitres du référentiel et d'attribution de la note globale de satisfaction aux attendus du référentiel.

Pour bien commencer

La mesure de l'atteinte des attendus du référentiel se fait par la mise en œuvre de séquences d'évaluation par type de méthode et adaptées au profil du traceur selon les critères qui lui sont applicables. À chaque séquence correspond une grille d'évaluation générée par CALISTA. Cette grille intègre, pour chaque méthode, les éléments d'évaluation de tous les critères génériques et spécifiques à l'établissement.

Ce qu'il faut savoir

Le dispositif de cotation se construit par étapes ; à partir de l'agrégation des résultats des éléments d'évaluation puis par un calcul de moyenne successif de ceux-ci par critère, par objectif, dont résultera la note globale de satisfaction au référentiel de l'établissement. Tous les résultats s'expriment en pourcentage.

Étape 1 : l'intégration des résultats d'un élément d'évaluation d'un critère

Pour chaque élément d'évaluation, dans une grille, l'évaluateur coche :

- « Oui » si l'élément d'évaluation est satisfait ;
- « Non » si l'élément d'évaluation est non satisfait ;
- « NA » lorsque l'élément d'évaluation est non applicable à la situation de l'évaluation ou que l'évaluateur n'est pas en mesure de l'évaluer ;
- « RI » lorsque le patient donne une réponse inappropriée à l'évaluateur.

Le résultat d'un élément d'évaluation est obtenu en agrégeant toutes les évaluations de cet élément pour toutes les séquences réalisées. Il comptabilise le ratio rapporté à 100 : nb d'évaluations positives/nb d'évaluations. Les réponses « Non applicable » ou « Réponse inadaptée » ne sont pas comptabilisées et donc n'affectent pas la note globale obtenue.

Exemple : pour un élément d'évaluation, les évaluateurs réalisent 12 patients traceurs. Ils obtiennent donc 12 réponses : huit « Oui » et deux « Non », une « non applicable », une « Réponse inadaptée ». Le résultat de l'élément d'évaluation est donc de 80 % (huit « Oui » pour dix réponses valides : « Oui » ou « Non »).

Étape 2 : la cotation d'un critère

Elle est obtenue en calculant la moyenne des notes attribuées à ses éléments d'évaluation.

Étape 3 : la cotation d'un objectif

Elle est obtenue en calculant la moyenne des notes attribuées à ses critères standard et impératifs. Les notes des critères avancés n'entrent pas dans cette cotation. Ils sont pris en compte pour attribuer une mention à l'établissement certifié.

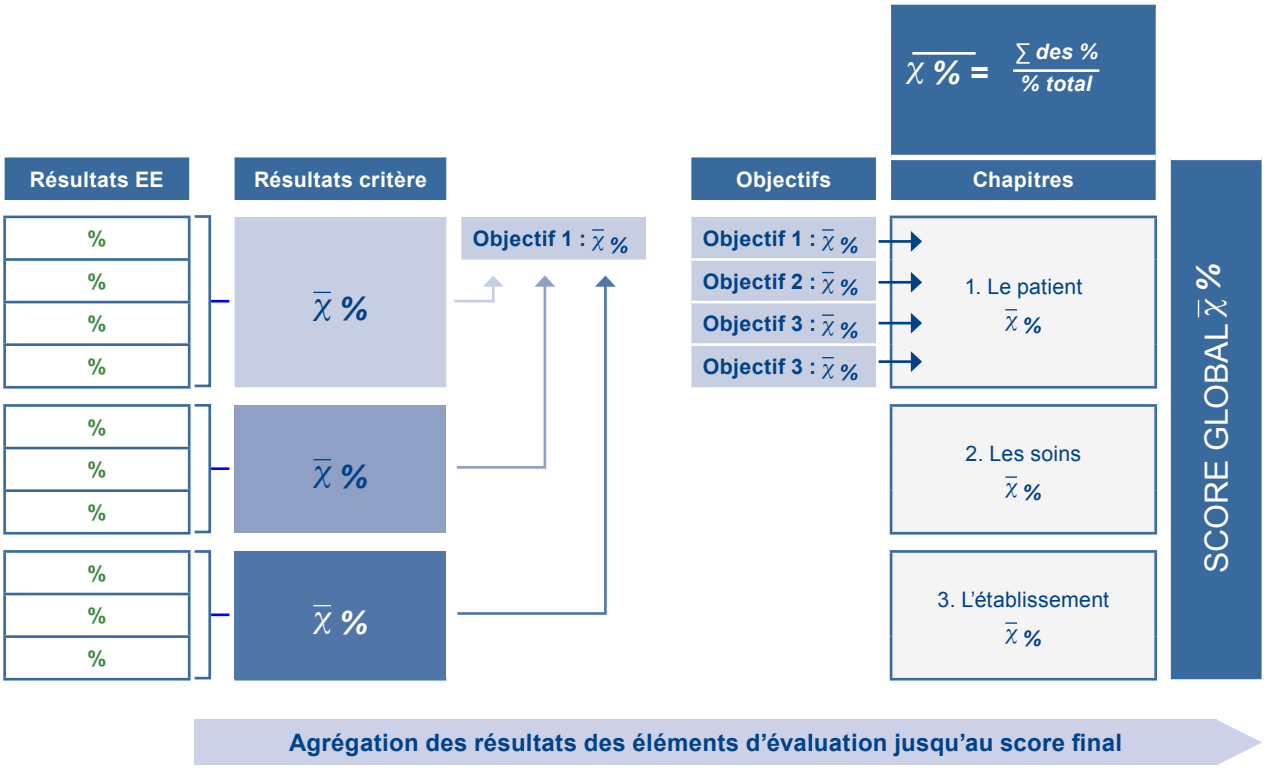
Étape 4 : la cotation d'un chapitre

Elle est obtenue en calculant la moyenne des notes attribuées à ses objectifs.

Étape 5 : la note globale de l'établissement

Elle correspond à la moyenne des notes des trois chapitres. Le résultat est déterminé si et seulement si l'ensemble des éléments d'évaluation des critères applicables à l'établissement dispose d'une note.

Le schéma ci-dessous présente de manière illustrée le dispositif.



Fiche pratique informative_V7

Règles de rédaction des synthèses du rapport de visite

Cibles prioritaires **EV – ES – RU**

Objectifs de la fiche

Cette fiche présente les principes de rédaction des synthèses du rapport de visite.

Pour bien commencer

Une synthèse est rédigée pour chacun des trois chapitres :

- Le patient ;
- Les équipes de soins;
- L'établissement.

Ces synthèses sont intégrées dans le rapport de certification publié sur le site Internet de la HAS.

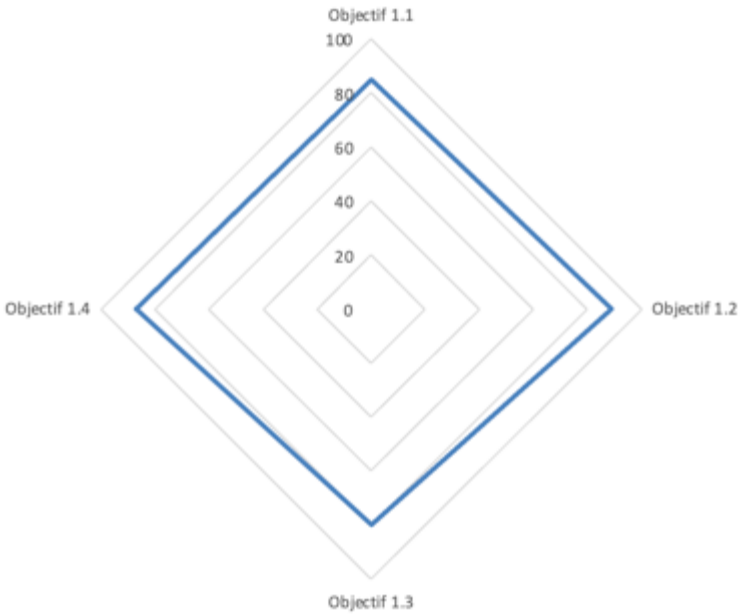
Ce qu'il faut savoir

Le coordonnateur, chargé de la rédaction de la synthèse, s'appuie sur :

- les résultats des évaluations restitués sous forme de radar .
- les éventuelles fiches anomalies ;
- les échanges que l'équipe a eu avec les professionnels et les patients au fil de la visite ;
- les consultations documentaires ;
- etc.

CALISTA permet d'obtenir une visualisation graphique des résultats au niveau du chapitre.

Exemple : chapitre 1 – Le patient



La synthèse explique et illustre les évaluations faites pendant la visite en support des représentations graphiques produites sous forme de radar. Par exemple, le radar indique 85 % de satisfaction sur *« objectif 1.1 – Le patient est informé et son implication est recherchée »*. Or, il s'avère que les 15 % de satisfaction « manquants » concernent principalement les personnes âgées dont l'implication dans leur prise en charge est peu recherchée.

Seul, le radar ne permet pas de le comprendre, d'où l'utilité de la synthèse.

La synthèse doit donc illustrer les actions mises en place qui expliquent les 85 % de satisfaction (participation du patient à la définition du projet de soin, éducation thérapeutique, participation à la réflexion bénéfice/risque, …) mais doit également préciser que ces résultats concernent principalement les adultes et peu les personnes âgées.

S'il existe des fiches anomalies, elles n'ont pas vocation à être reprises intégralement dans la synthèse. Un résumé des faits, des risques qu'ils engendrent pour le patient/les professionnels, et des actions mises en place par l'établissement pour réduire ces risques suffira.

Attention : la synthèse ne doit pas répéter sous forme littérale les données chiffrées des radars.
Par exemple, il ne faut pas écrire *« Pour l'objectif 2.2, l'établissement obtient 78 % de satisfaction »*.
Cette information est déjà lisible sur le radar, il n'est pas utile de la répéter.

La synthèse est également l'occasion de souligner la cohérence d'appréciation entre les différents dispositifs d'évaluations externes, prioritairement les indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS).

Si les données chiffrées (exprimées dans les radars) sont cohérentes avec les résultats des IQSS, cela doit être précisé dans la synthèse. Dans le cas contraire, la synthèse expliquera l'écart entre ce qui est constaté en visite et les résultats des indicateurs.

La synthèse est également l'occasion de dire que les résultats obtenus pendant la visite de certification sont en cohérence avec les constats réalisés lors d'une visite de l'Agence Régionale de santé, du Contrôleur général des lieux de privation de libertés, etc.

Dans les 15 jours qui suivent la visite, le coordonnateur envoie à l'établissement le rapport de visite. Ce rapport de visite comporte les résultats restitués sous forme de radar, les synthèses sur chaque chapitre et les éventuelles fiches anomalies. Il est envoyé directement du coordonnateur à l'établissement sans relecture par la HAS ou par un prestataire de correction orthographique.

À réception, l'établissement dispose de 1 mois pour faire des observations sur la synthèse et sur les éventuelles fiches anomalies. Il peut également rédiger une analyse des résultats restitués sous forme de radar.

À réception des observations de l'établissement et de son analyse des résultats, le coordonnateur et le chef de projet préparent le pré-rapport de certification. Ce pré-rapport est rédigé sur la base du rapport de visite, des observations de l'établissement et de son analyse des résultats. Ce pré-rapport est ensuite transmis à la Commission de certification pour qu'elle prenne sa décision.

Conseils et bonnes pratiques de rédaction

- La synthèse doit être adaptée à chaque cible : que cherche à savoir un patient qui lit la synthèse du chapitre 1 ? Que cherche à savoir une équipe de soins qui lit la synthèse du chapitre 2 ? Que cherche à savoir une gouvernance (administrative, médicale et soignante) qui lit le chapitre 3 ?
- La synthèse est publiée sur le site Internet de la HAS et donc disponible pour le grand public. Elle doit être rédigée dans un langage précis, clair, accessible, mesuré (pas trop prudent, sans jugement de valeur…). Elle ne doit pas comporter d'acronyme non détaillé au moins une fois.
- La synthèse ne doit pas être prescriptive (« L'établissement devrait… », « Il aurait fallu que… »), ni orienter l'établissement sur des méthodes. En effet, cette certification étant orientée vers le résultat, l'établissement est libre d'utiliser la méthode qu'il souhaite pour l'atteindre.
- La synthèse ne doit pas être « méthodologiste » : elle ne doit pas faire référence aux méthodes mobilisées pendant la visite. Ainsi, il faudra éviter les formules « dans le cadre du patient traceur n° 4 », « Lors des audits système, les professionnels… ». Il sera préféré des formulations « Lors de rencontres avec des patients », « Lors de rencontres avec des professionnels du service de pneumologie », etc.
- Chaque chapitre étant structuré par objectifs, le coordonnateur qui rédige la synthèse peut s'appuyer sur cette structuration pour construire son plan.
- Il n'est pas nécessaire que la synthèse fasse état de tous les critères qui composent le chapitre. Dans certains cas, le résultat chiffré se suffit à lui-même et la rédaction n'apportera rien de plus.

Fiche pratique opératoire_V8

Comment exprimer sa satisfaction sur le déroulement de la visite ?

Cibles prioritaires EV – ES – RU

Objectifs de la fiche

Cette fiche présente les modalités d'expression de la satisfaction de l'établissement sur le déroulé de la visite à l'issue de sa réalisation.

En pratique

À l'issue de la visite, l'établissement est invité à remplir le questionnaire de satisfaction sur le déroulement de la visite de certification dans CALISTA. Il dispose de 6 semaines pour le renseigner. À défaut, il sera dans l'impossibilité de transmettre à la HAS ses observations sur le rapport de visite qui lui a été transmis.

Quels sont les sujets concernés ?

Trois thèmes sont ciblés dans le questionnaire :

- le planning de visite : respect global, anticipation des ajustements en visite, adaptation
- la pédagogie des experts-visiteurs : appréciation de la clarté des explications (sur les objectifs de la visite, sur les attendus du référentiel, dans les restitutions…) ;
- les investigations : appréciation sur la conduite des méthodes (respect méthodologique) et sur la communication et la qualité des échanges entre les professionnels et les experts-visiteurs, dans le respect de la charte de déontologie de l'expert-visiteur.

Pour ces trois thèmes, une échelle à quatre niveaux est utilisée (de pas du tout satisfait à très satisfait).

En complément, une cotation de la satisfaction globale sur le déroulement de la visite est demandée via une échelle à 10 niveaux (0 = pas du tout satisfait à 10 = tout à fait satisfait).

Pour conclure, un commentaire sous forme de texte libre est obligatoire au cas où une appréciation correspond à « pas du tout », «plutôt satisfait» ou si la note de la satisfaction globale est inférieure à 5. Le commentaire est facultatif dans les autres cas.

Fiche pratique opératoire_V9

Comment formuler et adresser ses observations à la HAS ?

Cibles prioritaires **EV – ES – RU**

Objectifs de la fiche

Cette fiche précise les attendus en matière d'observations au rapport de visite.

Pour bien commencer

À réception du rapport de visite, l'établissement dispose de 1 mois pour commenter et formuler ses observations sur le rapport de visite des experts-visiteurs. Cette étape se déroule dans CALISTA. Sa mise en œuvre est assujettie à la réponse au questionnaire de satisfaction proposé à l'issue de la visite.

En pratique

L'établissement peut rédiger une analyse du compte qualité des experts-visiteurs. En effet, à l'instar de la synthèse rédigée par les experts-visiteurs sur chaque chapitre, l'établissement peut rédiger une analyse de ses résultats en soulignant ses points forts, ses axes d'amélioration, la cohérence ou l'incohérence entre les résultats de la visite et la valeur des IQSS, etc.

En parallèle, l'établissement peut formuler des observations sur les analyses faites par les experts-visiteurs sur chaque chapitre et les éventuelles fiches d'anomalies. Ces observations peuvent porter sur des erreurs ou des formulations inadéquates.

Les observations ne peuvent pas porter sur les réponses aux grilles d'évaluation complétées pendant la visite.

Les observations ne peuvent s'appuyer que sur la période de la visite et non sur des faits postérieurs à celle-ci, des documents de preuve peuvent les étayer et être joints en document annexe.

La phase de traitement et d'analyse des observations est conduite par le chef de projet en charge de la démarche en collaboration avec le coordonnateur de la visite et, le cas échéant, la Commission de certification des établissements de santé afin de décider si les observations doivent être acceptées, acceptées partiellement ou refusées. Ils s'appuient sur les éléments de preuve que l'établissement de santé a jugé utile de joindre.

Ainsi, le rapport de visite est complété, corrigé ou conforté au regard des arbitrages vis-à-vis des observations de l'établissement pour produire un pré-rapport. Ce pré-rapport permet à la Commission de certification d'adopter le rapport de certification et rendre sa décision.

Retours d'expérience

Nous vous conseillons de joindre des documents de preuve pour étayer vos observations.

Nous vous conseillons de structurer vos observations en trois parties :
- votre argumentaire précisant en quoi la formulation est inadéquate ou erronée ;
- votre souhait. Par exemple : suppression de la phrase « XXX », reformulation de la phrase « XXX » en « YYY », ajout de « ZZZ » après/avant la phrase « WWW » ;
- la liste des éventuels documents de preuve liés à votre argumentaire.

Fiche pratique opératoire_V10

Comment formuler et adresser ses observations à la HAS ?

Cibles prioritaires EV – ES – RU

Objectifs de la fiche

Comment est mesurée la satisfaction des experts-visiteurs sur le déroulement de la mission ?

Pour bien commencer

Il s'agit d'un recueil de données provenant de différentes sources (chef de projet, établissement, experts-visiteurs [EV, MPT, coordonnateur] et dont les résultats agrégés et analysés permettront de mesurer la satisfaction des différentes parties prenantes sur la réalisation de la mission.

Ces données sont recueillies sous la forme de questionnaires disponibles dans CALISTA et qui portent sur :

- l'appréciation de la préparation, du déroulement de la visite ;
- la réalisation de la mission par l'équipe.

Il y a quatre échelles pour les modalités de réponse :

1 – Très difficile, **2 –** Difficile, **3 –** Favorable, **4 –** Très favorable
1 – Pas du tout satisfait, **2 –** Plutôt satisfait, **3 –** Satisfait, **4 –** Tout à fait satisfait
1 – Pas du tout d'accord, **2 –** Plutôt d'accord, **3 –** D'accord, **4 –** Tout à fait d'accord

Échelle à 1 niveaux (0 = pas du tout satisfait à 10 = tout à fait satisfait)

En pratique

Mesure de la satisfaction du chef de projet HAS (correspondant de l'établissement)

À l'issue de la visite, le chef de projet évalue :

- le respect des délais pour les livrables attendus avant (calendrier…) et après la visite (rapport de visite) ;
- la qualité rédactionnelle des fiches anomalie et des synthèses par chapitre ; l'objectif étant de comprendre la problématique avec le moins d'intervention possible de la part du CP.

À défaut de remplissage du questionnaire, le CP ne pourra pas inscrire le dossier à l'ordre du jour de la CCES.

Mesure de la satisfaction de l'établissement

Les éléments d'appréciation sont présentés dans la fiche V8.

Mesure de la satisfaction de l'expert-visiteur et du médecin centré patient traceur

À l'issue de la visite, chaque expert-visiteur et chaque médecin centré patient traceur missionnés expriment leur avis sur :

- la qualité des données préparatoires à la visite en évaluant si elles ont été suffisantes pour la bonne conduite des évaluations qui ont été confiées ;
- le contexte de la visite (accueil, adhésion des équipes de terrain et encadrantes de l'établissement) ;
- les conditions de l'hébergement hôtelier ;

- la coordination des séquences d'échanges entre experts-visiteurs ;
- le déroulement global de la visite ;
- la formation suivie, dans l'objectif de savoir si elle était adaptée pour le bon accomplissement de la mission.

Remplir le questionnaire de satisfaction à l'issue de chaque visite effectuée est un attendu obligatoire de la mission d'expert-visiteur.

Mesure de la satisfaction du coordonnateur de la visite

À l'issue de la visite, le coordonnateur exprime sa satisfaction, comme les autres experts, sur :

- la qualité des données préparatoires à la visite, en évaluant si elles ont été suffisantes pour la bonne conduite des évaluations confiées ;
- le contexte de la visite (Accueil, adhésion des équipes terrain et encadrantes de l'établissement) ;
- les conditions de l'hébergement hôtelier ;
- le déroulement de la visite ;
- la formation suivie dans l'objectif de savoir si elle était adaptée pour le bon accomplissement de la mission.

À ces éléments s'ajoute, pour chaque expert, un éventuel conseil en développement de compétences pour la bonne réalisation de ses prochaines missions (Préparation de visite ; Conduite des méthodes d'évaluation ; Restitution synthétique du résultat des évaluations ; Qualification et argumentation des fiches anomalies ; Communication).

Si le coordonnateur ne remplit pas le questionnaire de satisfaction proposé, il ne peut communiquer le rapport de visite à l'établissement.

> La HAS agrège les résultats, produit une analyse par visite et en global, et met en place, le cas échéant, des actions pour améliorer la satisfaction de chaque partie prenante.

Fiche pratique informative_IU1

Les représentants des usagers dans la certification pour la Qualité des soins

Cibles prioritaires RU

Objectifs de la fiche

Cette fiche vise à décrire les éléments de contexte et enjeux relatifs à l'implication des représentants des usagers dans la certification.

Pour bien commencer

« Faire de l'engagement des usagers une priorité » compose l'axe 2 du projet stratégique 2019-2024 de la HAS. Ainsi, l'engagement du patient est un des enjeux structurants du référentiel de la nouvelle version de certification.

Ce qu'il faut savoir

La loi du 4 mars 2002 a consacré les droits pour les patients. Au-delà des aspects réglementaires, c'est l'ensemble du positionnement du patient qui a évolué au cours de ces dernières années. D'un individu passif dans sa prise en charge, celui-ci a évolué vers un patient disposant de droits, puis enfin à un patient partenaire dans sa prise en charge, voire dans certains cas un patient-expert ou un pair aidant.

Cette évolution a été accompagnée, au sein de chaque établissement de santé, par la commission des usagers (CDU), chargée de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la sécurité des soins des patients.

> Il est donc essentiel pour la HAS de renforcer l'engagement des patients dans la certification en appréciant les modalités déployées au sein des établissements de santé sur le sujet et en renforçant l'implication des représentants des usagers (RU) dans la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement et à toutes les étapes de la procédure de certification.

Au-delà de cet enjeu sur l'engagement du patient, d'autres enjeux ont guidé le développement de la certification.

Le développement de la culture de la pertinence intéresse les usagers car au-delà des coûts entraînés par les examens et actes inutiles estimés de 25 % à 30 %, il en va de la sécurité du patient si le professionnel lui fait prendre des risques inutilement. L'enjeu est donc individuel et collectif. Après avoir amélioré les soins, les accompagnements et les parcours, les professionnels, au regard des résultats obtenus, doivent se poser maintenant les questions suivantes :

- Les soins délivrés étaient-ils tous utiles ?
- Y avait-il une alternative ?
- Les soins délivrés ont-ils toujours été bénéfiques ?
- Le patient a-t il participé à la décision ?
- Le patient a-t il été suffisamment informé ?

Les gouvernances peuvent se poser des questions similaires dans le champ des orientations stratégiques au regard des responsabilités qu'elles ont pour répondre aux besoins de la population.

Le développement du travail en équipe : c'est la partie de l'iceberg que l'usager ne voit pas. Mais bien des études ont montré que les résultats pour le patient dépendent bien de la coordination des professionnels entre eux, du partage des informations et du fonctionnement dans l'équipe.

Fiche pratique informative_IU1

L'évolution du système de santé conduit aussi à une indispensable coordination territoriale entre offreurs de santé sanitaires et médico-sociaux quels que soient leurs lieux d'exercice, leur statut (public, privé à but lucratif ou pas) ou leur organisation (groupement).

Il est décidé qu'à l'instar de la V2014, la HAS met à disposition des usagers et de leurs représentants des éléments informatifs et méthodologiques concernant le référentiel, les modalités opérationnelles de la procédure, les diverses modalités d'engagement des patients.

Ces éléments complètent la recommandation relative à l'engagement du patient au sein du système de santé en cours d'élaboration par le service engagement des usagers de la HAS.

> Ces fiches pratiques sont élaborées par et pour les représentants des usagers. Mais elles intéressent aussi les professionnels des établissements de santé, ainsi que les experts-visiteurs (EV) lors de la visite de certification.

Un support d'information et de communication synthétique sous forme d'un diaporama est mis à disposition sur le site Internet de la HAS à destination des représentants des usagers.

Fiche pratique opératoire_IU2

Oser s'impliquer dans la certification, pourquoi, comment ?

Cibles prioritaires RU

Objectifs de la fiche

Cette fiche explique l'intérêt et ce qu'il convient de faire pour s'impliquer dans la certification afin de faire valoir le point de vue des usagers.

L'implication des représentants des usagers : pourquoi ?

La HAS, au fil des précédentes versions, a favorisé l'implication des représentants des usagers puis plus largement d'autres profils d'usagers. Le partenariat est devenu essentiel entre les représentants des usagers, les associations, les professionnels de santé et les responsables managériaux.

Il est indispensable pour la HAS que les représentants des usagers puissent prendre pleinement leur place dans la certification pour que leur engagement dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins garde tout son sens. Cela nécessite d'accompagner cette expression afin qu'elle trouve place non seulement dans la certification mais également dans la démarche et la politique des établissements au quotidien.

> **L'implication des représentants des usagers dans la procédure de certification contribue à la transparence de la procédure et favorise la confiance en la certification.**

La participation des représentants des usagers aux démarches internes d'évaluation et d'amélioration avant la visite renforce la finesse de l'évaluation réalisée dans la mesure où elle permet d'analyser les choses, certes sur la base d'indicateurs, mais avec des points de vue ou regards de nature différente, qui, en les croisant avec ceux des professionnels, permettent d'obtenir une photographie plus complète de la situation de l'établissement, de ses forces et de ses faiblesses.

Le représentant des usagers peut jouer un rôle dans l'information sur l'existence et les enjeux de la certification auprès du grand public.

À terme, cette collaboration s'avère gagnant-gagnant : la procédure gagne en crédibilité et le représentant des usagers en légitimité.

L'implication des représentants des usagers dans la certification participe à l'ouverture d'un nouvel espace de dialogue et d'information lié à la démarche qualité et sécurité des soins et à la promotion des approches centrées sur le patient.

L'objectif de la certification vise une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et de la prise en charge des patients et est de fait en adéquation avec les missions de la CDU.

Les enjeux de la qualité ne se traitent pas uniquement par un abord technique ou professionnel ; ils nécessitent d'être mis en discussion au regard des questions de l'usager, impliquant de ce fait l'expression d'un point de vue extérieur, d'un regard complémentaire.

L'implication des représentants des usagers permet d'enrichir la mise en œuvre des méthodes, notamment celle du patient traceur. Porte-parole de l'expérience et des attentes des usagers, les représentants des usagers s'assurent de la prise en compte de l'expression des usagers et de la valeur accordée à leur vécu, lors d'un parcours de soins ou d'une consultation.

L'implication des représentants des usagers dans la certification renforce leur engagement dans les droits collectifs et individuels des usagers.

Elle favorise la construction d'une dynamique pour faire connaître et faire évoluer l'application des droits des usagers dans les cultures professionnelles et les établissements.

Elle favorise la collaboration et le décloisonnement de deux mondes qui doivent mieux se connaître, représentants des usagers et professionnels de l'établissement, pour construire un partenariat autour des enjeux de qualité et de sécurité des soins et avec des valeurs communes (respect mutuel, transparence…) dont la résultante est la confiance.

En pratique

Osez vous impliquer dans la certification !

Étapes	Description
Inscrivez-vous dans une dynamique collective	Tous les représentants des usagers de l'établissement et les bénévoles associatifs sont concernés.
Collaborez avec les professionnels	La démarche de certification, qui conduit à faire un « arrêt sur image » tous les 4 ans avec la visite des experts-visiteurs, permet de renforcer les liens existants et d'en créer de nouveaux en collaborant au quotidien en toute confiance.
Impliquez-vous	N'hésitez pas à interpeller l'institution pour comprendre, pour participer et répondre à ses sollicitations. Impliquez-vous au fil du temps dans les démarches intermédiaires qui préfigurent la visite (recommandations de la commission des usagers [CDU], évaluations internes…).
Faites en fonction de vos objectifs et de vos moyens	Choisissez en priorité dans le référentiel ce pourquoi vous êtes là : – la place laissée à l'expression du patient et/ou de ses proches pour permettre leur engagement et leur participation ; – la place laissée à la représentation des usagers et aux associations de patients ou d'accompagnement dans la stratégie mise en place pour répondre aux besoins de santé de la population de son territoire ; – la garantie de l'accessibilité et de la sécurité des soins des usagers.
Assurez-vous d'avoir des données factuelles	Veillez en CDU à avoir les informations qui concernent cette instance et à avoir des données factuelles. Veillez à suivre les évolutions de l'évaluation interne sur les critères que vous aurez priorisés au regard des résultats pour le patient.
Soyez force de proposition dans le cadre de votre mandat	Vous n'êtes pas des professionnels de santé mais vous devez faire valoir vos propres compétences et être en capacité de mettre en évidence des éléments positifs et des dysfonctionnements du point de vue des usagers.

Les sources d'information mobilisables par les représentants des usagers pour pouvoir s'impliquer

L'accès réglementaire et légitime à certaines sources d'information peut nécessiter parfois une argumentation et une négociation avec les professionnels de santé. Sa formalisation dans le règlement intérieur de la CDU facilite les choses. Le précédent guide de la HAS « S'impliquer dans la certification pour faire valoir le point de vue des usagers » (juillet 2015), destiné aux représentants des usagers, fait un inventaire des sources d'information possibles et mobilisables par ces représentants. Ces sources d'information et points de vigilance sont toujours d'actualité.

Au travers des résultats qu'elles produisent et qu'elles reflètent, elles permettent de prendre en compte factuellement les retours d'expérience des usagers et de leurs représentants pour ce qui est de leur place dans la vie institutionnelle :

- engagement des uns rendu possible par les conditions dans lesquelles ils sont placés pour faire face à des situations qui les rendent toujours vulnérables (respect des droits, expression d'une institution bienveillante et pas seulement une manifestation militante utilisée en dernier ressort) ;
- implication des autres dans le cadre d'un engagement citoyen.

L'implication des représentants des usagers est effective si :

- ils sont informés dans un langage accessible ;
- ils sont écoutés et consultés ;
- ils sont sollicités pour participer ;
- ils s'inscrivent dans la dynamique lorsqu'ils sont sollicités ;
- ils sont force de proposition ;
- leur avis est pris en compte ;
- ils ont accès aux résultats.

Le rapport de la CDU d'après les recommandations du ministère comprend deux parties.

L'analyse des données issues de l'expression des usagers :

- les retours d'expérience du patient : courriers, prems proms, enquêtes… e-Satis MCO, e-Satis. (chirurgie ambulatoire, enquête de satisfaction dans d'autres secteurs) ;
- les CR de la CDU et le rapport ;
- les observations des associations et les recueils auprès des usagers dans les permanences ;
- les observations des patients experts engagés dans des programmes d'ETP ;
- les résultats de l'évaluation externe HAS ;
- les autres occasions de recueil de l'expression des usagers : les réclamations indemnitaires, les résultats des « patients traceurs » et les actions entreprises.

L'analyse des données issues de l'activité de l'établissement

- les événements indésirables et événements indésirables graves ;
- les IQSS ;
- la prise en charge de la douleur ;
- les résultats des évaluations portant sur le respect des droits diligentées par les professionnels : patients traceurs, analyse des EIAS, recherche de la personne de confiance ou des directives anticipées, taux de remise de la lettre de liaison à la sortie, etc.
- les délais d'attente, etc.

Pour aller plus loin

Un document est à disposition sur le site Internet de la HAS :

- Guide HAS de juillet 2015 à destination des représentants des usagers (RUs), « S'impliquer dans la certification pour faire valoir le point de vue des usagers »

Fiche pratique informative_IU3

Implication des représentants des usagers dans la certification depuis la V1

Cibles prioritaires RU

Objectifs de la fiche

Cette fiche retrace l'historique de l'implication des représentants des usagers dans la certification depuis la V1.

Pour bien commencer

La HAS a toujours privilégié la promotion des droits des patients et l'association des usagers, des représentants institutionnels, des associations de patients, dans le cadre des différentes versions de la certification, consciente de l'important levier qu'ils représentent en termes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Ce qu'il faut savoir

Dès la première version du manuel de certification, tout un chapitre du référentiel portait sur les droits et l'information du patient. Dès la deuxième version, un critère relatif à la participation des usagers à la politique d'amélioration des services rendus de l'établissement a été créé.

Quant au manuel V2010, applicable pour la troisième et quatrième version, les exigences ont été renforcées, soutenant une implication des usagers, de leurs représentants et des associations.

Il est attendu que l'implication des usagers soit effective à trois niveaux :

- celui de la représentation institutionnelle, notamment dans le cadre de la CDU ;
- celui de l'action des associations conventionnées avec l'établissement (associations de patients, de visite, d'accompagnement de personnes handicapées, de consommateurs et de familles) ;
- celui de l'écoute et du recueil des attentes des usagers. L'élaboration des projets de l'établissement est l'occasion d'entendre les usagers eux-mêmes selon des modalités qui peuvent être diverses : sondages ou enquêtes spécifiques, focus group, jury citoyen, etc.

Dans le cadre des différentes versions, les consignes méthodologiques transmises aux établissements dans leur phase d'autoévaluation préconisaient puis ont imposé la participation des usagers aux groupes d'autoévaluation ou au compte qualité.

Cette participation était une condition de satisfaction à la procédure pour la deuxième version.

Quant à la visite de certification réalisée par les experts-visiteurs, la participation des représentants des usagers a été renforcée et s'organise actuellement en V2014 de la façon suivante :

- présence à la rencontre d'ouverture et au bilan de fin de visite ;
- un temps de rencontre de 1 heure planifié au début de la visite pour permettre aux représentants des usagers de présenter leur analyse de la situation sur les principales thématiques investiguées en visite ;
- une rencontre lors des audits processus si les représentants des usagers ont été associés au pilotage de la thématique, ce qui peut être le cas notamment pour la thématique « Droits des patients » ;
- présence aux bilans journaliers à l'initiative du directeur.

Fiche pratique informative_IU3

Une enquête a été réalisée en 2016 auprès des représentants des usagers, des établissements de santé et des experts-visiteurs, pour mieux appréhender les différentes modalités et le niveau d'implication des représentants des usagers dans les démarches qualité en général et dans la certification des établissements de santé en particulier.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2708167/fr/faire-valoir-le-point-de-vue-des-usagers-dans-la-certification

Les résultats ont montré :

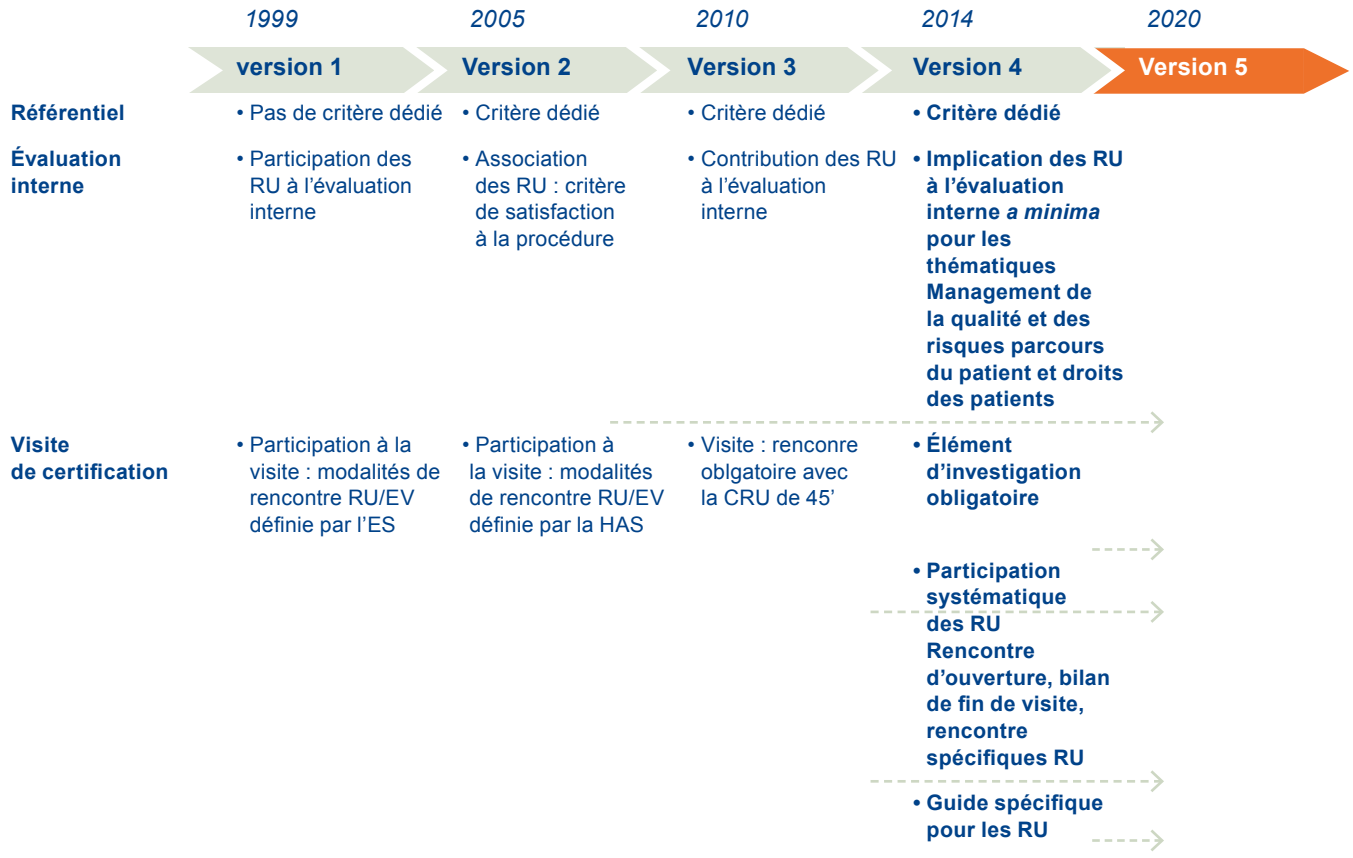
- une participation croissante des représentants des usagers, encore majoritairement ancrée sur la thématique du droit des patients mais qui tend à s'élargir aux thèmes liés au parcours du patient, au management de la qualité et à la gestion des risques, à la douleur et à la fin de vie ;
- un engagement croissant des représentants des usagers dans le processus de certification, mais dont la valorisation reste insuffisante ;
- une convergence de points de vue entre les représentants des usagers et les établissements pour établir un constat positif mais une appréciation plus réservée de la part des experts-visiteurs.

Sur la base de ces résultats, des retours d'expérience, des évolutions sociétales marquées par une implication croissante des usagers, la HAS poursuit ses travaux pour soutenir cette politique et accroître l'implication des représentants des usagers.

Ainsi, dans le cadre de la certification, le développement de l'engagement des patients est un des enjeux structurant le référentiel.

> Il est donc essentiel pour la HAS de promouvoir l'engagement des patients dans la certification en appréciant les modalités déployées au sein des établissements de santé sur le sujet et en renforçant l'implication des représentants des usagers (RU) dans la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement et à toutes les étapes de la procédure de certification.

L'implication des représentants d'usagers depuis 1999



Fiche pratique informative_IU4

Les représentants des usagers à toutes les étapes de la certification

Cibles prioritaires RU

Objectifs de la fiche

Cette fiche donne les informations visant à s'approprier la place et le rôle des représentants des usagers dans la certification.

Pour bien commencer

La HAS est convaincue que l'implication des représentants des usagers dans la certification est un levier pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Chacun poursuivant ces mêmes objectifs, le partenariat se construit entre les représentants des usagers et les professionnels de santé, les responsables médicaux et managériaux.

Ce qu'il faut savoir

La participation des représentants des usagers renforce la finesse de l'évaluation réalisée dans la mesure où elle donne accès à des retours, des points de vue ou regards de nature différente, qui, en les croisant avec ceux des professionnels, permettent d'obtenir une photographie plus complète de la situation de l'établissement, de ses forces et de ses faiblesses.

Une réelle implication des représentants d'usagers, en collaboration avec les professionnels, favorise la résolution des dysfonctionnements constatés dans l'établissement.

Enfin, le représentant des usagers peut jouer un rôle dans l'information sur l'existence et les enjeux de la certification auprès du grand public.

> À terme, cette collaboration s'avère gagnant-gagnant : la procédure gagne en crédibilité et le représentant des usagers en légitimité.

La participation des représentants des usagers à l'évaluation interne

Les représentants des usagers contribuent à l'évaluation interne au regard des attendus du référentiel.

Ils participent à la cotation de chaque critère applicable à l'établissement. Leur rôle ne se cantonne pas exclusivement aux droits des patients mais à toutes les étapes de la prise en charge qui met en relation un professionnel et un usager.

L'implication des représentants des usagers lors de la visite de certification

La visite des experts-visiteurs mandatés par la HAS se déroule sur une durée de 3 à 5 jours généralement, parfois plus pour les établissements de taille plus importante. Leur programme de visite est envoyé à l'établissement quelques semaines auparavant. Il se structure autour de temps d'échanges entre l'équipe des experts-visiteurs et la gouvernance de l'établissement, la mise en œuvre des méthodes d'investigation.

La présence des représentants des usagers est prévue à différents temps de manière obligatoire.

- Lors de la réunion d'ouverture : la direction, le président de CME, les représentants des usagers, les experts-visiteurs se présentent. Cette rencontre doit permettre à l'établissement de présenter ses missions et son organisation générale. Les experts-visiteurs rappellent le cadre et les enjeux de la visite.
- Lors de la rencontre spécifique entre les représentants des usagers et un des experts-visiteurs : cet échange de 1 heure a pour objectif de recueillir l'expérience des représentants des usagers et de contribuer de manière complémentaire et spécifique à l'évaluation de certains critères.

Fiche pratique informative_IU4

Il est conduit sur la base d'un guide d'entretien.

- Lors du bilan journalier du matin les représentants des usagers peuvent y assister afin d'avoir la possibilité de répondre à certaines questions des experts-visiteurs mais aussi de participer à la réflexion de la Direction et des équipes.
- Lors de la séance de restitution plénière : les représentants d'usagers participent à cette séquence de 1 heure en fin de visite, qui a pour objectif de présenter les résultats quantitatifs et qualitatifs par chapitre du référentiel.

Fiche pratique opératoire_IU5

Guide d'entretien des experts-visiteurs avec les représentants des usagers

Cibles prioritaires EV/RU

À savoir

Les représentants des usagers : qui sont-ils ?

→ Représentants des usagers en CDU

Issus d'associations de patients, familles ou consommateurs, agréées du système de santé, les représentants des usagers sont nommés par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), sur proposition de leur association pour un mandat de 3 ans, renouvelable.

Ils siègent dans des instances du système de santé et notamment au sein des établissements de santé, où ils veillent, en commission des usagers (CDU), au respect des droits du patient et à l'élaboration de la politique qualité et sécurité des soins.

Ils sont tenus au secret professionnel, du fait de leur mandat, conformément aux dispositions des articles 226-13 et 226-14 du Code pénal.

La réglementation prévoit qu'ils puissent entre autres :

- être contactés directement par les usagers, les accompagner, les informer, les orienter ;
- assister à une médiation, à la demande de l'usager ;
- présider la CDU ;
- suivre une formation de 2 jours et s'inscrire dans une démarche de formation continue auprès de leur association.

Ils peuvent aussi être associés et participer au comité de pilotage, aux commissions et groupes de travail des établissements de santé publics et privés.

Bénévoles, ils ont droit au remboursement de leurs frais kilométriques dans le cadre de l'exercice de leur mandat et à 9 jours de congés de représentation/an, s'ils sont salariés.

→ Associations de patients

L'action des associations au sein des établissements de santé fait l'objet d'une convention passée entre l'association et l'établissement qui est évaluée régulièrement.

Les bénévoles de l'association de patients peuvent mettre en place des actions d'information, de prévention, de formation (exemple : programme ETP), de soutien et d'accompagnement à destination des usagers.

Les associations conventionnées sont invitées au moins une fois par an en CDU à faire part de leurs observations.

Elles participent au projet des usagers porté par la CDU, s'il existe.

Références légales et réglementaires

Sur la commission des usagers :

- article L.1112-3 du Code de la santé publique
- article R. 1112-79 et suivants du Code de la santé publique

Sur l'agrément des associations du système de santé et la formation des représentants des usagers :

- article L.1114-1 du Code de la santé publique.

Mesure de la satisfaction des usagers

Article L. 1112-2 du Code de la santé publique : « La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour. Les résultats de ces évaluations sont pris en compte dans la certification définie aux articles L. 6113-3 et L. 6113-4.
Chaque établissement remet aux patients, lors de leur admission, un livret d'accueil auquel est annexée la charte du patient hospitalisé, conforme à un modèle type arrêté par le ministre chargé de la santé. »

Article R. 1112-67 du Code de la santé publique : « Tout hospitalisé reçoit avant sa sortie un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations. »

Pour aller plus loin

- Le représentant des usagers du système de santé
- Où siègent les représentants des usagers dans les instances de santé ?
- La commission des usagers : son rôle dans l'examen des plaintes
- Accéder à toutes les fiches pratiques de France Assos Santé
- S'impliquer dans la certification pour faire valoir le point de vue des usagers, guide HAS 2015)
- Construire et faire vivre le projet des usagers en établissement de santé
- Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire, HAS 2020

Guide d'entretien des experts-visiteurs avec les représentants des usagers

Le guide propose des questions à adapter selon le contexte, lors de la séance d'échanges entre experts-visiteurs (EV) et représentants des usagers (RU), prévue lors de la visite de certification de l'établissement de santé.

Les questions posées sont rattachées aux éléments d'évaluation (EE) du référentiel. Les réponses apportées contribuent à l'évaluation des critères concernés.

3.2-01 L'établissement promeut toutes les formes de recueil de l'expression du patient

EE : Les résultats des enquêtes de satisfaction et des questionnaires sur l'expérience des patients sont analysés en collaboration avec les représentants des usagers et présentés à la commission des usagers (art R. 1112-80).

- Les résultats des différentes enquêtes de satisfaction des patients (e-Satis et questionnaires de sortie) vous sont-ils communiqués ?
- Contribuez-vous à leur analyse ?
- Participez-vous à l'élaboration d'autres enquêtes de satisfaction ?
  Exemples : livret d'accueil, délais d'attente en consultation, sortie du patient, autres selon les structures.
- Êtes-vous associés à l'élaboration et la mise en œuvre des démarches pour recueillir l'avis ou la perception des patients sur leur expérience (PREMS), et les résultats de leurs traitements sur leur santé (PROMS) ?
  Exemples : questionnaires pour prothèse totale de hanche ou genou programmée…

3.2-11 L'établissement assure l'implication des représentants des usagers et des associations de patients au sein de l'établissement, dans les instances et dans la vie de l'établissement

EE : Les représentants des usagers et les associations de patients sont impliqués au sein de l'établissement.

- Considérez-vous avoir été accueillis et intégrés lors de votre arrivée dans cet établissement ?
  Si oui, comment ?
  Exemples : organisation d'une réunion d'accueil, journée de formation, journée d'information, journée d'intégration, visite de l'établissement et des services, remise de documents utiles en CDU, etc.
- Considérez-vous que l'établissement mette les moyens matériels pour faciliter votre mandat ?
  Exemples : badge d'accès, badge d'identification, accès au self à des tarifs préférentiels, place de parking, mise à disposition d'un bureau, connexion Internet, accès à CALISTA, concertation en amont des réunions pour le calendrier de la CDU, accès à la lettre d'informations ou au journal interne de l'établissement.
- Considérez-vous que les modalités organisationnelles facilitent vos échanges avec les équipes : direction, professionnels des secteurs d'activité ?
  Exemples : échanges avec les membres de la direction qualité, professionnels ou patients.
- Intervenez-vous lors de la journée d'accueil des nouveaux arrivants ?
- Avez-vous un temps dédié spécifique dans la journée pour présenter les RU ?
  Exemples : accueil des internes ou autres professionnels.
- Intervenez-vous lors des formations auprès des étudiants ?
  Exemples : interventions en IFSI, écoles de sages-femmes, aides-soignant(e)s.
- Assistez-vous régulièrement aux instances réglementaires ?
  Exemples : CS ou CA, CDU, CAL, le cas échéant.
- Êtes-vous associés dans d'autres lieux de concertation au-delà des instances réglementaires
  Exemples : CSMIRT, CLIN, CLIAS, CLAN, CLUD, CVIRIS, comité d'éthique.

- Quel rôle avez-vous dans ces comités ?
- Vos propositions sont-elles prises en compte ?
- Êtes-vous associés à des réflexions ou démarches internes ?
  Exemples : groupes de travail (exemple : GT prévention des chutes), évaluations internes et préparation de la visite de certification, semaine sécurité du patient, enquêtes, formation des professionnels, groupe de relecture des documents destinés aux patients, développement de la télémédecine, lien ville/ hôpital, etc.
- Êtes-vous associés à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles ?
- Comment les associations sont-elles impliquées dans l'établissement ?
  – Les associations conventionnées avec l'établissement ont-elles été impliquées dans l'élaboration du projet des usagers, s'il existe ?
  – La place des bénévoles associatifs intervenant dans les unités de soins auprès du patient est-elle reconnue et facilitée par les équipes ?

EE : Les actions de sensibilisation et d'information auprès des patients sont favorisées.

- Mettez-vous en œuvre des actions de sensibilisation et d'information auprès des patients dans le cadre de la prévention et l'éducation dans la santé ?
  Exemples : participation à des journées de sensibilisation auprès du public à l'occasion de manifestations internes : semaine sécurité des patients, journées à thème relatives à l'ETP, les dons d'organes, les maladies cardio-vasculaires, le diabète, la journée internationale du rein, la journée hygiène des mains, etc.

EE : Les représentants des usagers donnent leur avis sur des projets d'amélioration de la vie quotidienne des patients (accueil, locaux, signalisation…).

- Donnez-vous votre avis sur des projets d'amélioration de la vie quotidienne des patients ?
  Exemples : projet architectural, accueil et accessibilité des usagers vivant avec un handicap, signalisation, hygiène, locaux, repas, prestations diverses, sécurisation des données, etc.

EE : Les représentants des usagers ont connaissance des plaintes et réclamations, des événements indésirables graves (EIG), des événements indésirables associés aux soins (EIAS), des réponses aux questionnaires de satisfaction, des résultats d'e-Satis, et participent aux évaluations des actions entreprises.

- Avez-vous accès dans un délai raisonnable aux courriers, plaintes et réclamations ? Si non pourquoi ?
- Êtes-vous informés des réponses apportées par l'établissement ?
- Avez-vous connaissance des événements indésirables graves, des événements indésirables associés aux soins, des résultats des enquêtes de satisfaction, d'e-Satis ?
- Êtes-vous associés à l'analyse de ces retours d'expérience des patients et usagers ?
- Participez-vous aux évaluations des plans et actions entreprises et à leur suivi ?

EE : S'il existe, le projet des usagers est articulé avec le projet médical et soignant.

- Existe-t-il un projet des usagers ?
- Si oui, est-il en lien avec les autres projets : projet médical, projet soignant, etc. ?
- Si non, avez-vous l'ambition d'en proposer un et de l'élaborer ?

EE : Les représentants des usagers contribuent à la définition de la politique d'accueil et de prise en charge.

- Participez-vous à la définition de la politique d'accueil et de prise en charge ?
  Si oui, comment ?
- Êtes-vous associés à l'organisation des parcours de soins dans l'établissement et au sein du territoire, au bénéfice du patient ?
  Si oui, comment ?
- Quelles sont vos contributions ?
  Exemples : participation au rapport annuel de la CDU, organisation des parcours de soins, développement de la notion d'expérience du patient, etc.

3.7-02 L'établissement prend en compte le point de vue du patient dans son programme d'amélioration de la qualité

EE : Le programme d'amélioration de la qualité intègre les contributions des usagers.

- La politique institutionnelle s'appuie-t-elle sur la place des patients et des proches dans l'établissement ?
- Comment êtes-vous associés avec l'ensemble des professionnels pour participer au recueil d'expression des patients et engager des actions innovantes ?
  Exemple : journées des patients et usagers au sein de l'institution.
- Avez-vous le sentiment que votre contribution est prise en compte ?
  Exemples : recommandations et propositions d'amélioration intégrées et suivies dans le plan d'amélioration institutionnel, analyse des questionnaires de sortie, des plaintes, rapport annuel , etc.

3.7-03 Les indicateurs qualité et sécurité des soins sont communiqués, analysés, exploités à l'échelle de l'établissement

EE : Les indicateurs qualité et sécurité des soins sont présentés à la commission des usagers.

- Avez-vous connaissance des indicateurs qualité et sécurité des soins ?
- Vous sont-ils présentés en CDU ?
- Participez-vous à leur analyse et leur suivi ?
- Les usagers peuvent-ils prendre connaissance de ces indicateurs au sein de l'établissement ? Si oui, comment affichage, référence au site scope santé ?

3.7-04 Les analyses des événements indésirables graves sont consolidées, exploitées et communiquées à l'échelle de l'établissement

EE : La commission des usagers est informée lors de chaque réunion des événements indésirables graves déclarés par l'établissement.

- Avez-vous connaissance des événements indésirables graves déclarés par l'établissement ?
- Avez-vous connaissance des causes relatives à ces événements indésirables graves et du suivi des actions mises en place ?
- Faites-vous des propositions en amont ou pendant la CDU ?
- Avez-vous connaissance des interventions des structures régionales d'appui, en lien avec les travaux proposés pour la déclaration et l'analyse des EIG et l'ARS ?

Fiche pratique opératoire_D1

Comment formuler une demande de recours gracieux sur votre décision de certification ?

Cibles prioritaires **EV – ES – RU**

Objectifs de la fiche

Cette fiche vise à préciser dans quelles conditions un recours gracieux est recevable, les étapes que vous devez accomplir et les étapes de l'instruction jusqu'à la notification d'une nouvelle décision.

Pour bien commencer

Le recours gracieux est recevable dès lors que deux conditions cumulatives sont réunies :

- l'établissement réalise sa demande via CALISTA dans les 2 mois qui suivent la réception du rapport de certification ;
- le recours gracieux porte sur les éléments qui ont fondé la décision de la Commission de certification des établissements de santé ou du Collège (fiche anomalie) ou le respect du processus décisionnel.

En pratique

> À réception du rapport de certification, l'établissement de santé dispose d'un délai de 2 mois pour formuler son recours gracieux via CALISTA.

Comment formuler votre recours gracieux via CALISTA ?

Trois étapes :

- identifier la ou les fiches anomalies faisant l'objet de votre recours ou les règles du processus décisionnel qui n'auraient pas été respectées ;
- argumenter votre recours ;
- joindre des éléments de preuve afin d'appuyer chaque argument.

Quelles sont les étapes de l'instruction de votre demande ?

Recevabilité de votre demande de recours gracieux

À réception de votre recours gracieux, la Haute Autorité de santé valide sa recevabilité, c'est-à-dire le respect des conditions cumulatives précitées.

Le recours gracieux n'est pas suspensif. La décision objet du recours gracieux continue de produire ses effets (délai, diffusion publique…).

Proposition de décision par la sous-commission d'examen des recours gracieux

La sous-commission examine votre demande et émet une proposition en vue de l'acceptation, partielle ou totale, ou du rejet du recours. Cette proposition est transmise au Collège.

Délibération par le Collège de la Haute Autorité de santé

Le Collège de la Haute Autorité de santé délibère sur la base de la proposition de la sous-commission et peut accepter, totalement ou partiellement, ou rejeter le recours gracieux.

La décision vous est ensuite notifiée dans les 3 semaines environ qui suivent la délibération.

Le rapport de certification, éventuellement modifié, et la nouvelle décision sont publiés sur le site Internet de la Haute Autorité de santé et transmis à l'autorité de tutelle compétente.

Pour aller plus loin

La sous-commission d'examen des recours gracieux

La sous-commission d'examen des recours gracieux est une instance spécialisée de la commission certification des établissements de santé (CCES).

La sous-commission d'examen des recours gracieux relatifs aux décisions de certification est chargée d'instruire les recours gracieux formés contre les décisions de certification. Elle prépare les décisions du Collège relatives à ces recours gracieux.

La sous-commission d'examen des recours gracieux est présidée par le président de la CCES. Elle comprend, en outre, six membres désignés par le président pour chacune des séances parmi les membres permanents de la CCES.

La sous-commission d'examen des recours gracieux se réunit mensuellement sur convocation du président de la commission qui désigne également un rapporteur pour chaque dossier inscrit à l'ordre du jour.

Un membre de la DAQSS assiste aux séances de cette sous-commission pour garantir l'application des règles décisionnelles et de la jurisprudence de la Haute Autorité de santé.

Lexique

Libellé	Définition
Accréditation des médecins et des équipes médicales	Méthode volontaire de gestion des risques fondée sur la déclaration d'événements indésirables associés aux soins (EIAS) et l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients. Elle permet aussi de réaliser des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques et de formation.
Antibioprophylaxie (ou antibiothérapie préventive)	Vise à réduire le risque d'infection bactérienne chez un patient donné. Elle peut être utile après une exposition à un pathogène (infections invasives à méningocoque, coqueluche, etc.), avant ou pendant une chirurgie, après une infection pour en éviter la récidive, ou chez des patients particuliers, à risque élevé d'infection bactérienne (en hématologie notamment). Elle sera d'autant plus pertinente et efficace que l'agent pathogène ciblé est unique (permettant l'utilisation d'antibiotique à spectre étroit), que l'exposition est limitée dans le temps, que la maladie est potentiellement grave et que l'antibiotique est facile à utiliser et bien toléré.
Amélioration continue	Activité régulière permettant d'accroître la capacité à satisfaire aux exigences. Le processus de définition des objectifs et de recherche d'opportunités d'amélioration est un processus permanent utilisant les constatations d'audit et les conclusions d'audit, l'analyse des données, les revues de direction ou d'autres moyens, et qui mène généralement à des actions correctives ou préventives.
Amélioration de la qualité	Partie du management de la qualité axée sur l'accroissement de la capacité à satisfaire les exigences pour la qualité.
Analyse pharmaceutique	L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance ou l'analyse pharmaceutique liée à une demande de médicament à prescription médicale facultative fait partie intégrante de l'acte de dispensation et permet la vérification des posologies, des doses, des durées de traitement, du mode et des rythmes d'administration, de l'absence de contre-indications, d'interactions et de redondances médicamenteuses.
Assistant de régulation médicale	Assure la réception des appels reçus par les SAMU-Centres 15, contribue sur décision médicale au traitement optimal des demandes et participe à la gestion des moyens, au suivi des appels et des interventions, au quotidien, en situation dégradée et en situation sanitaire exceptionnelle.
Audit système	Méthode consistant à investiguer l'organisation d'un processus pour s'assurer de sa maitrise et de sa capacité à atteindre les objectifs.
Aval des urgences	Prise en charge par un ou des service(s) clinique (s) des patients en provenance d'un service d'urgence.
Besoin journalier minimum en lits (BJML)	Permet d'anticiper le nombre de lits d'aval nécessaires *a minima* chaque semaine par analyse des résumés de passage aux urgences (RPU) des 7 dernières années. Sans être prédictive, cette valeur donne un minimum de lits d'aval nécessaires pour lequel le risque de surréservation est faible du point de vue du chef d'établissement.
Bientraitance	Culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'usager en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance.
Bonnes pratiques de précautions complémentaires contact	Indicateur évaluant la conformité traçable des pratiques de précautions complémentaires contact mises en œuvre chez les patients porteurs ou infectés par une entérobactérie productrice de beta-lactamase à spectre étendu (EBLSE), bactérie hautement résistante émergente (BHRE), *staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM), le *clostridium* difficile ou la gale.
Confidentialité	Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venue à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.
Consentement éclairé	Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif. Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient.

Libellé	Définition
Consultation avancée	Activité de consultation externe réalisée par des praticiens d'un établissement de santé dans un autre établissement de santé, ces consultations peuvent permettre d'élargir l'accès aux consultations médicales de spécialité à l'hôpital dans des territoires périphériques ou isolés et d'opérer une gradation de la prise en charge en établissement en fonction de la complexité de la situation du patient et des soins qui lui sont apportés.
Contention mécanique	Utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui.
***Check-list* « Sécurité du patient »**	Outil d'amélioration des pratiques visant à améliorer le partage des informations et à réaliser une vérification croisée de tous les éléments considérés comme essentiels avant, pendant et après un acte interventionnel.
Conciliation des traitements médicamenteux	Processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle pres¬cription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluriprofessionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts.
Crise sanitaire	Situation sanitaire exceptionnelle englobant toutes les situations conjoncturelles susceptibles d'engendrer de façon immédiate et imprévisible une augmentation sensible de la demande de soins (événement à cinétique rapide de type attentat, ou accident grave) ou une perturbation de l'organisation de l'offre de soins. Le ministre chargé de la santé est responsable de l'organisation et de la préparation du système de santé et des moyens sanitaires nécessaires à la connaissance des menaces sanitaires graves, à leur prévention, à la protection de la population contre ces dernières, ainsi qu'à la prise en charge des victimes.
Démarche palliative	Prise en charge des patients dont l'affection ne répond pas au traitement curatif et permettant de délivrer « des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage ».
Démarche qualité	Ensemble des actions que mène l'établissement pour développer la satisfaction de ses clients. La démarche qualité repose sur différents facteurs : prise en compte des besoins ; implication de la direction pour associer l'ensemble du personnel à cette démarche ; réflexion collective sur les ressources nécessaires ; adhésion du personnel à la mise en œuvre des actions qualité ; mise à disposition d'outils de mesure de la qualité. Les décisions s'appuient sur des faits, des informations précises et objectives.
Développement durable	Développement répondant aux besoins actuels sans compromettre la capacité des générations futures à répondre à leurs propres besoins.
Dépendance iatrogène	Perte de capacité fonctionnelle que vont présenter les personnes âgées hospitalisées à la suite de cette hospitalisation. Elle est due en partie au terrain du patient, à la pathologie qui le mène à l'hospitalisation et surtout aux soins qui lui sont apportés pendant cette hospitalisation. Les soins qu'on apporte aux personnes âgées pendant leur séjour peuvent être plus délétères que bénéfiques.
Directives anticipées	Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux.
Dispositif médical	Tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels nécessaires au bon fonctionnement de celui-ci, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens. Constitue également un dispositif médical le logiciel destiné par le fabricant à être utilisé spécifiquement à des fins diagnostiques ou thérapeutiques.
Dossier médical partagé (DMP)	Dossier médical numérique destiné à favoriser la prévention, la qualité, la continuité et la prise en charge coordonnée des soins des patients… Un dossier médical partagé peut être créé pour tout bénéficiaire de l'Assurance maladie après recueil de son consentement exprès ou de celui de son représentant légal. Une fois son dossier créé, le bénéficiaire de l'Assurance maladie en devient le titulaire.

Libellé	Définition
Dossier médical	Dossier constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés : **1. Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, et notamment :** a) la lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou, en cas d'admission, la lettre de liaison prévue à l'article R. 1112-1-1 ; b) les motifs d'hospitalisation ; c) la recherche d'antécédents et de facteurs de risque ; d) les conclusions de l'évaluation clinique initiale ; e) le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée ; f) la nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ; g) les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens paracliniques, notamment d'imagerie ; h) les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues à l'article L. 1111-4 ; i) le dossier d'anesthésie ; j) le compte-rendu opératoire ou d'accouchement ; k) le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire ; l) la mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel mentionnée au deuxième alinéa de l'article R. 1221-40 ; m) les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ; n) le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ; o) les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ; p) les correspondances échangées entre professionnels de santé ; q) les directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 ou, le cas échéant, la mention de leur existence ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice. **2. Les informations formalisées établies à la fin du séjour. Elles comportent notamment :** a) la lettre de liaison remise à la sortie prévue par l'article R. 1112-1-2 ; b) la prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ; c) les modalités de sortie (domicile, autres structures) ; d) la fiche de liaison infirmière. **3. Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.** Sont seules communicables les informations énumérées aux 1 et 2.
Dossier patient	Lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli, à quelque titre que ce soit.
Dossier pharmaceutique (DP)	Recense, pour chaque bénéficiaire de l'Assurance maladie qui le souhaite, tous les médicaments délivrés au cours des 4 derniers mois, qu'ils soient prescrits par le médecin ou conseillés par le pharmacien (21 ans pour les vaccins, 3 ans pour les médicaments biologiques). Le DP a été créé par la loi du 30 janvier 2007 relative à l'organisation de certaines professions de santé. Sa mise en œuvre a été confiée au Conseil national de l'Ordre des pharmaciens.
Dossier de régulation médicale (DR)	Regroupe l'ensemble des informations collectées par le centre de régulation à propos du patient, les mesures prises et le suivi assuré, pour toute affaire à caractère médical, médico-social ou sanitaire portée à la connaissance du centre de régulation SAMU centre 15. Le DR devient un dossier de régulation médicale (DRM) dès lors qu'il a bénéficié d'un acte de régulation effectué par un médecin.
Erreur médicamenteuse	Omission ou réalisation non intentionnelle d'un acte au cours du processus de soins impliquant un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient. L'erreur médicamenteuse peut être avérée ou potentielle (interceptée avant l'administration au patient).
Évaluation de la satisfaction des patients	Donnée qui permet de connaître l'opinion des patients sur les différentes composantes humaines, techniques et logistiques, de leur prise en charge. La mesure régulière de la satisfaction des patients est obligatoire depuis l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
Évaluation des pratiques professionnelles (EPP)	Analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode validée comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques.
Événement indésirable	Situation qui s'écarte de procédures ou de résultats escomptés dans une situation habituelle et qui est ou qui serait potentiellement source de dommages. Il existe plusieurs types d'événements indésirables : les dysfonctionnements (non-conformité, anomalie, défaut), les incidents, les événements sentinelles, les précurseurs, les presque accidents, les accidents.

Libellé	Définition
Événement indésirable associé aux soins (EIAS)	Événement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé. Cet événement est consécutif aux actes de prévention, de diagnostic ou de traitement.
Événement indésirable grave (EIG)	Tout événement indésirable à l'origine du décès, de la mise en jeu du pronostic vital immédiat, de la prolongation de l'hospitalisation, d'une incapacité ou d'un handicap (directive 2000/38/CE de la Commission européenne du 5 juin 2000, modifiant le chapitre V bis – pharmacovigilance.
e-Satis	Dispositif national de mesure de la satisfaction du patient hospitalisé. L'indicateur I-SATIS permet de recueillir, établissement par établissement, l'appréciation des patients sur la qualité des différentes composantes humaines, techniques et logistiques de leur prise en charge. La finalité est de contribuer à améliorer la qualité de l'offre de soins. Il est dans le rôle de la HAS de fournir aux établissements de santé des outils de pilotage de la qualité, pour qu'ils puissent mettre en œuvre des actions d'amélioration au plus près des attentes des patients. Les réponses du patient permettent également le calcul d'un indicateur national, rendu public sur le site Internet « Scope santé » de la HAS, ce qui constitue aussi un levier d'amélioration.
Expérience patient	Demande aux patients d'évaluer des aspects objectifs de leur prise en charge ou interroger les patients sur une prestation de soin.
Filières de soins	Mode de prise en charge médicale et financière du patient, qui organise la trajectoire du patient dans le système de soins pour faciliter l'accès aux soins et en assurer la continuité.
Gestion documentaire	Ensemble de règles générales définissant principalement : le mode d'élaboration et d'évolution des documents ; la gestion de références (documentation source) ; l'élaboration de critères d'identification et de classification ; la rédaction de procédures de vérification, de validation, de mise à disposition des documents ; les dispositions relatives à la sécurité du contenu des documents. Pour mettre en œuvre la gestion documentaire, il convient d'établir une typologie fonctionnelle, de définir le plan de gestion documentaire et de spécifier le système d'information.
Gestion des lits	Gérer au mieux une capacité d'accueil pour prendre en charge un volume d'activité donné ou cible, en respectant des critères de qualité (qualité des soins, délais, durées, fiabilité de la programmation…), sous contrainte de ressources. La gestion des lits permet une fluidification des parcours patients en hospitalisation programmée et non programmée pour générer une hospitalisation « au bon endroit » et pour une juste durée avec la localisation de lits d'hospitalisation disponibles, et fluidité du transfert.
GMT au regard des types d'autorisations	Terme employé dans le cadre de la tarification et de la cotation. Le groupe médico-tarifaire est un tarif correspondant au groupe médico-économique (GME). Généralement un GMT par GME sauf pour les GME de soins palliatifs auxquels correspondent deux GMT par GME.
Groupement hospitalier de territoire (GHT)	A pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.
Gouvernance	Collaboration entre les différentes instances participant à la gestion de l'établissement à la suite à la loi HPST du 21 juillet 2009, la nouvelle gouvernance des établissements repose sur une direction renforcée, en concertation étroite avec le directoire, sous le contrôle du conseil de surveillance. Appliqué à la visite de certification, la gouvernance s'entend par direction, présidence de CME et direction des soins.
HOP'EN « Hôpital numérique ouvert sur son environnement »	Plan d'action stratégique pour les systèmes d'information hospitaliers. Programme HOP'EN pour qui s'inscrit dans le soutien à l'évolution des systèmes d'information hospitaliers avec le programme HOP'EN. Il présente une vision centrée sur les usages, le pragmatisme et l'humilité des démarches progressives dans un cadre de valeurs éthiques et humanistes. Il contribue ainsi à la mise en œuvre du schéma d'architecture cible proposé dans la feuille de route « accélérer le numérique ». Ce programme s'inscrit également dans le cadre du grand plan d'investissement (GPI), et de son initiative 23 : accélérer la transition numérique du système de santé et son volet « numériser les hôpitaux et leur environnement ». Il poursuit les efforts engagés par les établissements de santé dans leur transformation numérique et leur modernisation et a comme ambition d'amener – d'ici 2022 - les établissements de santé, quels que soient leur statut, leur taille et leur activité, à un palier de maturité de leur système d'information, nécessaire pour répondre aux nouveaux enjeux de décloisonnement du système de santé et de rapprochement avec les patients.
Hospitalisation à domicile (HAD)	Mode d'hospitalisation permettant d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. Elle assure, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux, continus et coordonnés. Les soins délivrés en hospitalisation à domicile se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par leur complexité, leur durée et la fréquence des actes. Les établissements d'HAD sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement.

Libellé	Définition
Identification des risques	Processus permettant de trouver, recenser et caractériser les éléments du risque. Les éléments peuvent inclure les sources ou les phénomènes dangereux, les événements, les conséquences et la probabilité.
Identification du patient	Opération qui consiste à attribuer un identifiant ou à retrouver un ou plusieurs identifiants à partir des caractéristiques (nom, prénom, sexe, date de naissance, etc.) d'un patient afin de retrouver les informations liées à ce patient, notamment dans le cadre de l'identitovigilance.
Identitovigilance	Système de surveillance et de gestion des risques liés à l'identification des patients. Il vise à garantir l'identification correcte des patients tout au long de leur prise en charge à l'hôpital et dans les échanges de données médicales et administratives. L'objectif est de garantir la qualité et la sécurité des prises en charge en fiabilisant les données.
Indicateur	Outil de mesure permettant de caractériser une situation évolutive, une action ou les conséquences d'une action, de façon à les évaluer et à les comparer à intervalles définis. Les indicateurs doivent être élaborés en relation avec les objectifs d'un projet.
Interopérabilité (des systèmes d'information)	Capacité que possède un produit ou un système informatique à fonctionner avec d'autres produits ou systèmes existants ou futurs. C'est, en d'autres mots, la possibilité qu'ont des systèmes à fonctionner ensemble, à « communiquer » entre eux. Pour permettre cette communication, il est donc nécessaire d'utiliser un langage commun. Rendre des systèmes interopérables, c'est en résumé leur permettre de parler un langage commun pour travailler ensemble.
Indicateur de qualité et sécurité des soins (IQSS)	Outils d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients, de comparaison inter-établissements et d'aide à la décision développés par la HAS. Ils sont aussi utilisés afin de répondre à l'exigence de transparence portée par les usagers.
Leadership	Processus par lequel une personne influence un groupe de personnes pour atteindre un objectif commun. Un leadership approprié favorise la performance, la sécurité et le bien-être de l'équipe.
Lettre de sortie ou Lettre de liaison	Élément essentiel de la sécurisation de la prise en charge, elle comprend les principaux éléments résumés relatifs au séjour du patient ainsi que les éléments utiles à la continuité des soins hôpital ville (ou structure d'aval). Elle est destinée au patient (« lettre de sortie », remis en main propre) et/ou aux professionnels de santé amenés à prendre en charge le patient en aval du séjour que ce soit en ville ou dans un autre établissement de santé = lettre de liaison.
Maîtrise du risque	Actions de mise en œuvre des décisions de management du risque. La maîtrise du risque peut impliquer la surveillance, la réévaluation et la mise en conformité avec les décisions.
Maltraitance	« Tout acte ou omission, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou la liberté, etc. ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière » (Conseil de l'Europe, 1987). Les travaux récents du Ministère de la Santé, des fédérations hospitalières et de l'ANESM ont fait apparaître la nécessité de ne pas limiter la lutte contre la maltraitance à la répression d'actes de violence intentionnelle, individuelle et délictuelle. La réflexion sur la maltraitance doit prendre en compte l'existence d'une maltraitance « ordinaire » (DREES – Ministère de la Santé) ou « passive » (FHF) incluant des négligences quotidiennes.
Management de la qualité	Aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites, par l'engagement de la structure hospitalière et des professionnels dans des actions permanentes et systématiques d'amélioration du service rendu au patient. Le concept de management de la qualité est lié à celui d'amélioration continue de la qualité. Il correspond à un mode de gestion de l'établissement de santé qui, pour atteindre les objectifs stratégiques qu'il s'est fixés, intègre une démarche d'amélioration continue de la qualité généralisée à tous les secteurs.
Management des risques	Démarche de gestion des risques qui a pour but d'assurer la sécurité du patient et des soins qui sont délivrés et en particulier de diminuer le risque de survenue d'événements indésirables pour le patient et la gravité de leurs conséquences.
Médicaments dérivés du sang (MDS)	**Les médicaments dérivés du sang** sont des médicaments à base de sang ou de composants de sang préparés industriellement. Il s'agit notamment de l'albumine, des facteurs de coagulation ou encore des immunoglobulines d'origine humaine. Les médicaments dérivés du sang diffèrent des produits sanguins quant à la réglementation qui leur est applicable. Préalablement à leur commercialisation, ces produits doivent obtenir une autorisation de mise sur le marché ou encore de respecter des règles spécifiques concernant la publicité.

Libellé	Définition
Obstination déraisonnable	L'établissement de l'obstination déraisonnable suppose la prise en compte d'éléments de nature médicale (notamment gravité et irréversibilité de l'état de santé privant le patient de toute autonomie) et d'éléments de nature non médicale relatifs, notamment à l'expression de la volonté du patient. Le médecin doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable. La loi du 2 février 2016 reprend et clarifie la notion déontologique, déjà consacrée par la loi de 2005, d'obstination déraisonnable, autorisant le médecin à ne pas mettre en œuvre ou à interrompre des actes médicaux répondant à certains critères.
Parties prenantes (ou parties intéressées)	Dans tous les cas, la partie prenante est représentative d'un intérêt associatif, économique ou professionnel. Sont ainsi reconnus comme parties prenantes : – au titre des intérêts associatifs : les associations de patients – au titre des intérêts économiques : tout acteur économique dans le domaine des produits de santé – au titre des intérêts professionnels : les sociétés savantes, les syndicats professionnels, les collèges de spécialité, les conseils nationaux des professions de santé, qui regroupent tout ou partie des trois catégories précédentes.
Programme d'amélioration continue du travail en équipe (Pacte)	Programme visant à faire de la sécurité du patient une priorité d'équipe, intégrée à la pratique des professionnels afin de diminuer la survenue des événements indésirables grâce au travail en équipe, de sécuriser l'organisation de la prise en charge du patient en faisant de l'équipe une barrière de sécurité.
Pair-aidance	Entraide entre personnes souffrant ou ayant souffert d'une même maladie, somatique ou psychique. Le partage du vécu de la maladie et du parcours de rétablissement constitue les principes fondamentaux de la pair-aidance.
Parcours de soins	Juste enchaînement et au bon moment de différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins : consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus (décompensation, exacerbation), autres prises en charge (médico-sociales notamment, mais aussi sociales)… La démarche consiste à développer une meilleure coordination des interventions professionnelles, fondées sur de bonnes pratiques, lors des phases aiguës de la maladie comme lors de l'accompagnement global du patient sur le long terme. Cette notion de parcours de soins permet ainsi de s'appuyer sur les bonnes pratiques de chaque professionnel mais aussi de développer les actions d'anticipation, de coordination et d'échanges d'informations entre tous les acteurs impliqués.
Parcours traceur	Méthode d'évaluation permettant d'évaluer la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, et le travail en équipe. Elle permet également d'apprécier la culture qualité et sécurité des soins. L'évaluateur rencontre les équipes impliquées dans la prise en charge en s'appuyant sur un dossier « fil rouge » auquel seront associés d'autres dossiers de parcours identique si ce seul dossier ne permet pas de recueillir l'ensemble des informations recherchées. Dans un second temps, l'évaluateur, accompagné d'un professionnel, reconstitue concrètement le parcours physique du patient. À cette occasion, il rencontrera sur le terrain les différentes équipes intervenant dans le parcours type retenu et complétera ainsi son évaluation.
Patient Reported Expérience Measures (PREMS)	Questionnaire s'intéressant à la manière dont le patient vit l'expérience des soins : satisfaction (information reçue), vécu subjectif (attention portée à la douleur) et objectif (délais d'attente), relations avec les prestataires de soins.
Patient Reported Outcome Measures (PROMS)	Questionnaire évaluant les résultats des soins. Les PROMS génériques sont des questionnaires généraux qui explorent des questions importantes pour l'ensemble des patients, quel que soit leur problème de santé. Les questions portent sur l'impact sur la vie globale, sur leur qualité de vie ou sur des dimensions plus spécifiques comme le fonctionnement physique. Ces PROMS génériques sont forcément moins sensibles à des variations modestes – mais cliniquement pertinentes – des résultats de certaines interventions. C'est pourquoi des PROMS spécifiques complètent le dispositif et mesurent les résultats touchant à une pathologie particulière (diabète) ou à un groupe de pathologies (le cancer), un domaine (douleur), une population (enfants), ou une partie du corps (yeux).
Patient traceur	Méthode d'évaluation permettant d'évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé. Elle permet de recueillir, après l'obtention de son consentement, l'expérience du patient et/ou de ses proches. C'est pourquoi le profil du patient retenu doit être le plus proche de la sortie afin que l'expression de son vécu soit la plus large possible. L'évaluateur se fait présenter la situation du patient par le médecin référent du patient ou son représentant puis il rencontre le patient. Il s'entretient ensuite avec l'équipe assurant la prise en charge du patient. Cette méthode est pratiquée, pour les évaluations externes, exclusivement par les experts-visiteurs médecins dont les médecins centrés patient traceur.
Personne vulnérable	Personne menacée dans son autonomie, sa dignité ou son intégrité, physique ou psychique.

Libellé	Définition
Personne de confiance (la)	La réglementation (article L. 1111-6 du CSP) attribue deux rôles à la personne de confiance : si le malade le souhaite, la personne de confiance peut l'accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. Elle sera consultée au cas où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté. La consultation de la personne de confiance est requise pour les personnes hors d'état d'exprimer leur volonté : dans les situations hors fin de vie : pour toute intervention ou investigation ; dans les situations de fin de vie : pour la limitation ou l'arrêt de traitement. L'avis de la personne de confiance prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées, lorsqu'une personne est en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable.
Pertinence des soins (revue de)	Méthode permettant d'évaluer l'adéquation des soins et des durées d'hospitalisation aux besoins des patients. Elle s'applique à un soin ou un programme de soins et peut porter sur l'indication, l'initiation ou la poursuite des soins. Elle vise à établir, dans la gestion d'un système de soins, un équilibre entre les besoins particuliers d'un patient et les ressources disponibles.
Plan blanc	Niveau 2 du plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE, permet la mobilisation de toutes les capacités de l'établissement (moyens humains et logistiques) dans le cadre d'une organisation spécifique pilotée par une CCH structurée. Il permet d'assurer la prise en charge des patients lors d'événements graves et/ou inhabituels tout en maintenant la continuité et la qualité des soins, des patients non directement impliqués dans l'événement, par la mobilisation au plus juste des ressources nécessaires. Il permet aussi de préserver la sécurité des patients et des personnels (ex. : afflux de victimes potentiellement contaminées).
Plan de prévention	Démarche de prévention globale qui permet de repérer les facteurs de risque propres à chaque activité et qui implique de mettre en place des moyens de prévention adaptés. Il s'applique aux professionnels travaillant en établissement de soins (hôpital ou clinique) qui sont potentiellement exposés à des risques infectieux, à des produits chimiques, aux risques physiques, aux risques psychosociaux (RPS), aux troubles musculosquelettiques (TMS).
Politique qualité	Orientations et objectifs généraux de qualité exprimés par la direction et formalisés dans un document écrit. La politique qualité définit ainsi les orientations et les enjeux poursuivis en termes de satisfaction des bénéficiaires.
Prévention	Ensemble des moyens médicaux, médicosociaux et sanitaires destinés à prévenir la survenue d'une maladie (prévention primaire) ou à en empêcher sa propagation (prévention secondaire).
Précarité sociale	Absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives.
Procédure	Manière spécifiée d'effectuer une activité ou un processus.
Processus	Ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforment des éléments d'entrée en éléments de sortie.
Proche-aidant	Personne qui consacre régulièrement de son temps par défaut ou par choix pour aider au quotidien un être atteint dans sa santé et/ou son autonomie.
Produits sanguins labiles	Produits issus du sang d'un donneur, destinés à être transfusés à un patient. Il s'agit notamment du sang total, du plasma et des cellules sanguines d'origine humaine. Parmi ces produits, on distingue les produits autologues, destinés au donneur lui-même, des produits homologues, destinés à une autre personne que le donneur. La liste et les caractéristiques des produits sanguins labiles pouvant être distribués ou délivrés à des fins thérapeutiques sont fixées par décision de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) après avis de l'Établissement français du sang (EFS). En effet, ils ne sont pas régis par les mêmes règles puisque les produits sanguins stables sont considérés comme des médicaments.
Produits de santé	Ensemble des produits, substances, plantes et dispositifs présentés comme possédant des propriétés curatives, préventives, diagnostiques, cosmétiques, hygiéniques ou diététiques et susceptibles d'être utilisés, chez l'homme ou chez l'animal, en vue d'améliorer son état de santé et/ou son bien-être.
Protocole de soins	Description étape par étape d'une thérapie, scientifiquement validée, pour traiter une maladie. Il fournit une réponse standard face à des symptômes précis d'une maladie. Il résulte d'un consensus de professionnels de la santé et revient à officialiser une bonne pratique, pour un acte aussi bien médical que paramédical. Sous l'angle de l'Assurance maladie, le protocole de soins désigne le formulaire qui justifie une prise en charge de certaines dépenses de santé à 100 % de type ALD (affection de longue durée). **En savoir plus :** https://bonne-assurance.com/mutuelle/lexique/protocole-de-soins/.

Libellé	Définition
Projet médical partagé (PMP)	Chaque GHT élabore un projet médical partagé qui comprend notamment l'organisation par filière d'une offre de soins graduée. Il définit, pour chacune de ces filières, les principes d'organisation des activités avec leur déclinaison par établissement, pour chaque modalité de prise en charge, à savoir : la permanence et la continuité des soins, les activités de consultations externes et notamment des consultations avancées, les activités ambulatoires, d'hospitalisation partielle et conventionnelle, les plateaux techniques, la prise en charge des urgences et soins non programmés, l'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles, les activités d'hospitalisation à domicile, les activités de prise en charge médico-sociale. Le cas échéant, le projet médical partagé précise également l'organisation des équipes médicales communes et la nouvelle répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques. Enfin, le projet médical partagé définit les modalités d'association au CHU pour la coordination des quatre missions hospitalo-universitaires : enseignement, recherche, recours et démographie médicale.
Projet de soins personnalisé (PPS)	Plan d'action concernant les personnes âgées en situation de fragilité et/ou atteintes d'une ou plusieurs maladie(s) chronique(s), et nécessitant un travail formalisé entre acteurs de proximité. Il s'agit de favoriser la prise en charge en équipe pluriprofessionnelle dans un cadre de coopération non hiérarchique. Ce plan d'action fait suite à une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne afin d'identifier les situations à problèmes. Il débouche sur un suivi et une réévaluation. N.B. : le programme personnalisé de soins (PPS) (mesure 31 du plan cancer) est un document simple et informatif permettant d'exposer au patient la chaîne de soins coordonnée qui se met en place autour de sa prise en charge. Établi à un moment précis de cette dernière, il est susceptible d'évolution : il peut être complété, modifié, voire remplacé. Il permet aussi une prise en charge optimale par un médecin ne connaissant pas la personne malade (quand le médecin traitant est indisponible, par exemple).
Qualité de vie au travail (QVT)	Désigne et regroupe sous un même intitulé les actions qui permettent de concilier à la fois l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des entreprises, d'autant plus quand leurs organisations se transforment. De ce fait, la question du travail fait partie intégrante des objectifs stratégiques de l'entreprise et doit être prise en compte dans son fonctionnement quotidien afin, notamment, d'anticiper les conséquences des mutations économiques.
Radioprotection	Ensemble des règles, des procédures et des moyens de prévention et de surveillance visant à empêcher ou à réduire les effets nocifs des rayonnements ionisants produits sur les personnes directement ou indirectement, y compris lors des atteintes portées à l'environnement.
Recommandations de bonne pratique (ou recommandations professionnelles)	Propositions développées selon une méthode explicite pour aider le professionnel de santé et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données. Elles sont produites par la HAS, les agences sanitaires, les sociétés savantes et associations professionnelles, etc.
Récupération améliorée après chirurgie (RAAC)	Ensemble de mesures (avant, pendant et après une intervention chirurgicale) visant à minimiser le traumatisme subi par le patient et donc accélérer sa récupération à la fois sur le plan général et sur la fonction de la partie opérée. Elle entre dans la catégorie des prises en charge innovantes. L'objectif principal est de permettre au patient de reprendre le plus vite possible ses activités quotidiennes et donc de se rétablir plus rapidement.
Référentiel	Ensemble structuré d'information ou encore un système de référence liée à un champ de connaissance, notamment en vue d'une pratique ou d'une étude, et dans lequel se trouvent des éléments de définitions, de solutions, de pratiques ou autres sujets relatifs de ce champ de connaissance.
Régulation médicale	Acte médical pratiqué au téléphone (ou au moyen de tout autre dispositif de télécommunication) par un médecin régulateur. L'acte médical est une décision médicale qui implique la responsabilité individuelle du médecin. Cette décision s'appuie sur l'ensemble des éléments dont dispose le médecin. Sa finalité est d'apporter au patient le juste soin et de ne pas lui faire perdre de chance. La régulation médicale assure une écoute et une réponse permanente dans un centre d'appel dédié aux urgences médicales et/ou aux demandes de soins non programmées. La régulation médicale a pour but de déterminer et de déclencher dans les meilleurs délais la réponse médicale adaptée à chaque situation.
Répertoire opérationnel des ressources (ROR)	Outil de description des ressources de l'offre de santé pour une région qui propose une information exhaustive de l'offre de santé régionale et extrarégionale, sans cloisonnement entre la ville et l'hôpital, sur le champ du sanitaire, du médico-social et, à terme, du social.
Représentants des usagers	Bénévole qui défend les droits et les intérêts de tous les usagers du système de santé. Il siège dans les commissions et instances dans lesquelles il a été mandaté.

Libellé	Définition
Réseaux de santé	Ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne, tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.
Retours d'expériences (REX)	Démarche visant à détecter et analyser les anomalies, les écarts et tout événement, qu'il soit positif ou négatif, en recherchant les causes et les enchaînements et en retirant des enseignements.
Réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP)	Lieu d'échanges entre spécialistes de plusieurs disciplines sur les stratégies diagnostiques et thérapeutiques en cancérologie. La RCP est organisée par un établissement, un groupe d'établissements ou un réseau de cancérologie, dans le cadre des centres de coordination en cancérologie (3C). L'évaluation régulière des RCP doit rendre compte d'une amélioration continue de la qualité des soins et du service médical rendu au patient. Ces réunions se développent également dans d'autres spécialités.
Revue de morbidité-mortalité (RMM)	Analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.
Revues de pertinence	Méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques permettant d'évaluer l'adéquation des soins aux besoins des patients… Si l'un d'entre eux est présent, les soins ou le programme de soins sont alors pertinents.
Risque	Prend en compte deux éléments tels que la probabilité que survienne un élément dangereux et la sévérité de ses conséquences.
Service d'aide médicale d'urgence (SAMU)	Centre d'appel qui répond 24 heures sur 24 aux besoins de santé de tous. Le SAMU effectue une régulation qui a pour objectif d'apporter une réponse médicale adaptée aux besoins du patient, selon les différents niveaux de gravité et d'urgence. Celle-ci peut aller du simple conseil à l'envoi d'une équipe SMUR en passant par une consultation médicale ou aux urgences. Les SAMU participent également à la prise en charge sanitaire des victimes impliquées dans une situation exceptionnelle comme « les accidents graves multi-victimes ou les attentats », suivant les plans d'organisation des secours définis. En vertu de l'article R-6311-2 du Code de la santé publique, les SAMU : assurent une écoute médicale permanente ; déterminent et déclenchent la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ; s'assurent de la disponibilité des moyens d'hospitalisation, publics ou privés, adaptés à l'état du patient ; organisent, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires ; veillent à l'admission du patient.
Service d'urgence (SU ou SAU)	Service hospitalier chargé d'accueillir et de prendre en charge les malades et les blessés qui se présentent d'eux-mêmes ou sont amenés par les services de secours (pompiers, SAMU SMUR…).
Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)	Assure en permanence la prise en charge d'un patient dont l'état requiert, de façon urgente, une prise en charge médicale et de réanimation et, le cas échéant, après régulation par le SAMU, le transport de ce patient vers un établissement de santé.
Secteurs d'activité	Unités d'œuvre. Les secteurs d'activité sont définis par l'établissement. L'HAD constitue une unité d'œuvre. Elle est par conséquent, au sein de ce référentiel, considérée comme un secteur d'activité.
Sécurité	État dans lequel le risque pour les personnes est réduit au minimum ; cet état est obtenu par une démarche de sécurité permettant d'identifier et de traiter les différentes sources de risques.
Signalement d'événements indésirables	Action par laquelle tout incident ou événement indésirable est porté par un professionnel de santé à la connaissance de la structure de vigilance compétente pour le recueil, l'évaluation et la validation des cas.
Situation de crise	Situation mettant en danger des personnes ou une organisation et nécessitant des prises de décisions adaptées dans l'urgence (échelle de crise : incident mineur, incident majeur ou accident grave, événement catastrophique).
Soins critiques	Appelés « réanimation », « soins intensifs » et « soins continus », sont souvent des endroits différents et la gravité des patients qui y sont admis est aussi différente.
Soins de réhabilitation psychosociale	Ensemble des actions mises en œuvre auprès des personnes souffrant de troubles psychiques au sein d'un processus visant à favoriser leur autonomie et leur indépendance dans la communauté.

Libellé	Définition
Soins palliatifs	Soins actifs délivrés par une équipe multidisciplinaire dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. Ils ont pour but de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort et doivent notamment permettre de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle, sauvegarder la dignité de la personne malade et soutenir son entourage. Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution.
Système d'information	Employé dès que l'information fait l'objet d'une organisation spécifique : saisie, traitement, diffusion, stockage. Le système d'information peut être défini comme l'ensemble des informations, de leurs règles de circulation, de mémorisation et de traitement, nécessaires à l'accomplissement des missions de l'établissement en relation avec ses activités métier et son environnement. Ces informations sont échangées entre des acteurs. Ces échanges nécessitent une collaboration et une coordination étroite entre l'ensemble des partenaires.
Tableau de bord	Rassemble une sélection d'indicateurs clés renseignant périodiquement, sur plusieurs dimensions, une politique ou un programme. Son objectif est de pouvoir suivre le déploiement ou l'état d'avancement de cette politique ou de ce programme et d'évaluer la pertinence de cette politique ou de l'efficacité de ce programme. Outils de pilotage, les tableaux de bord ont pour objet de regrouper et synthétiser les indicateurs pour les présenter de façon exploitable par l'encadrement et faciliter la prise de décision.
Tension hospitalière	Résulte d'une inadéquation entre le flux entrant de patients et les capacités immédiates de prise en charge de l'établissement. Elle peut être générée par un problème structurel et/ou conjoncturel.
Traçabilité	Possibilité de retrouver, dans un système, une liste d'informations déterminées attachées à un ou plusieurs éléments du système pour expliquer ses défaillances.
Traceur ciblé	Méthode d'évaluation consistant à investiguer sur le terrain la mise en œuvre réelle d'un processus et à s'assurer de sa maitrise et de sa capacité à atteindre les objectifs. Elle se différencie de l'audit système du fait qu'elle est conduite en partant du terrain pour remonter éventuellement, en cas de dysfonctionnements récurrents, vers l'organisation du processus. Pour ce faire, l'évaluateur rencontre les équipes impliquées, consulte les documents nécessaires et réalise les observations associées.
Télésanté-télémédecine	Forme de pratique médicale à distance fondée sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication. Elle a pour objectif d'améliorer l'accessibilité à l'offre de soins (notamment dans les territoires fragiles) et la qualité de vie des patients en permettant une prise en charge et un suivi sur leur lieu de vie. Cinq catégories d'actes font partie de la télémédecine : la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance, la téléassistance et la régulation médicale.
Vigilances sanitaires réglementaires	Concernent l'utilisation des produits de santé (pharmaco-, addicto-, hémo-, matério, bio-, cosméto-, réactovigilances), l'assistance médicale à la procréation, le signalement externe obligatoire des événements indésirables graves liés aux soins dont les infections associées aux soins et les événements significatifs en radioprotection. Les vigilances sont organisées autour de processus continus de recueil, d'analyse et de diffusion standardisées de données portant sur des événements sanitaires, indésirables. Elles ont une finalité d'alerte, de gestion et de prévention des risques.
Urgences vitales	Situation où la vie du patient est en danger et où il risque de décéder faute de soins rapides et adaptés. Le terme peut correspondre à celui d'urgence absolue en triage médical. Toute pathologie mettant en jeu le pronostic vital immédiatement rentre dans ce cadre.

Sigles

ALARM	Association of litigation and risk managment
ANACT	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ANSSI	Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information
ARM	assistant de régulation médicale
ARS	Agence régionale de santé
ASN	Autorité de sûreté nucléaire
ATBIR	indicateur de bonnes pratiques d'antibiothérapie
AUTODIAG SI-RH	outil d'autoévaluation de la maturité du SI-RH
CCECQA	Comité de coordination de l'évaluation clinique & de la qualité en Aquitaine
CCNE	Comité consultatif national d'éthique
CDU	commission des usagers
CHU	centre hospitalier universitaire
CSIRMT	Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique
CME	Commission médicale d'établissement
CNGOF	Collège national des gynécologues et obstétriciens français
CREX	comité de retour d'expérience
CNPP	Conseil national professionnel de psychiatrie
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CSH	cellules souches hématopoïétiques
CSP	Code de la santé publique
DCI	dénomination commune internationale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins

DGS	Direction générale de la santé
DM	dispositifs médicaux
DMS	dispositifs médicaux stériles
DMI	dispositifs médicaux implantables
DP	dossier pharmaceutique
DPC	développement professionnel continu
DRM	dossier de régulation médicale
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EI	événement indésirable
EIAS	événement indésirable associé aux soins
EIGS	événement indésirable grave associé aux soins
EHESP	École des hautes études en santé publique
Ehpad	établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
EMSP	équipe mobile de soins palliatifs
EPP	évaluation des pratiques professionnelles
e-Satis	mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés plus de 48 heures
ETE-ORTHO	événements thrombo-emboliques après pose de prothèse totale de hanche ou de genou
ETP	éducation thérapeutique du patient
FORAP	Fédération des organismes régionaux pour l'amélioration des pratiques en établissement de santé
FFP	Fédération française de psychiatrie
GEM	groupes d'entraide mutuelle
GHT	groupement hospitalier de territoire
GMT	groupe médico-tarifaire
GREPHH	groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière
HAD	hospitalisation à domicile

HAS	Haute Autorité de santé
HCSP	Haut conseil de la santé publique
HOP'EN	hôpital numérique ouvert sur son environnement
HPP	hémorragie post-accouchement
HPPI	hémorragie du *post-partum* immédiat
IAO	infirmière d'accueil et d'orientation
IAP	*International Accreditation Program*
ICSHA	indicateur de consommation des solutions hydroalcooliques
IDE	infirmière diplômée d'État
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IQSS	indicateurs de qualité et de sécurité des soins
IDEL	infirmière diplômée d'État libérale
IMC	indice de masse corporelle
IMG	interruption médicale de grossesse
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
ISQua	*International Society for Quality in health care*
IUD	dispositif intra-utérin
JACIE	*Joint Accreditation Committee-International Society for Cellular Therapy*
MCO	médecine, chirurgie, obstétrique
MCOCA	médecine, chirurgie, obstétrique, chirurgie ambulatoire
MDS	médicaments dérivés du sang
MODD	Mon observatoire du développement durable
MRP	médicaments radiopharmaceutiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
OA CHIRPED	organisme agréé en chirurgie pédiatrique

OAP	œdème aigu pulmonaire
ORFEE HAD	outil de représentation des flux entre établissements
ORSAN	organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles
PAERPA (programme)	personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PASS	permanence d'accès aux soins généralistes ou spécialisées
PCC	précautions complémentaires contact
PPS	plan personnalisé de santé
PREMS	*Patient Reported Experience Measures*
PROMS	*Patient Reported Outcom Measures*
Propias	Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins
PRS	projet régional de santé
PSL	produits sanguins labiles
PTH /PTG	prothèse de hanche/prothèse de genou
PTSM	projet territorial de santé mentale
PUI	pharmacie à usage intérieur
QVT	qualité de vie au travail
RAAC	récupération améliorée après chirurgie
REMED	revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux associés
RETEX	retours d'expériences en santé
RMM	revue de mortalité et de morbidité
ROR	répertoire opérationnel des ressources
RPC	recommandations pour la pratique clinique
RREVA	réseau régional d'évaluation, de vigilance et d'appui
RU	représentant des usagers

SAMU-SMUR	service d'aide médicale urgente-service mobile d'urgence et de réanimation
SAU	service d'accueil et de traitement des urgences
SFAP	Société française d'accompagnement et de soins palliatifs
SFAR	Société française d'anesthésie et de réanimation
SFMU	Société française de médecine d'urgence
SF2H	Société française d'hygiène hospitalière
SHA	solutions hydroalcooliques
SIGAPS	système d'interrogation de gestion et d'analyse des publications scientifiques
SIGREC	système d'information et de gestion de la recherche et des essais cliniques
SI-RH	système d'information de gestion des ressources humaines
SLD	soins de longue durée
SPILF	Société de pathologie infectieuse de langue française
SSR	soins de suite et de réadaptation
TACO	*Transfusion Associated Circulatory Overload*
TRALI	*Transfusion Related Acute Lung Injury*
UE	Union européenne
USLD	unité de soins de longue durée
VAG	vaccination antigrippale

Remerciements

La Haute Autorité de santé remercie tout particulièrement Mme Anne-Marie Armanteras de Saxcé, membre du collège de la HAS et présidente de la Commission de certification des établissements de santé jusqu'au 29 février 2020, pour son extrême engagement et sa capacité de mobilisation de l'ensemble des acteurs dans le développement de la future certification.
La Haute Autorité de santé salue l'engagement du Dr Catherine Grenier, Mmes Anne Chevrier et Muriel Jakubowski qui ont piloté la démarche de développement de la certification des établissements de santé pour la qualité des soins.

Membres du Collège de la Haute Autorité de santé

Pr Dominique Le Guludec, présidente de la Haute Autorité de santé
Dr Isabelle Adenot
Mme Catherine Geindre, présidente de la Commission de certification des établissements de santé
Pr Elisabeth Bouvet
Dr Cédric Grouchka
M. Christian Saout
Pr Christian Thuillez

Comité stratégique de la certification

Mme Anne-Marie Armanteras de Saxcé, présidente de la Commission de certification des établissements de santé, jusqu'au 29 février 2020
Mme Anne Chevrier, cheffe du service certification des établissements de santé
Dr Pierre Gabach, adjoint à la directrice de la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, chef du service bonnes pratiques professionnelles
Mme Catherine Geindre, présidente de la Commission de certification des établissements de santé depuis le 1er juin 2020
Dr Catherine Grenier, directrice de la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
Dr Marie-Claude Hittinger, cheffe de projet, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
Mme Muriel Jakubowski, cheffe de projet, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
M. Franck Jolivaldt, chef du service de la transformation numérique et logistique
M. Philippe Laly, adjoint à la cheffe du service certification des établissements de santé
Dr Laetitia May-Michelangeli, cheffe du service évaluations et outils pour la qualité et la sécurité des soins
Dr Marie-Hélène Rodde-Dunet, cheffe du service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours
M. Judicaël Thevenard, chef de projet, service de la transformation numérique et logistique

Commission de certification des établissements de santé

Mme Anne-Marie Armanteras de Saxcé, présidente de la Commission de certification des établissements de santé, jusqu'au 29 février 2020
Dr Yvonnick Bezie, pharmacien chef de service, groupe hospitalier Paris-Saint-Joseph
Dr Emmanuel Bolzinger, gynécologue-obstétricien, hôpital privé Natecia
M. Pascal Bonafini, directeur général, centre hospitalier Saint-Joseph et Saint-Luc
M. Roland Bouet, praticien hospitalier DIM, centre hospitalier Henri-Laborit
Dr Laurence Bozec Le Moal, oncologue, institut Curie – hôpital René-Huguenin
Pr Jean-Pierre Canarelli, PU PH chirurgien pédiatrique, centre hospitalier universitaire d'Amiens
Mme Chantal Cateau, représentante des usagers, union régionale des associations agrées du système de santé Centre-Val-de-Loire, association Le Lien
Dr Anne Curan, responsable du pôle activités médicales et soins, groupe pro – BTP
Mme Marie Deugnier, directrice générale adjointe, centre hospitalier universitaire de Lille
Mme Catherine Geindre, présidente de la Commission de certification des établissements de santé depuis le 1er juin 2020

Pr Stéphanie Gentile, PU-PH cellule d'évaluation médicale, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille
Dr Amandine Grain, pharmacienne, centre hospitalier de Saint-Marcellin
Dr Jean Halligon, angiologue, cabinet phlébologie – médecine vasculaire
Mme Isabelle L'Hôpital-Rose, directrice, clinique La Châtaigneraie
M. Stéphane Michaud, directeur des soins – coordonnateur général centre hospitalier de Niort, centre hospitalier universitaire de Poitiers
Mme Annie Morin, présidente association des usagers, CISS Languedoc-Roussillon
M. Stéphane Pardoux, directeur, institut Gustave-Roussy
M. Philippe Peridont, directeur, centre hospitalier intercommunal de Castres Mazamet, centre hospitalier de Revel, Castres
Dr Pierre Perucho, anesthésiste-réanimateur et médecin coordonnateur HAD, centre hospitalier Perpignan
Mme Véronique Pozza, présidente Association des usagers, CISS Pays de la Loire
Mme Michèle Torres, coordonnatrice des soins, cliniques de Neuilly-sur-Seine Ambroise Paré, Pierre-Cherest, Hartmann,

Groupe de travail thématiques

Mme Isabelle Adam-Cesari, cadre supérieur, centre Philippe-Paumelle
Mme Stéphanie Aftimos, responsable de l'offre aux utilisateurs, Agence nationale d'appui à la performance
Mme Isabelle Agostino-Gaschard, directrice des soins, hôpital gériatrique Les Magnolias
Dr Pascal Alfonsi, chef de service d'anesthésie, groupe hospitalier Paris Saint-Joseph
Dr Shaghayegh Ameloot, médecin libéral, clinique d'Argonay
Mme Nicole Andrieux, représentante des usagers, centre médico-chirurgical Wallerstein
Dr Catherine Auclair, retraitée, hôpitaux universitaires Pitié-Salpêtrière, Charles-Foix, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
Dr Sophie Aufort, radiologue, clinique du Parc
Mme Isabelle Balardy, directrice qualité et partage de l'information, association d'accompagnement, éducation, l'insertion des personnes en situation de handicap
Mme Catherine Barette, cadre supérieur de santé, service de santé des armées
Pr Emmanuel Barranger, chef du pôle de chirurgie sénologie et gynécologie, centre Antoine Lacassagne
Mme Anne Barrault, directrice des soins adjointe, institut de cancérologie de l'Ouest
M. Yann Barreau, chef de projet, service certification des établissements de santé HAS
Dr Brigitte Barrois, médecin, retraitée, centre hospitalier public
Dr Guillaume Baudin, chef de service de la radiologie, centre Antoine-Lacassagne
Mme Eun-Ha Beasse, directrice adjointe, centre hospitalier Estran
Pr Marc Beaussier, médecin, institut mutualiste Montsouris
Dr Éric Benfrech, chirurgien libéral, clinique de Cognac
Dr Leila Benmoussa, médecin coordonnateur des vigilances et de la gestion des événements indésirables, centre hospitalier universitaire de Limoges
Dr Maurice Bensoussan, président CNQSP/CNPP (Conseil national professionnel de psychiatrie, Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie
M. François Berard, directeur associé, Agence nationale d'appui à la performance
Dr Emmanuel Bernigaud, praticien hospitalier, centre hospitalier universitaire de Nantes
Mme Anne-Cécile Berthet, directrice adjointe, pôle gérontologique Nord-Sarthe
Mme Marie Bertin, représentante des usagers, retraitée, association des représentants des usagers dans les cliniques, les associations et les hôpitaux
M. Pierre Besnard, président de la Commission des usagers et CAL, pôle santé Sarthe-et-Loir et pôle santé Sud au Mans
Dr Véronique Binet-Decamps, responsable système management prise en charge médicale, responsable du secteur qualité EPP, certification, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
Dr Patrick-Yves Blanchard, praticien hospitalier, hôpital de Villeneuve-Saint-Georges
M. Jean-Yves Boisson, directeur, EPSM Georges-Daumezon
Dr Emmanuel Bolzinger, gynécologue-obstétricien, membre de la Commission de certification des établissements de santé HAS, hôpital privé Natecia
Mme Marie-Claude Borg, cadre supérieur de santé, centre Antoine-Lacassagne
Mme Béatrice Borrel, bénévole, vice-présidente, Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
Mme Angélique Bounseng, ingénieure qualité et des risques, hôpital américain de Paris

Mme Aude Bourden, conseillère nationale santé médico-sociale, Association des paralysés de France
Mme Catherine Bourgneuf, cheffe de projet, service certification des établissements de santé HAS
Mme Martine Bouyssie, directrice qualité et coordonnateur des risques, institut Paoli-Calmettes
Dr Laurence Bozec, cheffe de service, institut Curie – hôpital René-Huguenin
Mme Marie-Pierre Brassard, directrice régionale, groupe Clinéa
Pr Jean Breaud, chirurgien pédiatre, hôpitaux pédiatriques de Nice CHU-Lenval
Mme Aurélie Bringtown, responsable qualité et gestion des risques, centre hospitalier des Marches de Bretagne
Mme Anne-Marie Briquet, directrice régionale, groupe Orpéa-Clinéa
Mme Catherine Bussy, directeur qualité, institut Gustave-Roussy
Pr Jean-Pierre Canarelli, PU-PH chirurgien pédiatrique, membre de la Commission de certification des établissements de santé HAS, centre Hospitalier universitaire d'Amiens
Pr Gilles Capellier, chef de service réanimation médicale, chef de pôle Urg-SAMU-Réa Med, centre hospitalier universitaire de Besançon, hôpital Jean-Minjoz
M. François Caplier, directeur adjoint, EPSM de l'agglomération lilloise
Pr Denis Castaing, PU-PH, hôpital Paul-Brousse, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
Mme Sylvie Castelain, cadre de santé (oncologie), centre Henri-Becquerel
M. Benoit Cenut, directeur du pôle médecine et SSR, Capio clinique des Cèdres
Dr Emmanuelle Chaleat Valayer, médecin, centre les Massues
Dr Marie-Paule Chauveheid, PH présidente de CVRIS,
Mme Martine Chauviere, sage-femme coordinatrice, centre hospitalier René-Pleven
Dr Bahram Chaybany, médecin, SAMU 59
Mme Laurence Chazalette, cheffe de projet, service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours, HAS
Mme Anne Chevrier, cheffe du service certification des établissements de santé, HAS
Mme Catherine Claveau, chef de projet, direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social, HAS
Dr Florentin Clere, médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, centre hospitalier universitaire de Reims
Mme Sophie Cloutot, responsable qualité et gestion des risques, siège Ramsay Générale de santé
Dr Isabelle Cojean-Zelek, oncologue, centre hospitalier intercommunal de Créteil
Dr Nathalie Contentin, médecin hématologue et responsable qualité et gestion des risques, centre Henri-Becquerel
Dr Emmanuel Corbillon-Schramm, chef de projet, service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours, HAS
Mme Marine Corbucci, directrice générale adjointe, Fondation Lenval, hôpital universitaire pédiatrique
M. Jérôme Corti, médecin coordinateur, clinique Madeleine-Rémuzat
Mme Margaux Coster, gestionnaire qualité, siège Ramsay Générale de santé
Dr Armelle Courtois, présidente de CME, centre hospitalier Ancenis
Mme Nadine Cousin, responsable qualité et gestion des risques, hôpital gériatrique Les Magnolias
M. Patrick Cretinon, directeur d'établissements sanitaires sociaux et médicosociaux, Ehpad
Dr Anne Curan, responsable du pôle activités médicales et soins groupe Pro – BTP, siège BTP RMS
Mme Isabelle Dadon, directrice adjointe, direction qualité, hospices civils de Lyon
Mme Anne De Conto, coordonnatrice générale des soins, centre hospitalier de Boulogne
M. Bruno Delattre, gestionnaire, MGEN
M. Didier Delavaud, opération qualité, groupe Vivalto santé
Mme Rose-Marie Derenne, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
Dr Alain Derniaux, médecin, centre médical le Rio-Vert
Dr Nadine Deshormiere, praticien hospitalier, centre hospitalier universitaire de Montpellier
Dr Jean Pascal Devailly, praticien hospitalier, centre hospitalier Bichat – Claude-Bernard, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
M. Vincent Devin, directeur, centre de soins de suite et de réadaptation de Thionville
Dr Mario Di Palma, directeur médical, hôpital américain de Paris
M. Jean-Louis Di Tommaso, directeur, centre hospitalier de Bligny
Mme Isabelle Dorléans, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
M. Pascal Dufour, coordonnateur général des soins, expert-visiteur, hôpitaux de Chartres
Mme Evelyne Dufour-Fremin, directeur, centre de soins de suite et de réadaptation, Loire-Atlantique
M. Gerard Dumont, membre de l'Union régionale des associations agréées d'usagers du système de santé, Fédération nationale des associations de retraités

Mme Delphine Dupre-Leveque, conseillère technique, direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social, HAS
Dr Laurence Duteille, responsable du système de management de la qualité et de la prise en charge médicamenteuse, HAD France
Mme Anne-Claire Duval, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
Dr Mounir El Mhamdi, chef de projet, service certification des établissements de santé, HAS
Pr Olivier Farges, PU-PH, hôpitaux universitaires Paris-Nord-Val-de-Seine, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
M. Didier Febvre, coordinateur qualité, centre hospitalier universitaire de Nice
M. Laurent Fidry, ergothérapeute, service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
Mme Claude Finkelstein, présidente, Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie
Mme Pascaline Fradelizi, cadre de santé rééducation, hospices civils de Lyon, groupement hospitalier Est, hôpital P. Wertheimer, hôpital L. Pradel
Mme Danielle Fregosi, directrice d'établissement de santé, centre hospitalier du pays d'Apt
Mme Florence Fries, directrice, centre hospitalier Clermont l'Hérault
M. Marc Fumey, adjoint au chef de service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours, HAS
Dr Nicolas Gandrille, médecin HAD, fondation santé service
Mme Sarah GARIDI, responsable système d'information, qualité, centre de soins de suite et de réadaptation de Thionville
Dr Cynthia Garignon, praticien hospitalier, présidente de la commission médicale d'établissement, centre hospitalier Yves-le-Foll
M. Pierre-François Gasco-Finidori, directeur, HAD de Clara Schumann, clinique les Lauriers
Mme Francine Gaston-Carrere, directrice adjointe, clinique du château de Vernhes
M. Henri Gatka, expert-visiteur HAS
Mme Dany Gaudelet, cadre supérieur de santé, centre hospitalier de Charleville-Mézières
M. Sébastien Gayet, directeur qualité, gestion des risques et relation usagers, centre hospitalier universitaire de Reims
Dr Claire Georges, responsable médical PASS, hôpital Saint-Louis, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
Mme Doris Gillig, déléguée régionale adjointe FHF Grand Est, Centre hospitalier d'Erstein
Mme Lorène Gilly, responsable du suivi des politiques publiques, France Alzheimer et maladies apparentées
Mme Anna Goar, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
Dr Thierry Godeau, praticien hospitalier – président de la Commission médicale d'établissement, groupe hospitalier de la Rochelle-Ré-Aunis
Dr David Gouraud, médecin, polyclinique de l'Atlantique
Dr Amandine Grain, présidente de la Commission médicale d'établissement, centre hospitalier Saint-Marcellin
Mme Anne-Sophie Grossemy, cheffe de projet, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins, HAS
Mme Christine Gueri, directrice département qualité gestion des risques, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
Mme Valérie Guerreiro, cadre de santé, réanimation/ USIC, hôpital américain de Paris
Dr Florence Guillou, directrice médicale, institut Robert-Merle d'Aubigne
M. Benjamin Guiraud-Chaumeil, président, clinique d'Aufrey
Dr Jean Halligon, angiologue, vice-président de la Commission de certification des établissements de santé, HAS
Dr Michel Hanau, gestionnaire de l'accréditation des ORL, Conseil national professionnel d'oto-rhino-laryngologie
M. Gilbert Hangard, directeur, Fondation Bon-Sauveur
Dr Ghada Hatem-Gantzer, médecin-chef de la Maison des femmes
Dr Sylvie Haulon, médecin cheffe de service, hôpital Émile-Roux
Mme Michèle Herzog, cadre de santé, responsable qualité et gestion des risques, Fondation de la maison du diaconat de Mulhouse
Dr Christophe Hoareau, praticien hospitalier, centre hospitalier de Bourg-St-Maurice
Dr Didier Honnart, praticien hospitalier, hôpital François Mitterrand, centre hospitalier universitaire de Dijon
Dr Karine Humbert, cheffe de service urgences-USC, polyclinique de la Clarence
Mme Anne-Marie Huot, cadre de santé, Fondation de la maison du diaconat de Mulhouse
M. Pascal Jacob, président, association handidactique
Dr Hélène Jaillet, pneumologue, centre hospitalier de Bligny
Mme Muriel Jakubowski, cheffe de projet, DAQSS, HAS
Mme Odile Janiaut, représentante des usagers, centre hospitalier universitaire de Dijon
Dr Marie-Claude Jars-Guincestre, praticien hospitalier, hôpital Raymond-Poincaré, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
Mme Christiane Jean-Bart, cheffe du service recommandations, HAS

Dr Paul Jean-François, praticien hospitalier, groupe hospitalier Paul Guiraud à Villejuif
Mme Marie-Claire Jouan, cadre supérieur d'anesthésie, hôpital Necker-Enfants malades, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
Dr Yves Jouchoux, praticien hospitalier, anesthésiste-réanimateur, urgentiste, délégué à la protection des données, centre hospitalier universitaire d'Amiens
Dr Pierre Kalfon, chef de service, centre hospitalier de Chartres
M. Loïc Keribin, chef de projet, service certification des établissements de santé, HAS
Mme Johanne Kerloc'h, directrice qualité, LADAPT
Mme Chantal Klein, responsable qualité et gestionnaire de risques, HAD Nantes et région
Dr Jean-Michel Klein, président, Conseil national professionnel d'oto-rhino-laryngologie
Mme Maryvonne Kling, directrice des soins, Fondation AUB santé
Dr Nelly Kotzki, présidente de la commission médicale d'établissement, LADAPT Drôme Ardèche
Dr Karim Lachgar, président de la commission médicale d'établissement, chef de service, centre hospitalier Simone Veil
Dr Christophe Lamisse, représentant du Conseil national pour les hospitaliers, centre hospitalier d'Argenteuil
M. Vincent Landi, directeur général, association Écho (activité de dialyse et néphrologie)
Dr Hélène Lanic, praticien spécialiste, centre Henri-Becquerel
Mme Corinne Laurat-Valette, coordonnatrice qualité des soins, Groupe LNA santé
Mme Marie Laurent-Daspas, représentante des usagers, vice-présidente du conseil de surveillance et directrice de la Ligue contre le cancer de Gironde, centre hospitalier universitaire de Bordeaux, institut Bergonie, réseau de cancérologie d'Aquitaine
Pr Christèle Le Guen, PU-PH, centre hospitalier universitaire de Nantes
M. Alain Le Henaff, représentant des usagers, UFC Que Choisir Pays de la Loire
Dr Catherine Le Rouzic-Dartoy, praticien hospitalier, chirurgien infantile, centre hospitalier universitaire de Brest
Mme Christine Le Tollec, responsable qualité pôle santé France, groupe Korian
Dr Christine Lefort, leader de l'équipe accréditation gastro médical team, hôpital privé Jean-Mermoz, Ramsay Générale de santé
Dr Corinne Lejeune-Fremond, praticien hospitalier, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, hôpitaux Champagne Sud, centre hospitalier de Troyes
Dr Pascal Leroux, chef de pôle, pédiatre, centre hospitalier Le Havre
Dr Anne Lesur, responsable parcours, institut de cancérologie de Lorraine
Mme Isabelle L'Hôpital, directeur, clinique la Chataigneraie Elsan Beaumont
Dr Catherine Liermier, psychiatre, centre Philippe-Paumelle
M. Frederic Limouzy, directeur d'établissement, centre hospitalier intercommunal Fréjus-Saint-Raphaël
M. Georges-Henri Lion, directeur qualité, parcours patient, centre hospitalier universitaire de Grenoble
Mme Elsa Luiggi, sage-femme, centre hospitalier de Valence
Dr Gilles Macaigne, chef de service gastroentérologie, Grand hôpital de l'est francilien, Marne-la-Vallée
Mme Pauline Maisani, directrice générale adjointe, Hôpital Bichat, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
Pr Jean-Marc Malinovsky, anesthésiste-réanimateur, centre hospitalier universitaire de Reims
Dr Caroline Marquis, médecin, hôpital américain de Paris
Mme Monique Mazard, directrice d'hôpital, centre hospitalier universitaire de Nice
Dr Anne Mebazaa, radiologue, groupe hospitalier Paris-Saint-Joseph
M. Patrick Mechain, directeur, animateur qualité du GHT Rhône-Vivarais, centre hospitalier de Valence, centre hospitalier de Crest, centre hospitalier de Die, centre hospitalier de Tournon
Dr Denis Mechali, médecin, hôpital Saint-Louis
Dr Anne Melard, pharmacienne, HAD soins et santé
Dr Elodie Menage, radiologue, groupe hospitalier Paris-Saint-Joseph
Mme Fabienne Menot, cheffe de projet, DAQSS, HAS
Dr Hervé Mentec, praticien hospitalier, médecine intensive-réanimation, centre hospitalier Victor-Dupouy
Dr Jean Baptiste Meric, médecin, centre hospitalier de Bligny
Mme Aline Metais, conseillère technique, direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social, HAS
Mme Fatiha Mezi, cadre de santé formateur, institut de formation en soins infirmiers de Marseille
Pr Bertrand Millat, président du conseil scientifique, Caisse nationale d'assurance maladie
M. Alain Monnier, administrateur, Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
Mme Annie Morin, représentante des usagers, centre hospitalier universitaire de Montpellier
M. Abdel Aziz Moudjed, infirmier diplômé d'État, centre hospitalier régional et universitaire de Nancy

M. Gilbert Mounier, responsable qualité gestion des risques, établissement public de santé de Ville-Évrard
Dr Thierry Mulsant, manager, Agence nationale d'appui à la performance
Dr Simone Nerome, médecin praticien hospitalier, hôpital Beaujon, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
Dr Thai Binh Nguyen, praticien hospitalier, rhumatologue, gériatre, coordonnateur des risques associés aux soins, centre hospitalier universitaire de Limoges
Mme Émilie Odorico, directrice qualité et gestion des risques, polycliniques Navarre et Marzet
Mme Sophie Ollivier, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
Mme Dominique Osu, directrice qualité patientèle et politiques sociales, centre hospitalier universitaire de Tours
Dr Jean-Christophe Paquet, praticien hospitalier, chef de pôle, centre hospitalier de Longjumeau
Pr Dominique Pateron, chef de service urgences adultes, centre hospitalier universitaire de Saint-Antoine, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
Mme Sabine Paysant, sage-femme coordinatrice, centre hospitalier Le Cateau
Mme Véronique Peltier Chevillard, cadre supérieure socio-éducatif, centre hospitalier universitaire de Rennes
Mme Brigitte Penhoet, cadre de santé, centre hospitalier universitaire de Rennes
Dr Tina Perez, directrice d'établissement, centre hospitalier intercommunal Caux-Vallée-de-Seine
Dr Sylvie Peron, présidente de la Commission médicale d'établissement, centre hospitalier Laborit à Poitiers
Pr Paul Perrin, attaché à la direction générale, hospices civils de Lyon
Dr Pierre Perucho, médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, centre hospitalier de Perpignan
M. Roger Picard, directeur, Association de préfiguration Fondation Denise Picard, Les Bruyères
Mme Marie-Françoise Pilet, représentante des usagers, pilote formation responsabilité, vice-présidente groupe technique santé soins, Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
Pr Gérard Ponsot, retraité, vice-président du comité d'études, d'éducation et de soins auprès des personnes polyhandicapées
M. Pierre Portigliatti, directeur, clinique de soins de suite gériatrique La Pagerie
Mme Nathalie Poutignat, cheffe de projet, service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours, HAS
Mme Florence Pouvesle, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
Mme Véronique Pozza, présidente France Assos santé Pays de la Loire, Fédération des acteurs de la solidarité, Pays de la Loire
Mme Amélie Prigent, cheffe de projet, service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours, HAS
Dr Evelyne Ragni-Ghazarossian, praticien hospitalier, urologue, présidente du Comité qualité sécurité des soins, Assisantce publique – Hôpitaux de Marseille
Mme Valérie Raoul Lancry, directrice adjointe, centre hospitalier universitaire de Caen
Dr Pierre Raynal, praticien hospitalier maternité, coordonnateur de la gestion des risques, centre hospitalier de Versailles
Pr Gérard Reach, référent hospitalité et CGRAS (coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins), hôpital Avicenne – Assisatante Publique – Hôpitaux de Paris
M. Yannick Réaux, directeur des projets, de l'organisation et de la qualité, Fondation de la maison du diaconat de Mulhouse
M. Samir Regragui, président, Familles de France Pyrénées-Orientales
Mme Patricia Renier, cadre de soins, centre de soins de suite et réadaptation LADAPT Haut de Seine
Mme Nelly Reveillard, chargée de mission qualité, siège de la Croix-Rouge française
Mme Karine Riguet, assistante chef de pôle psychiatrie adulte, EPSM de la Sarthe
Mme Céline Rocard, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
Mme Katell Rochefort Smida, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
Dr Jean Michel Rochet, médecin coordinateur, clinique Samcellemoz
Mme Régine Rouet, cadre de pôle, centre hospitalier sud francilien
Mme Jacqueline Ruault, représentante des usagers, Familles de France nationale
Dr Josh Rubenovitch, directeur qualité gestion des risques, centre hospitalier universitaire de Montpellier
Dr Isabelle Runge, praticien hospitalier en médecine intensive et réanimation, centre hospitalier régional d'Orléans
Dr Marie-Odile Saby, présidente de CME, praticien hospitalier, centre hospitalier de Muret
Dr Thierry Saint-Val, vice-président du collectif national des PASS, centre hospitalier de Bayonne
Dr Jean-François Sallustrau, psychiatre, centre Philippe-Paumelle
Dr Albert Scemama, chef de projet, service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours, HAS

Pr Stéphane Schneider, nutritionniste, centre hospitalier universitaire de Nice
Dr Stéphanie Schramm, adjointe au chef du service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours, HAS
Mme Nathalie Sonzogni, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
Dr Philippe Souchois, directeur des opérations adjoint, directeur qualité et soins, siège Ramsay-Générale de santé
Dr Lilia Soufir, anesthésiste-réanimateur, groupe hospitalier Paris-Saint-Joseph
Mme Alice Tan, chef de projet, direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social, HAS
Dr Caroline Telion, praticien hospitalier, hôpital Necker-Enfants malades, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
Dr Daniel Terral, président de la commission parcours patient, praticien hospitalier, pédiatre, centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand
Mme Nadège Tessier, ingénieure qualité gestion des risques, centre hospitalier régional d'Orléans
M. Damien Thibault, chef de projet, service certification des établissements de santé, HAS
M. Stéphane Thibault, chef de projet, service certification des établissements de santé, HAS
M. Michel Thumerelle, directeur général, centre hospitalier de Saint-Amand-les-Eaux
Dr Laurence Timsit, médecin qualité du groupe hospitalier de territoire, groupe hospitalier de territoire Aisne-Nord, Haute Somme
M. Christophe Torrens, centre hospitalier Simone Veil
Mme Michèle Torres, coordonnatrice des soins, cliniques de Neuilly-sur-Seine : Ambroise Paré, Pierre-Cherest, Hartmann
M. Bruno Tournevache, directeur, centre hospitalier intercommunal du pays de Revermont
Dr Jean Tourres, médecin, polyclinique de l'Atlantique
Mme Joelle Tracol, cadre hygiéniste, cadre stérilisation, qualité, Clinique Synergia Luberon
Dr Valery Trosini-Desert, praticien hospitalier, hôpitaux universitaires Pitié Salpêtrière – Charles Foix –, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
Mme Anaïs Valencas, directrice, établissement d'accueil du jeune enfant
Mme Béatrice Vanuxem, directrice, centre hospitalier universitaire de Nîmes
Dr Philippe Vassel, médecin chef d'établissement, centre de rééducation Le Parc, résidences médico-sociales – BTP
Dr Françoise Vendittelli, gynécologue obstétricien, centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand
Mme Murielle Vermeersch, directrice, centre hospitalier de Caussade et de Nègrepelisse
Mme Sylvie Vernois, cadre de santé, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
Mme Caroline Veronet, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
M. Alexis Vervialle, chargé de mission offre de soins, France assos santé
M. Jean-Pierre Vidal, directeur adjoint, centre hospitalier Montperrin
Mme Corinne Vieules, cadre de santé, responsable développement, Santé relais domicile Toulouse
Dr Jean Marc Villatte, psychiatre, RAQ, président CME, clinique du Grand Pré
Dr Frederic Zadegan, médecin, institut mutualiste Montsouris

Groupe de travail dispositif

Dr Yvonnick Bezie, pharmacien, chef de service, groupe hospitalier Paris Saint-Joseph
M. Pascal Bonafini, directeur général, centre hospitalier Saint – Joseph et Saint-Luc
Mme Anne Chevrier, cheffe du service certification des établissements de santé, HAS
Mme Marie Citrini, vice-présidente de Créteil Respire à cœur – CRAC – membre de la FFAAIR
Dr Marie-Pierre Dilly, praticien hospitalier, anesthésiste réanimateur, directrice qualité et gestion des risques, hôpitaux universitaire Paris Nord Val-de-Seine, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
Dr Catherine Grenier, directrice de la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, HAS
Mme Anne-Sophie Grossemy, cheffe de projet, service évaluations des outils pour la qualité et la sécurité des soins, HAS
Mme Marie-Claude Hittinger, cheffe de projet, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, HAS
Mme Muriel Jakubowski, cheffe de projet, DAQSS, HAS
M. Loïc Keribin, chef de projet, service certification des établissements de santé, HAS
M. Philippe Laly, adjoint à la cheffe du service certification des établissements de santé, HAS
Dr Laurence Luquel, médecin cheffe gériatre, hôpital privé les Magnolias
Mme Monique Mazard, directrice du pôle parcours patient, centre hospitalier universitaire de Nice

Mme Sandrine Morin, adjointe à la cheffe de service évaluations des outils pour la qualité et la sécurité des soins, HAS
Mme Françoise Planckeel, coordonnateur gestion des risques, clinique du Millénaire
Mme Florence Pouvesle, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
Dr Evelyne Ragni-Ghazarossian, praticien hospitalier, urologue, présidente du comité qualité sécurité des soins, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille
Dr Georges Romero, anesthésiste réanimateur, responsable qualité et gestion des risques, centre Léon Bérard
Groupe de Travail DIM
Dr Roland Bouet, praticien hospitalier DIM, centre hospitalier Henri-Laborit, Poitiers
M. Yann Barreau, chef de projet, service certification des établissements de santé, HAS
Mme Anne Chevrier, cheffe du service certification des établissements de santé, HAS
Dr Stéphanie Gathion, médecin de santé publique, responsable de la production de l'information médicale, Ramsay santé, Générale de santé
Dr Nicolas Jay, médecin de santé publique, université de Lorraine
Pr Patrick Jourdain, médecin chef de service de cardiologie, centre hospitalier universitaire de Bicêtre – Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
Dr Claire Lauérière, médecin de santé publique, centre hospitalier universitaire de Lille

Groupe de travail système d'information

Mme Marie-Laure Barbotin, adjointe au chef de service de la transformation numérique et logistique, HAS
M. Yann Barreau, chef de projet, service certification des établissements de santé, HAS
Mme Frédérique Blarel, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
M. Philippe Boulogne, directeur des systèmes d'information directeur délégué du pôle imagerie, hôpital Foch
Mme Florence Bulte, assistante de gestion, service certification des établissements de santé, HAS
M. Frédéric Capuano, chef de projet, service certification des établissements de santé, HAS
Mme Anne Chevrier, cheffe du service certification des établissements de santé, HAS
Mme Muriel Jakubowski, cheffe de projet, DAQSS, HAS
M. Frank Jolivaldt, chef du service de la transformation numérique et logistique, HAS
M. Loïc Keribin, chef de projet, service certification des établissements de santé, HAS
M. Philippe Laly, adjoint à la cheffe du service certification des établissements de santé, HAS
Dr Hélène Mathieu-Daude, médecin DIM, Institut du cancer de Montpellier
Dr Victorio Menoyo-Calonge, médecin DIM, hôpital Saint-Jacques de Nantes
Mme Isabelle Metzger, directrice qualité et gestion des risques, centre hospitalier de Versailles
Mme Florence Pouvesle, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
M. Judicaël Thevenard, chef de projet, service de la transformation numérique et logistique, HAS
Mme Nathalie Vidal, responsable, coordonnateur de la démarche qualité, adjoint au directeur de l'organisation, de la qualité gestion des risques et des relations avec les usagers, pôle politique médicale et parcours de soins – qualité – recherche, centre hospitalier universitaire de Limoges

Groupe de travail implication des usagers dans la certification des établissements de santé pour la qualité des soins

Mme Fany Alves, assistante de gestion, service certification des établissements de santé, HAS
Mme Joëlle André-Vert, cheffe du service engagement des usagers, HAS
Mme Mathilde Bruneau, cheffe de projet, service engagement des usagers, HAS
Mme Chantal Cateau, représentante des usagers, Association Le Lien
Mme Anne Chevrier, cheffe du service certification des établissements de santé, HAS
Mme Marie Citrini, vice-présidente de Créteil Respire A Cœur (CRAC), membre de la FFAAIR
Mme Annie Morin, représentante des usagers Association France rein
Mme Florence Pouvesle, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
Mme Véronique Pozza, représentante et déléguée régionale de la Fédération TRANSHEPATE

Expérimentations visite de certification des établissements de santé pour la qualité des soins

Établissements de santé expérimentateurs :

Groupe hospitalier Paris-Nord-Val-de-Seine (Bichat – Beaujon)
Centre hospitalier privé Sainte-Marie
Centre hospitalier Saint-Joseph et Saint-Luc
Centre hospitalier Sainte-Anne
HAD France – Châlons-en-Champagne
Centre hospitalier de Versailles
Centre hospitalier de Sully-sur-Loire
Centre hospitalier universitaire de Nice
Hôpital de pédiatrie et de rééducation de Bullion
Clinique de Turin
Centre régional de lutte contre le cancer Oscar-Lambret
Clinique du pont de Chaume
Centre hospitalier de Plaisir

Experts-visiteurs et observateurs ayant participé aux expérimentations

Mme Anne-Claire Duval, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, pilote des expérimentations de certification des établissements de santé pour la qualité des soins, HAS
Mme Katell Rochefort Smida, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, pilote des expérimentations de certification des établissements de santé pour la qualité des soins, HAS
Dr Cécile Di Santolo, expert-visiteur
Mme Christine Feisthammel, expert-visiteur
Dr Karine Humbert, expert-visiteur
Mme Liliane Alliot Bironneau, expert-visiteur
Dr Muriel Arthus, expert-visiteur
M. Jérôme Austoni, expert-visiteur
M. Yann Barreau, chef de projet, service certification des établissements de santé, HAS
Mme Catherine Barette, expert-visiteur
M. Thomas Baum, expert-visiteur
Dr Marie-Françoise Beck, expert-visiteur
Mme Christine Belinga-Bayo, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
Mme Anne Bencteux, expert-visiteur
Mme Céline Biche, expert-visiteur
Dr Emmanuel Bolzinger, gynécologue-obstétricien, hôpital privé Natecia
M. Pascal Bonafini, directeur général, centre hospitalier Saint-Joseph et Saint-Luc
M. Roland Bouet, praticien hospitalier DIM, CHS Henri Laborit
Mme Catherine Bourgneuf, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
M. Marie-Claude Borg, expert-visiteur
Dr Romain Carron, expert-visiteur
Mme Chantal Cateau, représentant des usagers, Union régionale des associations agréées du système de santé Centre-Val de Loire, Association Le Lien
Dr Hélène Catenoix, expert-visiteur
Mme Anne Chevrier, cheffe du service certification des établissements de santé, HAS
M. Daniel Chiche, expert-visiteur
Dr Jean-David Cohen, expert-visiteur
Dr Philippe Dailland, expert-visiteur
Mme Tien Danh, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
Dr Julien Deranlot, expert-visiteur
Mme Isabelle Dorléans, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
Dr Patrick Dumas, expert-visiteur
Dr Mounir El Mhamdi, chef de projet, service certification des établissements de santé, HAS
M. Henri Gatka, expert-visiteur
Dr Catherine Grenier, directrice de la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
Dr Jean Halligon, angiologue, cabinet phlébologie – médecine vasculaire
Mme Marie-Joseph Hoarau Martin, expert-visiteur
Dr Sylviane Huet Crepon, expert-visiteur
M. Loïc Keribin, chef de projet, service certification des établissements de santé, HAS
Mme Christine Kiener, conseillère technique, service certification des établissements de santé, HAS
Mme Maryvonne Kling, expert-visiteur
Dr Fatima Laki, expert-visiteur
M. Philippe Laly, adjoint à la cheffe du service certification des établissements de santé, HAS
Dr Corinne Lejeune-Fremond, expert-visiteur
Dr Anne Lesur, expert-visiteur
Mme Isabelle L'Hôpital-Rose, directrice, Clinique La Châtaigneraie
Dr Laurence Luquel, expert-visiteur
Mme Charlène Manceau, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
M. Patrick Mechain, expert-visiteur
Mme Annie Morin, présidente Association des usagers, CISS Languedoc-Roussillon
Dr Simone Nerome, expert-visiteur
Mme Sophie Ollivier, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
Mme Marie-Hélène Painchaud, expert-visiteur
Dr Éric Parietti, expert-visiteur

Dr Pierre Perucho, anesthésiste réanimateur et médecin coordonnateur HAD, centre hospitalier Perpignan
Mme Vanessa Polonia, assistante de gestion, service certification des établissements de santé, HAS
Mme Florence Pouvesle, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
M. Pierre Portigliatti, expert-visiteur
Dr Gilbert Pouliquen, expert-visiteur
Dr Geneviève Robles, expert-visiteur
Mme Céline Rocard, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
Dr Georges Romero, expert-visiteur
Mme Nelly Rubbens, expert-visiteur
Mme Nathalie Sonzogni, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
M. Stéphane Thibault, chef de projet, service certification des établissements de santé, HAS
Mme Caroline Veronet, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS

Fédérations, associations, et autres organismes concertés

Agence de la biomédecine
Agence de sûreté nucléaire
Agence nationale d'appui à la performance
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
Agence régionale de santé
Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
Association d'accompagnement, éducation pour l'insertion des personnes en situation de handicap
Association des directeurs d'hôpitaux
Association des établissements du service public de santé mentale
Association des paralysés de France
Association des représentants des usagers dans les cliniques, les associations et les hôpitaux
Association ECHO (activité de dialyse et néphrologie)
Association française de chirurgie ambulatoire
Association française des directeurs des soins
Association française des experts visiteurs de la HAS
Association française des gestionnaires de risques sanitaires
Association française d'ostéopathie
Association handidactique
Association nationale des centres hospitaliers locaux
Association régionale pour l'intégration
Bureau de l'assurance qualité et de l'information médico-économique de l'hospitalisation privée
Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés
Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie
Collège de bonnes pratiques de réanimation médicale
Collège de la médecine générale
Collège de pharmacie d'officine et de pharmacie hospitalière
Collège français de médecine d'urgence
Collège français des anesthésistes-réanimateurs
Collège français de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Collège infirmier français
Collège national des gynécologues et obstétriciens français
Collège national des sages-femmes de France
Collège national professionnel d'endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques
Collège national professionnel de chirurgie vasculaire
Collège professionnel des gériatres français
Commission de certification des établissements de santé
Conférence des directeurs de centre hospitalier
Conférence des directeurs d'hôpitaux MCO de la FEHAP
Conférence des directeurs généraux de centre hospitalier universitaire et HCL
Conférence des présidents de CME privé à but non lucratif
Conférence des présidents de CME HP
Conférence des présidents de CME privé à but lucratif (ESPIC)
Conférence des présidents de CME privé à but non lucratif (ESPIC)
Conférence des présidents de CME de CH
Conférence des présidents de CME de CHS
Conférence des présidents de CME de CHU
Conseil national de l'Ordre des infirmiers
Conseil national de l'Ordre des médecins
Conseil national de l'Ordre des pharmaciens
Conseil national de l'urgence hospitalière
Conseil national professionnel d'hépato-gastro-entérologie
Conseil national professionnel – Fédération française d'infectiologie
Conseil national professionnel d'allergologie et d'immunologie
Conseil national professionnel d'anesthésie-réanimation
Conseil national professionnel de biologie des agents infectieux – hygiène hospitalière
Conseil national professionnel de biologie médicale
Conseil national professionnel de cardiologie
Conseil national professionnel de chirurgie de l'enfant
Conseil national professionnel de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

Conseil national professionnel de chirurgie viscérale et digestive
Conseil national professionnel de dermatologie
Conseil national professionnel de génétique clinique, chromosomique et moléculaire
Conseil national professionnel de gynécologie – obstétrique
Conseil national professionnel de médecine du sport
Conseil national professionnel de médecine du travail
Conseil national professionnel de médecine nucléaire
Conseil national professionnel de médecine physique et de réadaptation
Conseil national professionnel de médecine vasculaire
Conseil national professionnel de néphrologie
Conseil national professionnel de nutrition
Conseil national professionnel de psychiatrie
Conseil national professionnel de psychiatrie – Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie
Conseil national professionnel de radiologie et d'imagerie médicale (G4)
Conseil national professionnel de radiothérapie oncologique
Conseil national professionnel de rhumatologie
Conseil national professionnel de santé publique
Conseil national professionnel de stomatologie, chirurgie orale et maxillo-faciale
Conseil national professionnel de vigilance et thérapeutique transfusionnelles, tissulaires et cellulaires
Conseil national professionnel des internistes
Conseil national professionnel des pathologistes
Conseil national professionnel d'hématologie
Conseil national professionnel d'oncologie médicale
Conseil national professionnel d'oto-rhino-laryngologie
Conseil national professionnel d'oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico faciale
Conseil national professionnel d'urologie
Conseil national professionnel – Fédération française de neurologie
Conseil national professionnel médecine intensive réanimation
Conseil national professionnel de neurochirurgie
Contrôleur général des lieux de privation de liberté
Défenseur des droits
Direction générale de la santé
Direction générale de l'offre de santé
Directoire professionnel des plasticiens
Établissement d'accueil de jeunes enfants
Établissement français du sang
Familles de France nationales
Familles de France Pyrénées Orientales
Fédération de chirurgie viscérale & digestive
Fédération de l'hospitalisation privée
Fédération de l'hospitalisation privée – médecine, chirurgie obstétrique
Fédération de l'hospitalisation privée – psychiatrie
Fédération de l'hospitalisation privée – psychiatrie
Fédération de l'Hospitalisation privée – soins de suite et de réadaptation
Fédération des établissements hospitaliers & d'aide à la personne
Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques
Fédération des spécialités médicales
Fédération française d'addictologie
Fédération française de pneumologie
Fédération française de psychiatrie – Conseil national professionnel de psychiatrie
Fédération hospitalière de France
Fédération nationale des associations de retraités
Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
Fédération Unicancer
France Alzheimer et maladies apparentées
France Assos santé
Haute Autorité de santé
Institut de formation en soins infirmiers de Marseille
Institut national du Cancer
L'Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées
Le Collège de la masso kinésithérapie
Mutuelle générale de l'Éducation nationale
Ordre des masseurs-kinésithérapeutes
Représentante des usagers de l'AP-HP
SAMU 59
Santé publique France
School of medecine, Paris-Descartes University
Service de santé des armées
Société française d'accompagnement et de soins palliatifs
Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique
Société française de gestion des risques en établissements de santé
Société française de l'évaluation
Société française de pédiatrie
UFC Que Choisir Pays de la Loire
Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
Union nationale des cliniques psychiatriques de France

Autres collaborateurs de la HAS ayant participé au développement de la certification

Mme Isabelle Alquier, conseillère technique, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins
M. Bruno Bally, adjoint du service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins
Mme Emmanuelle Bara, directrice de la direction de la communication, de l'information et de l'engagement des usagers
Dr Philippe Cabarrot, conseiller technique, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins
M. Philippe Chevalier, conseiller technique, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins
M. Pierre De Montalembert, chef de cabinet
Mme Christine Devaud, adjointe à la cheffe du service documentation et veille
Dr Valérie Ertel-Pau, adjointe au chef du service service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours
Mme Florence Gaudin, cheffe du service presse
Mme Véronique Ghadi, directrice de la direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social
Mme Marie Gloanec, cheffe de projet, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins
Dr Camille Leandre, cheffe de projet, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins
M. Daniel Ludet, déontologue
Mme Laure Menanteau Bendavid, cheffe du service communication et information
Mme Anne – Françoise Pauchet-Traversat, cheffe de projet service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours
Mme Ludivine Protin, chargée de communication, service communication et information
Mme Ariane Sachs, chargée de mission auprès du secrétariat général et du service juridique
Mme Yasmine Sami, cheffe de projet, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins
Dr Olivier Scemama, adjoint au chef du service évaluation économique et santé publique
Mme Christine Vincent, adjointe à la directrice chargée du secrétariat général, cheffe du service juridique

Et l'ensemble des membres du service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins, du service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours, du service des bonnes pratiques professionnelles, de la direction de la communication, de l'information et de l'engagement des usagers, du secrétariat général.

Service certification des établissements de santé, DAQSS, HAS

Mme Fany Alves, assistante de gestion
M. Bora Aygul, assistant de gestion
M. Yann Barreau, chef de projet
Mme Aurélie Baude, assistante de gestion
Mme Saïda Belferroum, assistante de gestion
Mme Christine Belinga-Bayo, cheffe de projet
Mme Nora Ben Hamidouche, assistante de gestion
Mme Frédérique Blarel, cheffe de projet
Mme Catherine Bourgneuf, cheffe de projet
Mme Betty Bressan, assistante de gestion
Mme Véronique Brosseau Roulier, assistante de gestion
Mme Florence Bulte, assistante de gestion
M. Frédéric Capuano, chef de projet
Mme Ella Chabanne, assistante de gestion
Mme Anne Chevrier, cheffe de service
Mme Élise Costeja, assistante de gestion
Mme Ghislaine Couespel, assistante de gestion
Mme Tien Danh, cheffe de projet
Mme Rose-Marie Derenne, cheffe de projet
Mme Isabelle Dorléans, cheffe de projet
Mme Susie Dubois, assistante de projet
Mme Anne-Claire Duval, cheffe de projet
Dr Mounir El Mhamdi, chef de projet
Mme Charlotte Giral, assistante de gestion
Mme Céline Grimeau, assistante de gestion
Mme Yasmina Hagag, assistante de gestion
Mme Nathalie Hurvoas, assistante de gestion
M. Loïc Keribin, chef de projet
Mme Christine Kiener, conseillère technique
Mme Chantal Laaroussi, assistante de gestion
M. Philippe Laly, adjoint au chef de service
Mme Magali Leclerc, assistante de gestion
M. Daniel Lemoigne, assistant de gestion
Mme Marie Level, cheffe de projet
M. Mohammed Makhoukh, chef de projet
Mme Laura Malvoisin, assistante de gestion
Mme Charlène Manceau, cheffe de projet
Mme Isabelle Mauras, cheffe de projet
M. Frédéric Micouin, chef de projet
Dr Simone Nerome, cheffe de projet
Mme Sophie Ollivier, cheffe de projet
Mme Véronique Peirac, assistante de gestion
Mme Vanessa Polonia, assistante de gestion

Mme Florence Pouvesle, cheffe de projet
Mme Patricia Prouvay, assistante de gestion
Mme Céline Rocard, cheffe de projet
Mme Katell Rochefort Smida, cheffe de projet
Mme Christiane Rossatto, conseillère technique
Mme Nathalie Sonzogni, cheffe de projet
M. Stéphane Thibault, chef de projet
Mme Caroline Veronet, cheffe de projet
Mme Vesna Virijevic, assistante de gestion
M. Wesley Zelphin, assistant de gestion

Conseil pour l'engagement des usagers HAS

M. Christian Saout, président
M. François Blot, médecin en réanimation médicale
Mme Julia Boivin, usager des systèmes de soins sociaux ou médico-sociaux
Mme Agnès Bourdon-Busin, usager des systèmes de soins sociaux ou médico-sociaux
M. Nicolas Brun, usager des systèmes de soins sociaux ou médico-sociaux
Mme Véronique Cornu, directrice d'établissement médico-social
M. Christophe Demonfaucon, usager des systèmes de soins sociaux ou médico-sociaux
Mme Eve Gardien, enseignant-chercheur, sociologue
Mme Olivia Gross-Khalifa, enseignant-chercheur en sciences de l'éducation
Mme Julie Haesebaert, médecin de santé publique
M. Arnaud Lacquit, infirmier en établissement de santé spécialisé en psychiatrie
Mme Francine Laigle, usager des systèmes de soins sociaux ou médico-sociaux
Mme Sylvie Le Moal, directrice adjointe de l'accueil et des relations avec les usagers en établissement de santé
M. Cyril Martin, usager des systèmes de soins sociaux ou médico-sociaux
M. Etienne Minvielle, médecin de santé publique, directeur de recherche en gestion et management des organisations de santé
Mme Fabienne Ragain-Gire, usager des systèmes de soins, sociaux ou médico-sociaux
M. Thomas Sannié, usager des systèmes de soins sociaux ou médico-sociaux
M. Claude Séverac, usager des systèmes de soins sociaux ou médico-sociaux
M. Patrick Vuattoux, médecin généraliste en maison de santé pluriprofessionnelle

Autres professionnels ayant participé à la relecture

Pr Jean-Claude Carel, chef du service d'endocrinologie diabétologie pédiatrique, AP-HP
M. Laurent Beaumont, ingénieur qualité, centre hospitalier Le Vinatier, président de l'Association nationale des responsables qualité en psychiatrie
M. Pascal Benard, directeur, EPSM du Morbihan
Mme Dominique De Wilde, directrice générale du centre hospitalier universitaire de Reims, membre de la Commission de certification des établissements de santé jusqu'en juillet 2019, HAS
Mme Céline Descamps, secrétaire générale, communauté psychiatrique de territoire Rhône-Métropole
Dr Christian Espagno, directeur associé, Agence nationale d'appui à la performance
Dr Yvan Halimi, psychiatre, président du comité de suivi « psychiatrie santé mentale », HAS
M. Pascal Mariotti, directeur, centre hospitalier Le Vinatier, président de l'Association des établissements du service public de santé mentale
Mme Laurence Nivet, directrice, HAD AP-HP
Mme Marine Plantevin, directrice, centre hospitalier Césame

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ
sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – octobre 2020 – n° ISBN 978-2-11-155620-1 – conception parties prenantes