



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

REFERENTIEL

Certification des établissements de santé pour la qualité des soins

Version 2025

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 20 novembre 2024
Immatriculation interne	ACDC_CED_R004_I

© Toute réutilisation de tout ou partie des documents doit mentionner la HAS en qualité d'auteur.

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 – Septembre 2022 – n° ISBN978-2-11-155620-1

Sommaire

Le référentiel

Les fiches critères

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'elles 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. **Pour 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).

A contrario :

- La certification n'est pas une inspection.
- La certification n'est pas un palmarès des hôpitaux et cliniques entre eux.
- La certification n'interfère pas avec les autres évaluations réglementaires applicables aux établissements de santé (COFRAC, ASN, DDPP...).

Parmi les modalités de mesure de la qualité des soins en établissement de santé, la **certification est le seul dispositif national en France 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.

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 février 2023, la HAS a été accréditée par l'ISQua pour la qualité et la sécurité des soins pour l'ensemble de la procédure de certification des établissements de santé (référentiel, organisation pour le déploiement de la certification, programme de formation des experts-visiteurs). Cette reconnaissance internationale est un gage de rigueur et de qualité du dispositif HAS et constitue une marque de confiance qui a conduit d'autres établissements de pays francophones à conventionner volontairement avec la HAS pour être évalués selon la méthode et le référentiel français. Une transposition du référentiel de certification français aux spécificités de ces pays a été réalisée.

En évolution constante depuis 25 ans...

La démarche de certification des établissements de santé a débuté il y a 25 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 version prenant appui sur les acquis de la précédente pour introduire de nouveaux objectifs, méthodes ou exigences.

La première version de la 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.

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.

Enfin, la certification pour la qualité et la sécurité des soins vise l'évaluation des résultats de la démarche qualité et sécurité des soins des établissements de santé et leurs capacités à les améliorer tout en préservant leurs acquis.

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.

...depuis 2021, la certification des établissements de santé se transforme profondément...

Le Collège de la HAS a fixé trois ambitions pour le développement continu de la 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 ;
- 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 d'aujourd'hui en matière de qualité

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 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, viennent 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.

Pour tenir compte des évolutions du système de santé et du retour d'expérience des établissements de santé, et en concertation avec l'ensemble des parties prenantes, ce référentiel est actualisé chaque année.

Un référentiel structuré en 12 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 respect des droits du patient
	1.2 – L'information du patient
	1.3 – L'engagement du patient dans son projet de soins
	1.4 – L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement

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.

Chapitres	Objectifs
Chapitre 2 Les équipes de soins	2.1 – La coordination des équipes pour la prise en charge du patient
	2.2 – La maîtrise des risques liés aux pratiques
	2.3 – La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)
	2.4 – La culture de la pertinence et de l'évaluation

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.

Chapitres	Objectifs
Chapitre 3 L'établissement	3.1 – Le management global par la qualité et la sécurité des soins
	3.2 – La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences
	3.3 – Le positionnement territorial
	3.4 – L'adaptation à des soins éco-responsables et aux innovations numériques

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.

Un référentiel modulable en fonction de l'établissement de santé

Le référentiel contient 86 critères génériques, qui s'appliquent à l'ensemble des établissements de santé, et 32 critères spécifiques liés à des champs d'application relevant :

- de populations : enfants et adolescents, patients âgés ;
- de modes de prise en charge : hospitalisation à domicile (HAD) ;
- de secteurs d'activité : SAMU/SMUR, urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques (catégorie regroupant les soins intensifs polyvalents, de spécialité et la réanimation adulte et pédiatrique), santé mentale et psychiatrie, électroconvulsivothérapie, soins médicaux et de réadaptation (SMR), unité de soins de longue durée (USLD), radiothérapie.

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 :

- 92 critères **standards** qui correspondent aux attendus de la certification.
- 21 critères **impératifs** qui correspondent à des exigences fondamentales dans tous les établissements 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 ; elle pourra avoir un impact sur le niveau de décision.
- 5 critères **avancés** qui correspondent à des exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour. Ils constituent les potentiels critères standards de demain.

La démarche de certification en pratique

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

1	2	3	4
Engagement dans la procédure	Évaluation et diffusion des résultats	Décision	Publication
① Engagement dans la procédure de certification	INITIALEMENT		ANNUELLEMENT
	ES Engagement	HAS Intégration des données de l'établissement	ES Validation de la mise à jour des données de l'établissement
② Évaluation	ENTRE 2 VISITES		
	ES Évaluation(s) interne(s)		
	L'ANNÉE DE LA VISITE		
	HAS – ES Échanges préparatoires en continu HAS <-> ES	HAS Communication de l'équipe d'experts 3 mois avant la visite	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 du rapport		ES Possibilité de formuler un RG 2 mois après réception de la décision
	CERTIFIÉ Avec ou sans mention	CERTIFICATION SOUS CONDITIONS	NON CERTIFIÉ

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.

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 qui permet ainsi de définir :

- les critères spécifiques du référentiel qui lui sont applicables. 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 réalisées 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.

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 à partager (projet d'établissement, organigramme,) ;
- les bilans de ses évaluations internes ;
- son calendrier de visite ;
- ses rapports de certification ;
- etc.

**Un référentiel
adapté à chaque
établissement**

**Calista :
une plateforme
collaborative**

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

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.

*Une rencontre avec
le patient et son
équipe de soins*

L'évaluateur 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

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.

*Une évaluation de la
coordination des
services*

Ensuite, l'évaluateur, accompagné d'un professionnel, retrace le parcours physique du patient. Ainsi, pour compléter son évaluation, il rencontre les équipes intervenant dans le parcours retenu et des patients.

Traceur ciblé

Le traceur ciblé consiste à évaluer, sur le terrain, la mise en œuvre réelle d'un processus. L'évaluation part du terrain pour remonter, en cas de dysfonctionnements, vers le processus. Pour ce faire, l'évaluateur rencontre les équipes, consulte les documents nécessaires et réalise les observations associées.

*Une évaluation
sur le terrain de
la mise en œuvre
d'un processus*

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, SAMU/SMUR, isolement et contention, électroconvulsivothérapie, secteurs interventionnels et transfusion.

Une évaluation de la stratégie jusqu'au terrain

Audit système

L'audit système consiste à évaluer un processus pour s'assurer de sa maîtrise et de sa capacité à atteindre les objectifs. L'évaluation part 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 la direction, la présidence du conseil médical, la direction des soins ou équivalent, les responsables en charge d'une structure spécifique, les représentants des usagers. Enfin, le troisième temps consiste à évaluer, avec les professionnels et leurs encadrants médicaux et paramédicaux, comment le processus est décliné sur le terrain.

Observations

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...) ...

Une méthode tout au long de la visite

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.

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 les observations à réaliser.

Calista : un outil pour générer ses grilles d'évaluation

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

Une évaluation ciblée sur les résultats

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

- « Oui » signe la satisfaction à l'élément d'évaluation ;
- « Non » signe la non-satisfaction 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.

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.

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.

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, il n'y a plus lieu de transmettre l'évaluation interne de l'établissement à la HAS.

Une évaluation externe confiée à des experts-visiteurs

Les équipes d'experts-visiteurs sont :

- pluriprofessionnelles 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 ;
- depuis janvier 2024, les équipes sont systématiquement renforcées par une compétence sur le numérique.

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 environ 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 le coordonnateur selon le profil de l'établissement (activités, résultats d'autres évaluations externes : IQSS, inspections/contrôles, conclusions des précédentes visites de certification). Il liste l'ensemble des évaluations à réaliser (méthodes appliquées et personnes rencontrées). Un calendrier en précise l'ordonnancement.

Une visioconférence réunissant la gouvernance administrative, médicale et paramédicale, le coordonnateur de visite et, le cas échéant, le représentant de la HAS permet de finaliser la préparation de la visite.

La visite

Une visite dure entre 3 et 5 jours et est réalisée par 2 à 8 experts-visiteurs et 1 coordonnateur, selon l'activité de l'établissement, ses capacités, le nombre de sites rattachés...

Au-delà des séquences d'évaluation, une visite est ponctuée de différents temps d'échange entre l'établissement et les experts-visiteurs : réunion d'ouverture, temps de calage de calendrier, bilans d'étape, bilan de fin de visite et restitution plénière. Un temps d'échange complémentaire peut également être organisé en cours de visite par le coordonnateur, en concertation avec l'établissement, pour partager sur des évaluations de critères impératifs qui n'auraient pas atteint le niveau d'exigence attendu et qui auraient engendré la rédaction d'une fiche anomalie.

Pour un critère impératif, si l'évaluation n'atteint pas le niveau d'exigence attendu, une « fiche anomalie » est rédigée. Elle décrit les faits observés par les experts-visiteurs en précisant en quoi l'attendu du référentiel n'est pas atteint. L'analyse qui en est faite par les experts-visiteurs est partagée avec l'établissement et a vocation à éclairer la décision de la commission de certification.

L'après-visite

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 qualitative des résultats quantitatifs, soulignant les écarts et/ou la satisfaction aux attendus ou l'excellence des niveaux atteints.

À réception de ce rapport de visite, l'établissement de santé peut rédiger des observations.

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 base sa décision sur :

- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus sur les chapitres, objectifs et critères, particulièrement les critères impératifs ;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances évoquées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) ;
- la criticité des anomalies éventuellement constatées sur les critères impératifs ;
- les observations de l'établissement.

La HAS peut prononcer trois types de décision :

- une décision de certification valable quatre ans qu'elle peut assortir d'une mention ;
- une décision de non-certification impliquant la mise en œuvre d'une nouvelle procédure dans un délai défini par la HAS selon la criticité des écarts constatés et maximum de deux ans ;
- une décision de certification sous conditions : une nouvelle procédure est alors programmée dans un délai défini par la HAS selon la criticité des écarts constatés et de deux ans maximum. À l'issue de cette seconde procédure, la HAS constate si l'établissement a rempli les conditions pour être certifié. Elle prononce alors une décision de certification, avec ou sans mention, à défaut, une décision de non-certification.



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 (Qualiscope).

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 et de la CME ;
- de la commission des usagers ;
- du public en affichant le macaron associé à son niveau de certification aux points d'accueil. Par ailleurs, il a la possibilité de l'afficher sur ses supports de communication (réseaux sociaux, en-tête de courrier, signature électronique).

Diffusion au sein de l'établissement de santé

Par ailleurs, l'établissement informe les personnes hospitalisées des résultats de la certification.

Information des tutelles

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.

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

Les critères

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application	Page
1. Le patient	1.1 Le respect des droits du patient	Critère 1.1-01 Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	Tout l'établissement	28
		Critère 1.1-02 Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	Tout l'établissement	29
		Critère 1.1-03 Le patient bénéficie du respect de la confidentialité et du secret professionnel	Tout l'établissement	30
		Critère 1.1-04 Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	Tout l'établissement	31
		Critère 1.1-05 Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	Tout l'établissement	32
		Critère 1.1-06 Le patient bénéficie d'une prise en charge bientraitante	Tout l'établissement	33
		Critère 1.1-07 La prise en charge des maltraitances externes est organisée	Tout l'établissement	34
		Critère 1.1-08 Le patient accède à son dossier dans les délais légaux	Tout l'établissement	35
		Critère 1.1-09 Le décès du patient et l'accompagnement de l'entourage font l'objet d'une prise en charge adaptée	Tout l'établissement	36
	1.2 L'information du patient	Critère 1.2-01 Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour	Tout l'établissement	38
		Critère 1.2-02 Le patient connaît les informations nécessaires à sa prise en charge	Tout l'établissement	39
		Critère 1.2-03 Le patient connaît les dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées	Chirurgie et interventionnel	40
		Critère 1.2-04 Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge	Tout l'établissement	41
		Critère 1.2-05 Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner pour son retour à domicile	Tout l'établissement	42

Chapitre	Objectifs	Critères	Champs d'application	Page
1. Le patient	1.3 L'engagement du patient dans son projet de soins	Critère 1.3-01 Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	Tout l'établissement	44
		Critère 1.3-02 Le patient a pu désigner une personne de confiance	Tout l'établissement	45
		Critère 1.3-03 Le patient bénéficie d'une prise en charge adaptée à ses besoins	Tout l'établissement	46
		Critère 1.3-04 Le patient vivant avec un handicap bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	Tout l'établissement	47
		Critère 1.3-05 Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquats	Tout l'établissement	48
		Critère 1.3-06 Les liens familiaux, sociaux et scolaires du mineur sont préservés tout au long du séjour	Enfants et adolescents	49
		Critère 1.3-07 Le patient âgé bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	Patient âgé	50
		Critère 1.3-08 En soins de longue durée, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social	Soins de longue durée	51
		Critère 1.3-09 Le patient présentant des troubles psychiques bénéficie d'un projet de soins qui favorise son inclusion sociale	Santé mentale et psychiatrie	52
		Critère 1.3-10 Le patient bénéficie de messages de prévention afin d'agir pour sa santé	Tout l'établissement	53
		Critère 1.3-11 Avec l'accord du patient, les proches et/ou aidants s'impliquent dans le projet de soins	Tout l'établissement	54
		Critère 1.3-12 Le patient et ses proches et/ou aidants adhèrent aux modalités spécifiques de prise en charge en HAD	Hospitalisation à domicile	55
	1.4 L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	Critère 1.4-01 Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	Tout l'établissement	57
		Critère 1.4-02 La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	Tout l'établissement	58
		Critère 1.4-03 La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	Tout l'établissement	59
		Critère 1.4-04 Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins	Tout l'établissement	60
		Critère 1.4-05 Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement	Tout l'établissement	61
		Critère 1.4-06 Les représentants des usagers disposent des informations utiles à leurs missions	Tout l'établissement	62

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application	Page
2. Les équipes de soins	2.1 La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	Critère 2.1-01 Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation	Tout l'établissement	64
		Critère 2.1-02 Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	Tout l'établissement	65
		Critère 2.1-03 Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	Tout l'établissement	66
		Critère 2.1-04 Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour des populations ciblées	Tout l'établissement	67
		Critère 2.1-05 Les équipes se coordonnent pour mettre en œuvre la démarche palliative	Tout l'établissement	68
		Critère 2.1-06 Les équipes se coordonnent pour prévenir les troubles nutritionnels des patients	Tout l'établissement	69
		Critère 2.1-07 Les équipes des secteurs interventionnels se coordonnent pour la prise en charge des patients	Chirurgie et interventionnel	70
		Critère 2.1-08 Les équipes de maternité accompagnent les futurs parents pour l'élaboration d'un projet à la parentalité	Maternité	71
		Critère 2.1-09 Les équipes se coordonnent pour la prise en charge du patient au domicile	Hospitalisation à domicile	72
		Critère 2.1-10 En santé mentale et psychiatrie, l'accès aux soins est organisé et suivi	Santé mentale et psychiatrie	73
		Critère 2.1-11 Les équipes de psychiatrie se coordonnent pour prévenir le passage à l'acte suicidaire tout au long de la prise en charge	Santé mentale et psychiatrie	74
		Critère 2.1-12 Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie	Santé mentale et psychiatrie	75
		Critère 2.1-13 Les équipes se coordonnent pour la réalisation des transports intrahospitaliers des patients	Tout l'établissement	76
		Critère 2.1-14 Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soins	Tout l'établissement	77
	2.2 La maîtrise des risques liés aux pratiques	Critère 2.2-01 Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	Tout l'établissement	79
		Critère 2.2-02 Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	Tout l'établissement	80
		Critère 2.2-03 Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	Tout l'établissement	81
		Critère 2.2-04 Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé	Tout l'établissement	82
		Critère 2.2-05 Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments	Tout l'établissement	83
		Critère 2.2-06 Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse	Tout l'établissement	84

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application	Page
2. Les équipes de soins		Critère 2.2-07 L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	Tout l'établissement	85
		Critère 2.2-08 Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	Tout l'établissement	86
		Critère 2.2-09 Les équipes respectent les précautions complémentaires d'hygiène	Tout l'établissement	87
		Critère 2.2-10 Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs	Tout l'établissement	88
		Critère 2.2-11 Les équipes maîtrisent les risques liés à la transfusion sanguine	Tout l'établissement	89
		Critère 2.2-12 Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	Tout l'établissement	90
		Critère 2.2-13 Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants	Tout l'établissement	91
	2.3 La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie, radiothérapie)	Critère 2.3-01 Chaque appelant au SAMU pour un problème de santé est orienté et pris en charge grâce à une régulation médicale adaptée à sa situation	SAMU/SMUR	93
		Critère 2.3-02 Le dossier médical préhospitalier des SMUR comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient	SAMU/SMUR	94
		Critère 2.3-03 L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge	Urgences	95
		Critère 2.3-04 Les professionnels maîtrisent la prise en charge anesthésique des patients	Chirurgie et interventionnel	96
		Critère 2.3-05 Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs	Chirurgie et interventionnel	97
		Critère 2.3-06 Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles	Chirurgie et interventionnel	98
		Critère 2.3-07 Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au circuit des dispositifs médicaux invasifs réutilisables thermosensibles	Chirurgie et interventionnel	99
		Critère 2.3-08 Les équipes sécurisent le parcours du patient en chirurgie ambulatoire	Chirurgie et interventionnel	100
		Critère 2.3-09 Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient »	Chirurgie et interventionnel	101
		Critère 2.3-10 Les équipes mettent en œuvre des mesures de prévention des risques obstétricaux majeurs	Maternité	102
		Critère 2.3-11 Les équipes sécurisent la prise en charge du nouveau-né	Maternité	103
		Critère 2.3-12 Les équipes des secteurs de soins critiques maîtrisent les risques en lien avec leurs pratiques	Soins critiques	104

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application	Page
2. Les équipes de soins	2.4 Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	Critère 2.3-13 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	Soins critiques	105
		Critère 2.3-14 Les équipes respectent les bonnes pratiques en matière d'isolement et de contention des patients hospitalisés sans consentement	Santé mentale et psychiatrie	106
		Critère 2.3-15 Les équipes mettent en œuvre des mesures de prévention des risques liés à l'électroconvulsivothérapie	ECT	107
		Critère 2.3-16 Les équipes maîtrisent les risques liés aux actes de radiothérapie	Radiothérapie	108
		Critère 2.4-01 L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	Tout l'établissement	110
		Critère 2.4-02 La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	Tout l'établissement	111
		Critère 2.4-03 La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels) est argumentée et réévaluée	Tout l'établissement	112
		Critère 2.4-04 Les équipes sont engagées dans une réflexion afin d'assurer des soins écoresponsables	Tout l'établissement	113
		Critère 2.4-05 La pertinence de l'admission et du séjour en SMR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe	Soins médicaux et de réadaptation	114
		Critère 2.4-06 Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique	Tout l'établissement	115
		Critère 2.4-07 Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant leurs indicateurs	Chirurgie et interventionnel	116
		Critère 2.4-08 Les équipes des secteurs de soins critiques améliorent leurs pratiques en se fondant notamment sur les modalités de prise en charge de leurs patients	Soins critiques	117
		Critère 2.4-09 Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale et biologie	Tout l'établissement	118

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application	Page
3. L'établissement	3.1 Le management global par la qualité et la sécurité des soins	Critère 3.1-01 La gouvernance déploie une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	Tout l'établissement	120
		Critère 3.1-02 L'établissement soutient une culture qualité et sécurité auprès de ses professionnels	Tout l'établissement	121
		Critère 3.1-03 Des médecins et des équipes médicales sont accrédités	Tout l'établissement	122
		Critère 3.1-04 L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables, dont les presque accidents	Tout l'établissement	123
		Critère 3.1-05 La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	Tout l'établissement	124
		Critère 3.1-06 L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	Tout l'établissement	125
		Critère 3.1-07 Les risques de sécurité numérique sont maîtrisés	Tout l'établissement	126
		Critère 3.1-08 L'identification des utilisateurs et des patients dans le système d'information est sécurisée	Tout l'établissement	127
		Critère 3.1-09 Les données du patient sont sécurisées	Tout l'établissement	128
	3.2 La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	Critère 3.2-01 La continuité des soins est assurée pour toutes les unités de soins	Tout l'établissement	130
		Critère 3.2-02 L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	Tout l'établissement	131
		Critère 3.2-03 L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins	Tout l'établissement	132
		Critère 3.2-04 L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	Tout l'établissement	133
		Critère 3.2-05 Les responsables d'équipe sont formés et accompagnés dans leur mission	Tout l'établissement	134
		Critère 3.2-06 La gouvernance a une politique de santé de ses professionnels	Tout l'établissement	135
		Critère 3.2-07 La gouvernance a une politique de sécurité de ses professionnels	Tout l'établissement	136
		Critère 3.2-08 L'établissement a une politique de qualité de vie au travail	Tout l'établissement	137
		Critère 3.2-09 L'établissement a un environnement favorable à la qualité de vie au travail	Tout l'établissement	138
		Critère 3.2-10 La gouvernance a une politique de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits	Tout l'établissement	139
		Critère 3.2-11 L'établissement favorise le travail en équipe	Tout l'établissement	140

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application	Page
3. L'établissement	3.3 Le positionnement territorial	Critère 3.3-01 L'établissement est acteur de la coordination des parcours sur le territoire	Tout l'établissement	142
		Critère 3.3-02 L'établissement oriente le patient dans un parcours adapté	Tout l'établissement	143
		Critère 3.3-03 L'établissement est acteur du projet territorial de santé mentale (PTSM)	Santé mentale et psychiatrie	144
		Critère 3.3-04 L'établissement organise les prises en charge non programmées	Tout l'établissement	145
		Critère 3.3-05 L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	Tout l'établissement	146
		Critère 3.3-06 L'établissement est aisément joignable tant par les usagers que par les professionnels correspondants	Tout l'établissement	147
		Critère 3.3-07 L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire	Tout l'établissement	148
		Critère 3.3-08 L'établissement participe à la mission d'enseignement sur son territoire	Tout l'établissement	149
	3.4 L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	Critère 3.4-01 L'établissement entretient ses locaux et ses équipements	Tout l'établissement	151
		Critère 3.4-02 L'établissement s'engage dans des soins écoresponsables	Tout l'établissement	152
		Critère 3.4-03 L'établissement agit pour la transition écologique	Tout l'établissement	153
		Critère 3.4-04 L'établissement utilise la télésanté pour améliorer le parcours du patient	Tout l'établissement	154
		Critère 3.4-05 L'établissement pilote l'usage des dispositifs médicaux numériques à usage professionnel, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	Tout l'établissement	155
		Critère 3.4-06 L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	Tout l'établissement	156

Chapitre 1.

Le patient

Objectif 1.1

Le respect des droits du patient

Le patient bénéficie de droits garantis par les textes législatifs et synthétisés dans la charte de la personne hospitalisée. Le respect des droits des patients en établissement de santé constitue un pilier de la prise en charge. Il s'agit de garantir à chaque patient une attention particulière à sa dignité, son intimité, la confidentialité de ses données personnelles et plus globalement de bénéficier d'une prise en charge bienveillante. Ces droits visent à protéger l'autonomie du patient tout en renforçant la relation de confiance avec les équipes.

Critère 1.1-01 Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé

L'établissement met en place des mesures qui garantissent, en toute circonstance, le respect de l'intimité et de la dignité du patient, particulièrement dans les situations des chambres à plusieurs lits (disponibilité des sanitaires...), d'attente dans les couloirs, de contention (accessibilité de l'appel malade...), la propreté et l'entretien des locaux... Le patient est traité avec égards et ne souffre pas de propos ou attitudes inappropriés de la part des professionnels (mise du lit en position basse...). 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 (physique, mental ou sensoriel), ou s'il s'agit d'une personne âgée vulnérable. Enfin, 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).

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, son intimité et son intégrité. • Du point de vue du patient, les accès extérieurs, les circulations, les locaux de consultation et d'hospitalisation, la signalétique, permettent de circuler aisément.	Patient traceur
Observations • Les pratiques garantissent la dignité, l'intimité et l'intégrité du patient. • Les locaux garantissent la dignité, l'intimité et la sécurité des patients. • Les équipements garantissent la dignité, l'intimité et la sécurité du patient. • Les personnes, particulièrement en situation de handicap physique, mental et sensoriel, peuvent accéder à l'établissement et y circuler aisément.	Observation

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique en cours de révision	Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS) : e-Satis
--	--

Critère 1.1-02 Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté

Les enfants et adolescents pris en charge dans un établissement de santé évoluent dans un cadre spécifiquement conçu pour répondre à leurs besoins. Il convient d'éviter l'hospitalisation d'un mineur dans un secteur d'adultes. 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. La présence des parents apporte un soutien essentiel à l'enfant mais doit tenir compte du projet de prise en charge. Lors des hospitalisations, les enfants et adolescents bénéficient des activités ludiques et éducatives, adaptées à leur âge (mise à disposition de livres, jeux de société, dispositif ludique d'accompagnement au bloc opératoire...). Pour les grands adolescents, il sera tenu compte chaque fois que possible de leurs souhaits quant au type de service où ils séjourneront.

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation

Professionnels • Dans les services accueillant des mineurs, de façon régulière ou ponctuellement, les bonnes pratiques liées aux spécificités de cette prise en charge sont appliquées. • Pour les mineurs, la présence des parents est organisée 24 heures sur 24, sauf avis contraire du médecin. • Durant une hospitalisation, les mineurs bénéficient d'activités ludiques et éducatives, adaptées à leur âge.	Parcours traceur
Observations • En cas de prise en charge de mineurs dans un service d'adultes, l'environnement et les locaux sont adaptés au respect de leur intimité, dignité ainsi qu'à leur sécurité.	Observation

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique « Enfants et adolescents »

Critère 1.1-03 Le patient bénéficie du respect de la confidentialité et du secret professionnel

Le respect du secret professionnel est un droit fondamental dont bénéficie tout patient dans le cadre de sa prise en charge. Il garantit la confidentialité des informations personnelles et médicales partagées avec les professionnels de santé. Ce principe permet de protéger la vie privée du patient en interdisant la divulgation non autorisée des données le concernant, sauf en cas d'exception légale. Des contrôles réguliers de ces accès au dossier patient sont opérés, afin d'identifier ceux susceptibles d'être frauduleux ou illégitimes. L'utilisation du mode « bris de glace » est encadrée et réservée aux urgences. Le secret professionnel renforce la relation de confiance entre le patient et les soignants, essentielle à une prise en charge de qualité. 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 sont respectés lors de son séjour.	Patient traceur
Gouvernance - L'établissement sensibilise les professionnels quant aux connexions illégitimes au dossier patient, aux risques qu'elles engendrent et aux sanctions pouvant en découler. - L'établissement contrôle les connexions illégitimes au dossier patient qui constituent une violation du secret médical. Professionnels - Les professionnels connaissent les risques engendrés par des connexions illégitimes au dossier du patient et les sanctions pouvant en découler.	Audit système
Observations Les professionnels respectent la confidentialité et le secret professionnel.	Observation

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique en cours de révision	Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS) : e-Satis
--	--

Critère 1.1-04 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 santé informent les patients de la possibilité de rédiger des directives anticipées et leur expliquent leur utilité, notamment en cas d'incapacité à exprimer leurs choix en matière de soins. Ils peuvent également accompagner le patient dans leur rédaction, en répondant à ses questions sur les différentes options thérapeutiques et en l'aidant à formuler ses volontés de manière claire et précise. Les professionnels de ville jouent un rôle crucial dans la rédaction des directives anticipées, en particulier pour accompagner les patients dans un cadre de proximité et de suivi continu. Les établissements de santé et les professionnels de ville s'associent pour informer et sensibiliser les patients.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels L'équipe informe le patient sur son droit à rédiger ses directives anticipées.	Patient traceur
Professionnels - L'équipe sait aborder la question du recueil des directives anticipées selon le profil des patients accueillis. - L'équipe peut avoir recours à une ressource interne ou externe pour être accompagnée dans son rôle de recueil des directives anticipées. - Lorsque le patient a rédigé des directives anticipées, celles-ci sont accessibles dans le dossier patient pour tous les professionnels impliqués dans la prise en charge. Le refus de les rédiger est également tracé	Parcours traceur
Gouvernance L'établissement mène des actions avec ses correspondants externes pour informer, en amont de l'hospitalisation, les patients sur l'importance de rédiger des directives anticipées.	Audit système

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique en cours de révision

Critère 1.1-05 Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur

Toute personne prise en charge par un professionnel de santé doit pouvoir bénéficier d'une évaluation régulière et adaptée de sa douleur, qu'elle soit aiguë ou chronique. Le patient est seul capable d'indiquer l'intensité de sa douleur, il est donc essentiel d'adapter l'échelle d'évaluation à la situation du patient (patient en situation de handicap ou en situation de vulnérabilité, participation de l'entourage...). L'anticipation et la gestion efficace de la douleur permettent non seulement de préserver la dignité du patient, mais aussi d'améliorer sa qualité de vie et son rétablissement. Les professionnels de santé ont ainsi l'obligation d'adapter les traitements et d'utiliser les techniques les plus appropriées pour soulager rapidement et durablement la souffrance. Les évaluations et les 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 - Le patient est incité à exprimer sa douleur, dès lors qu'il la ressent ou est susceptible de la ressentir, et ce jusqu'au soulagement de la douleur et à une amélioration de son bien-être et/ou de sa qualité de vie. Professionnels - L'anticipation et les mesures pour soulager la douleur, évaluée à l'appui d'une échelle adaptée, sont retrouvées dans le dossier. - Les réévaluations de la douleur sont tracées dans le dossier permettant une adaptation de la thérapeutique si besoin. - Les professionnels proposent des modes de prise en charge non médicamenteuse de la douleur.	Patient traceur
---	-----------------

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique en cours de révision	Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS) : e-Satis Évaluation de la prise en charge de la douleur
--	--

Critère 1.1-06 Le patient bénéficie d'une prise en charge bientraitante

La bientraitance est un principe fondamental dans la prise en charge des patients, visant à garantir le respect, la dignité et le bien-être de chaque individu. C'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... Une prise en charge bientraitante implique non seulement des soins médicaux de qualité (accueil, prise en charge de la douleur...), mais aussi une attention particulière à la communication (annonce d'un diagnostic...), à la personnalisation de l'accompagnement et au respect de l'autonomie du patient (hydratation, nutrition, accompagnement aux toilettes, hygiène...). Cela inclut l'écoute active, l'absence de toute forme de maltraitance, ainsi que la création d'un environnement sécurisant et apaisant. La promotion de la bientraitance des patients et de leurs proches est inséparable du bien-être des professionnels (mise à disposition de matériel adapté, formation, protocoles de prise en charge...) et de la valorisation des actions relatives à la qualité de vie au travail dans l'établissement (prévention des risques en cas de sous-effectifs, turnover, instabilité d'encadrement...).

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation

Professionnels • L'autonomie dans les besoins élémentaires du patient est évaluée, même en situation de tension d'activité. Patient • Le patient a reçu tout au long de sa prise en charge une réponse et une aide pour répondre à ses besoins élémentaires, même en situation de tension d'activité. • Du point de vue du patient, les pratiques professionnelles sont bientraitantes même en situation de tension d'activité. • Tous les intervenants présentent leur fonction au patient.	Parcours traceur
Professionnels • L'équipe identifie les risques d'atteinte à la bientraitance et met en place des actions d'amélioration le cas échéant. • L'équipe sait déclarer les situations de maltraitance internes potentielles.	Audit système

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 1.1-07 La prise en charge des maltraitements externes est organisée

La prise en charge des maltraitements subies par les patients en dehors de l'établissement constitue un impératif dans les établissements de santé. Qu'il s'agisse de maltraitements physiques, psychologiques, verbales ou institutionnelles, les professionnels de santé ont l'obligation d'agir rapidement pour protéger les patients. Les professionnels s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques et des outils de détection des situations de maltraitance (évaluation clinique, grille de repérage, entretien...). Toute suspicion ou tout constat de maltraitance doivent être signalés aux instances compétentes, afin de garantir la sécurité et le respect de la dignité des victimes. Une enquête doit être menée pour évaluer les faits et prendre les mesures nécessaires, que ce soit en termes de soutien médical, psychologique ou juridique. La mise en place de dispositifs de prévention et de sensibilisation est également essentielle pour limiter ces situations. 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 en situation de vulnérabilité, isolés ou rencontrant des difficultés d'expression

Tout établissement Standard

Éléments d'évaluation

Gouvernance

- L'établissement recense annuellement (notamment par le PMSI) les cas de maltraitance externe et adresse ce bilan à la commission des usagers.
- L'établissement s'assure que le dispositif pour la déclaration et le suivi de la prise en charge des situations de maltraitance externe détectées est opérationnel.
- L'établissement protège les professionnels lanceurs d'alerte d'un cas de maltraitance externe.

Professionnels

- Les professionnels sont sensibilisés aux situations à risque et facteurs de maltraitance externe, notamment pour les personnes en situation de vulnérabilité ou potentiellement exposées (violences conjugales, mineurs...) pour favoriser leur détection.
- Les professionnels appliquent les conduites à tenir pour détecter, signaler et prendre en charge les situations de maltraitance externe à l'appui des recommandations de bonnes pratiques et des outils permettant le repérage.

Audit système

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 1.1-08 Le patient accède à son dossier dans les délais légaux

Dans le cadre prévu par la réglementation, le patient ou son représentant légal, ou, si le patient est décédé, ses ayants droit, sont en droit de consulter et d'obtenir copie de son dossier médical. Selon la loi, le patient peut demander l'accès à son dossier, et les établissements de santé sont tenus de le lui fournir dans des délais stricts (8 jours à 2 mois si le dossier a plus de 5 ans). Il appartient aux établissements de santé d'informer les patients de ce droit.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient Le patient sait qu'il peut accéder à son dossier.	Patient traceur
Gouvernance - L'établissement organise l'accès du patient à son dossier ainsi qu'à ses ayants droit, sauf avis contraire du patient. - L'établissement a prévu l'accompagnement du patient dans la consultation de son dossier. - Les délais réglementaires de remise du dossier au patient sont respectés. - Le cas échéant, l'établissement met en place des actions d'amélioration pour donner suite à l'analyse des retards de transmission du dossier au patient.	Audit système

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 1.1-09 Le décès du patient et l'accompagnement de l'entourage font l'objet d'une prise en charge adaptée

Un décès à l'hôpital est un temps délicat qui nécessite une posture adaptée à la charge émotionnelle de l'entourage. Dans ce temps, il convient d'adopter une communication centrée sur les membres de l'entourage en les informant rapidement, en écoutant leurs préoccupations et en répondant à leurs besoins de soutiens psychologiques et pratiques. Par ailleurs, il convient de respecter les volontés et convictions exprimées avant le décès, par exemple dans ses directives anticipées du patient, et de respecter la dignité du corps (présentation à l'entourage, transfert...).

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels • Les professionnels chargés de l'annonce sont formés à l'accompagnement psychologique et pratique (social et administratif) de l'entourage et des aidants. Dans les secteurs concernés, les conditions spécifiques de l'accompagnement du deuil périnatal sont connues. • Les professionnels concernés connaissent les conduites à tenir lors d'un décès : constat de décès établi par un médecin, durée de présence du corps dans l'unité de soin, gestion des affaires personnelles... • Le transport entre le lieu du décès et la chambre mortuaire respecte la dignité du défunt et les conditions de travail des professionnels. • Les conditions de conservation des corps et de présentation aux familles respectent la dignité du défunt à la fois dans le service et par la suite à la chambre mortuaire. Ses volontés et convictions sont respectées. • Le médecin traitant et les autres professionnels intervenant auprès du patient sont informés de son décès.	Parcours traceur
Gouvernance • Dans le cadre de sa politique qualité et d'amélioration des parcours, l'établissement suit le nombre de décès annuels par secteur d'activité.	Audit système

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Chapitre 1.

Le patient

Objectif 1.2

L'information du patient

L'information du patient est un droit inscrit dans le cadre de la relation entre le patient et les professionnels de santé. Elle repose sur le principe de transparence et de consentement éclairé, garantissant que toute personne reçoit des informations claires, compréhensibles et adaptées à sa situation concernant son état de santé, les traitements proposés, ainsi que les bénéfices et risques associés. Cette information doit être délivrée tout au long du parcours de soins, permettant ainsi au patient de prendre des décisions éclairées sur sa prise en charge. Le respect de ce droit renforce la confiance entre le patient et les soignants, tout en assurant le respect de l'autonomie du patient dans ses choix. Une information insuffisante ou mal communiquée peut entraîner des incompréhensions et compromettre la qualité des soins.

Critère 1.2-01 Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour

Afin de garantir une prise en charge sereine et bien organisée, le patient doit recevoir des informations sur les modalités d'accueil, les règles de fonctionnement, les soins qui lui seront prodigués, ainsi que les professionnels de santé qui interviendront. Les informations concernent également ses droits, tels que l'accès à son dossier médical, les horaires de visite, et les conditions de sortie. Une bonne communication de ces éléments lui permet de mieux comprendre son parcours de soins, de réduire l'anxiété liée à son hospitalisation et de faciliter sa participation active.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient • Dès la prise de rendez-vous en consultation, le patient est informé des lieux, horaires, précautions préalables, type de consultation, nom du professionnel, modalités d'annulation... • Le patient a reçu un livret d'accueil papier ou dématérialisé et l'affichage réglementaire est assuré. • En plus du livret d'accueil, le patient est informé en amont de son hospitalisation : horaire d'arrivée, rappel des consignes préopératoires ou préthérapeutiques, éléments administratifs... • Le patient a désigné une personne à prévenir pour sa sortie ou en cas de difficulté. • Le patient connaît les règles de sécurité et les solutions de sécurisation de ses objets personnels.	Patient traceur
Observations • Le patient, et/ou ses proches ou aidants, sont informés de leurs obligations (respect de l'environnement hospitalier, respect des personnels et des autres usagers, charte de la laïcité, droit à l'image...).	Observation

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision	Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS) : e-Satis
--	---

Critère 1.2-02 Le patient connaît les informations nécessaires à sa prise en charge

Le patient a droit à une information claire, complète et adaptée sur les éléments essentiels à sa prise en charge. Cela inclut les diagnostics, les traitements proposés, les bénéfices attendus, ainsi que les risques associés. Cette information, délivrée tout au long de son parcours de soins, lui permet de comprendre les différentes étapes de sa prise en charge et de prendre des décisions éclairées en collaboration avec les professionnels de santé. Elle inclut des explications sur les alternatives thérapeutiques, le suivi médical. 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. L'ouverture de Mon espace santé pour tous, donnant la possibilité de disposer du dossier médical de Mon espace santé consultable à tout moment par les personnes habilitées, et l'indispensable besoin de protéger les données de santé appellent des informations à partager avec le patient.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient • Si son admission a été faite en urgence, et ce quel que soit le service d'accueil, le patient connaît le délai de sa prise en charge en fonction de son état de santé, ainsi que toutes les mesures mises en place. • Le patient connaît son diagnostic, si celui-ci est établi, son état de santé, ses traitements, ses soins et la durée prévisionnelle de sa prise en charge quand cela est possible... • Pour toutes les formes de prise en charge ambulatoire, le patient a un document qui lui indique les signes d'alerte pouvant conduire à un évènement indésirable et la conduite à tenir en cas de survenue (type « passeport » pour la chirurgie et autre pour les autres activités : médecine, SMR, psychiatrie...). • Le patient connaît les mesures nécessaires à sa bonne identification tout au long de sa prise en charge. • L'établissement informe le patient que son équipe de soins va alimenter son dossier médical de Mon espace santé (DMP) dans le cadre de sa prise en charge, sauf en cas d'opposition de celui-ci et qu'il pourra le consulter.	Patient traceur
Professionnels • L'équipe informe tout patient, ou sa personne de confiance, de l'évènement indésirable imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins lors de sa prise en charge, des actions immédiates mises en place, de l'analyse de l'évènement.	Traceur ciblé

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision	Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS) : e-Satis
--	--

Critère 1.2-03 Le patient connaît les dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées

Le patient doit être informé des dispositifs médicaux qui lui sont implantés au cours de son séjour. Cela inclut une explication de la nature du dispositif, de son fonctionnement, des bénéfices attendus et des risques ou complications. Le patient doit également être informé des mesures de suivi à respecter après l'implantation, que ce soit en termes de soins, de contrôles médicaux ou de précautions particulières. La carte d'implant est fournie au patient. Elle mentionne :

- 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.

Une communication transparente et adaptée à chaque patient permet de renforcer sa compréhension et son engagement dans le suivi de sa santé, tout en assurant la sécurité et la durabilité du dispositif implanté.

Chirurgie et interventionnel **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels • La pose du dispositif médical implantable, son identification et l'information du patient sont tracées dans le dossier du patient. • La carte d'implant, ou équivalent, contenant toutes les informations liées au dispositif médical implanté est remise au patient à sa sortie. Patient • Avant la pose du dispositif médical implantable, le patient a été informé : type de dispositif médical, durée de vie prévisionnelle, suivi nécessaire... • Le patient est informé des complications possibles et des conduites à tenir (précautions à prendre par le patient ou par un professionnel de santé et bon usage du dispositif) à la suite de l'implantation du dispositif.	Parcours traceur
--	-------------------------

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique « Secteurs interventionnels »

Critère 1.2-04 Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge

En prévision de sa sortie, le patient doit connaître les consignes de suivi nécessaires à la continuité de sa prise en charge. Ces informations doivent couvrir les soins à réaliser à son domicile, les traitements à poursuivre, les rendez-vous médicaux à prévoir ainsi que les signes d'alerte à surveiller. Une explication claire et personnalisée est cruciale pour garantir la sécurité et l'efficacité des soins post-hospitalisation. Le patient doit également être informé des ressources disponibles, comme les professionnels de santé à contacter en cas de besoin ou les dispositifs d'accompagnement à domicile.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels • En prévision de sa sortie, le patient est informé sur les éventuels nouveaux traitements prescrits, la nécessité de signaler tout effet indésirable lié au traitement, et dispose d'un comparatif expliqué entre le traitement d'entrée et de sortie. • En prévision de sa sortie, le patient reçoit toutes les consignes, postopératoires ou postthérapeutiques afin de détecter les éventuelles complications, les signes motivant le recours en urgence à un professionnel de santé. • En prévision de sa sortie, le patient reçoit toutes les informations utiles relatives à des actes techniques, examens complémentaires, consultations, actes prévus... • Le patient est informé des modalités d'appel direct du service dans lequel il a séjourné en cas de complication, en vue d'une orientation adaptée à sa situation. • Une lettre de liaison est remise au patient avec les explications, par un médecin ou par un autre membre de l'équipe de soins, le jour de sa sortie ou la veille en cas de retour à domicile, et versée dans le dossier médical de Mon espace santé (DMP), sauf opposition du patient. • Le cas échéant, en prévision de sa sortie, le patient et ses proches reçoivent des conseils pour un soutien psychologique, social, médico-social.	Parcours traceur
--	-------------------------

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision	Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS) : e-Satis
--	--

Critère 1.2-05 Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner 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. De plus, il est essentiel que le patient soit renseigné sur les aides techniques et humaines adaptées à ses besoins, telles que les dispositifs médicaux, les services d'aide à domicile ou les soins infirmiers. Cette information, délivrée de manière claire et accessible, permet au patient de mieux organiser son retour à domicile, de maintenir son autonomie et de s'assurer une continuité des soins dans un environnement sécurisé.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient - Le patient est informé que des représentants des usagers peuvent l'accompagner. - Le patient est informé des structures, des personnes et des associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner. - Le patient est informé sur les modalités pour contacter (coordonnées, permanence...) les représentants des usagers et les associations.	Patient traceur
Observations Les contacts des représentants des usagers (CDU) et des associations de patients sont facilement accessibles, éventuellement sur le site internet, mis à jour et mentionnent, le cas échéant, les informations sur les permanences des associations.	Observation

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision	Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS) : e-Satis
--	--

Chapitre 1.

Le patient

Objectif 1.3

L'engagement du patient dans son projet de soins

La compréhension, l'adhésion aux soins et la participation aux étapes de sa prise en charge facilitent la mise en œuvre du projet de soins. L'apport des proches et/ou aidants constitue, dans de nombreuses situations, une ressource tant pour le patient que pour l'équipe soignante. 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. À ce titre et sous réserve de l'accord du patient, leur implication doit être favorisée.

Critère 1.3-01 Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités

L'implication du patient dans sa prise en charge est gage d'une plus grande efficacité et de réduction des risques liés à celle-ci. Le consentement libre et éclairé, l'adhésion et l'observance du patient à son projet de soins nécessitent sa participation à la définition des objectifs de prise en charge, à sa mise en œuvre et à son suivi. Ce projet de soins est établi après une évaluation globale, en tenant compte des besoins et préférences du patient. Il est un fil conducteur décliné tout au long de la prise en charge et réajusté autant que de besoin en collaboration avec le patient et en veillant à une potentielle dégradation de son état de santé mentale.

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation

Patient - Les différentes options, notamment thérapeutiques, leurs bénéfices et leurs risques sont présentés au patient pour qu'il exprime ses préférences et besoins et pour qu'ils soient pris en compte dans son projet de soins. - Le patient consent à son projet de soins et ses modalités (exemple : HAD, hôpital de jour, ambulatoire...).		Patient traceur
Professionnels - Une évaluation globale initiale (médicale, psychologique, sociale, autonomie, rééducation) du patient est effectuée par des professionnels impliquant les disciplines concernées et la contribution des soins de support. - L'équipe a construit, avec le patient, un projet de soins adapté à l'évaluation globale de sa situation, à ses besoins et préférences, aux bénéfices et aux risques, et à ses conditions de vie habituelles. - Selon l'évolution de l'évaluation initiale et d'une dégradation potentielle de la santé mentale et de sa vulnérabilité, des besoins et des préférences du patient, le projet de soins est adapté. - Le projet de soins est tracé dans le dossier.		
 Pour vous accompagner		
Fiches pédagogiques en cours de révision	Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS) : e-Satis	

Critère 1.3-02 Le patient a pu désigner une personne de confiance

La réglementation prévoit l'identification dans le dossier du patient d'une personne de confiance. La personne de confiance sert de lien entre le patient et l'équipe médicale. Dans les moments de stress ou d'incertitude, avoir une personne familiarisée avec ses souhaits et ses préférences permet d'assurer une communication claire et efficace. Cela peut faciliter la transmission des informations cruciales concernant l'état de santé, les traitements envisagés ou les décisions médicales à prendre. Le fait de désigner une personne de confiance permet de garantir que les souhaits du patient seront respectés, même dans les situations où il ne peut pas exprimer ses propres désirs. Cela est particulièrement pertinent dans le cadre de décisions médicales complexes ou en fin de vie. En ayant un mandataire bien informé, le patient s'assure que ses souhaits sont pris en compte et que son autonomie est préservée. À ce titre, les professionnels de santé doivent pouvoir 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 sait qu'il peut désigner une personne de confiance. - Le patient connaît le rôle de la personne de confiance. Professionnels - La personne nommée comme personne de confiance a co-signé le formulaire écrit qui la désigne en tant que telle. - L'identité de la personne de confiance est tracée dans le dossier.	Patient traceur

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision	Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS) : e-Satis
---	--

Critère 1.3-03 Le patient bénéficie d'une prise en charge adaptée à ses besoins

Outre son information et son implication dans les décisions thérapeutiques concernant sa prise en charge, la prise en compte de ses attentes, de ses préférences et de son expérience concourt à son implication. Diverses actions (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) favorisent l'implication et l'association du patient à sa prise en charge.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient

- Le patient se sent associé à la mise en œuvre de son projet de soins, s'il le souhaite.
- Le patient sait ce qu'il peut faire pour gérer ses soins, accélérer sa convalescence, éviter des complications.
- Le patient bénéficie d'informations, d'actions éducatives, de formations adaptées (dont éducation thérapeutique) qui prennent en compte son expérience et favorisent son implication dans sa prise en soins.

Professionnels

- Si cela est pertinent, l'équipe propose une offre de programmes d'éducation thérapeutique adaptée aux patients pris en charge.

Patient traceur

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques
en cours de révision

Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS) :
e-Satis

Critère 1.3-04 Le patient vivant avec un handicap bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie

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 à toutes les étapes de leur prise en charge. 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 leur projet de soins. Celui-ci est élaboré de façon pluriprofessionnelle incluant les professionnels en soins de support.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels • Les secteurs de consultations et de soins externes identifient les aptitudes des patients en situation de handicap pour transmettre, aux secteurs d'hospitalisation (en interne ou en externe), les informations utiles à l'adaptation de leur prise en charge. • Les aptitudes, capacités, éventuelles carences en soins du patient vivant avec un handicap, évaluées de l'admission à la sortie, sont prises en compte pour établir et adapter son projet de soins. • Le projet de soins intègre un projet d'accompagnement du patient vivant avec un handicap. Patient • Les mesures maintenant l'autonomie du patient vivant avec un handicap sont mises en place.	Parcours traceur
---	------------------

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 1.3-05 Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquats

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

Professionnels • Pour les patients en situation de précarité sociale, les carences en soins sont recherchées afin de les traiter. • Les équipes associent les professionnels concernés (assistance sociale...) pour organiser le parcours de soins des patients en situation de précarité sociale. • Une assistance sociale a été proposée au patient, en fonction du besoin. Patient • Pour organiser la sortie, le patient en situation de précarité qui le souhaite est orienté vers les aides sociales adaptées.	Parcours traceur
--	------------------

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 1.3-06 Les liens familiaux, sociaux et scolaires du mineur sont préservés tout au long du séjour

Préserver les liens familiaux, sociaux et scolaires des mineurs tout au long de leur séjour, notamment de longue durée, est une priorité qui ne doit pas être sous-estimée. Rester en contact avec son environnement familial et amical contribue à mieux supporter les soins, à rompre avec l'isolement potentiel. Garantir la continuité pédagogique permet aussi au jeune de poursuivre son apprentissage et le développement de compétences essentielles pour l'avenir. En leur offrant un environnement où ces connexions peuvent s'épanouir, l'établissement leur donne la possibilité, en complément des soins, de grandir sereinement, de se sentir valorisés et de préparer un avenir prometteur. C'est à travers cette approche globale que le développement harmonieux de chaque enfant et adolescent est favorisé.

Enfants et adolescents **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient • Les parents peuvent s'impliquer dans les soins, particulièrement pour les jeunes enfants. • Pour les hospitalisations longues et/ou itératives, des solutions sont proposées aux parents au sein, ou à proximité, de l'établissement pour favoriser leur présence au chevet du mineur.	Patient traceur
Professionnels • Dans les situations cliniques difficiles, la fratrie du mineur peut bénéficier d'accompagnements par du personnel formé. • Pour les hospitalisations longues et/ou itératives, une prise en charge éducative et scolaire adaptée aux besoins est proposée à l'enfant ou à l'adolescent et à ses parents.	Parcours traceur

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique « Enfants et adolescents »

Critère 1.3-07 Le patient âgé bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie

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. Des mesures adaptées tenant compte des besoins, préférences, aptitudes et conditions de vie habituelles 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...). Le risque de dépendance iatrogène doit être traité au travers :

- d'une évaluation systématique à l'admission et un suivi tout au long de l'hospitalisation ;
- de la mise en place d'actions de prévention et de traitement précoce des six causes de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation.

Patient âgé Standard

Éléments d'évaluation

Patient • Les besoins, préférences, aptitudes, capacités, conditions de vie habituelles et le risque de dépendance du patient âgé de plus de 75 ans sont pris en compte pour établir et suivre son projet de soins. • Le patient âgé de plus de 75 ans, ses proches et/ou aidants connaissent le risque de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation. • Hormis les effets inhérents à sa prise en charge, du point de vue du patient âgé de plus de 75 ans, son autonomie est préservée.	Patient traceur
Professionnels • Les aptitudes, capacités, facteurs de risque de dépendance du patient âgé de plus de 75 ans sont évalués de l'admission à la sortie. • Des mesures de prévention et de traitement précoce des facteurs de risque de dépendance iatrogène de la personne âgée de plus de 75 ans sont mises en œuvre.	

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 1.3-08 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. À ce titre, une attention est portée par les professionnels afin de promouvoir la santé physique, mais aussi le bien-être psychologique et social des individus en tenant compte de leur parcours de vie, de leurs besoins et préférences. En soins de longue durée, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social. Ces activités sont conçues pour stimuler l'esprit, encourager les interactions et permettre aux patients de rester actifs dans leur vie quotidienne. Cela contribue non seulement à améliorer leur qualité de vie, mais aussi à leur offrir un sentiment d'identité et de dignité, éléments cruciaux pour leur épanouissement au sein de la communauté.

Soins de longue durée **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient	Patient traceur
• En unité de soins de longue durée, pour maintenir son autonomie, des activités sont proposées chaque semaine au patient. • En unité de soins de longue durée, des activités sont proposées chaque semaine au patient alité.	
Professionnels	
• L'équipe d'unité de soins de longue durée met en place des actions visant à maintenir le lien social et familial. • En unité de soins de longue durée, pour préserver le lien familial, des solutions sont proposées aux proches pour favoriser leur présence au chevet du patient.	

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 1.3-09 Le patient présentant des troubles psychiques bénéficie d'un projet de soins qui favorise son inclusion sociale

Pour le patient dont l'état de santé le nécessite, son projet de soins intègre des soins de réhabilitation psychosociale pour favoriser son inclusion sociale, son autonomisation 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...).

Santé mentale et psychiatrie Standard

Éléments d'évaluation

Patient - Le patient présentant des troubles psychiques a exprimé ses attentes et besoins d'inclusion sociale (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...). Professionnels - Pour favoriser l'inclusion sociale du patient présentant des troubles psychiques, le projet de soins intègre un volet d'accompagnement personnalisé qui fixe des objectifs d'inclusion sociale, d'autonomisation et d'amélioration de sa qualité de vie.	Patient traceur
Professionnels - Le projet de soins, coconstruit avec le patient, est orienté grâce à un diagnostic fondé sur la classification internationale en vigueur. - Les partenaires utiles à la mise en œuvre des projets de réhabilitation psychosociale sont identifiés par les équipes. - Des soins de réhabilitation psychosociale sont mis en œuvre afin d'atteindre les objectifs fixés.	Parcours traceur
Gouvernance Les hospitalisations de plus de 3 mois en services de psychiatrie sont suivies à l'aide d'indicateurs (durées de séjour...) afin d'établir un plan d'actions visant à réduire les iatrogénies (notamment pour l'hospitalisation temps plein) et à développer la réhabilitation (notamment pour les structures d'hospitalisation de jour).	Audit système

🔗 Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision	Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS) : e-Satis
--	--

Critère 1.3-10 Le patient bénéficie de messages de prévention afin d'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 - Le patient connaît les principaux facteurs de risque liés à sa pathologie et les recommandations adaptées pour préserver son état de santé et réduire ses risques (tabac, alcool, autres drogues, activité physique, nutrition, hygiène, sexualité, dépistages, évaluation de son statut vaccinal...). Professionnel - Les professionnels tracent les facteurs de risque et les actions recommandées et/ou mises en place. - Le patient bénéficie d'actions adaptées pour promouvoir sa santé et réduire ses risques (orientation vers une consultation tabac/alcool, autres drogues, prescription d'activités physiques, nutrition, hygiène, sexualité, dépistages, statut vaccinal...).	Patient traceur
Observations Des messages de santé publique (vaccination, maltraitance, numéro national de prévention du suicide, don d'organe et de tissus...) et de prévention primaire (tabac, alcool, autres drogues, activité physique, nutrition, hygiène, sexualité, dépistages...) récents et adaptés sont disponibles dans les services.	Observation

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 1.3-11 Avec l'accord du patient, les proches et/ou aidants s'impliquent dans le projet de soins

L'implication des proches, qu'il s'agisse de membres de la famille, d'amis ou de professionnels à domicile, se traduit par une meilleure compréhension des besoins du patient, une continuité des soins et une qualité de vie améliorée. En intégrant ces acteurs dans le projet de soins, on favorise une dynamique de soutien émotionnel et physique, essentielle à la guérison, la réhabilitation et à l'adaptation au quotidien. Le projet de soins construit avec le patient et ses proches permet de définir des objectifs clairs et atteignables, tout en prenant en compte le vécu et les attentes de chacun. Cela nécessite également une communication ouverte et sincère entre tous les acteurs impliqués. En créant un espace où chacun peut exprimer ses préoccupations et ses attentes, on établit un partenariat solide qui contribue à la réussite des parcours de soins.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient • Si le patient en est d'accord, ses proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins (HAD en particulier). Professionnels • En accord avec le patient, dans les situations cliniques difficiles, la présence de ses proches et/ou aidants est facilitée en dehors des heures de visite.	Patient traceur
Professionnels • Dans les situations cliniques difficiles, des réponses sont proposées aux proches et/ou aidants (lit, sanitaires, salle de repas ou de détente...). • Dans les situations cliniques difficiles, des locaux adaptés permettent des échanges avec les proches et/ou aidants dans le respect de l'intimité et de la confidentialité.	Parcours traceur

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision	Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS) : e-Satis
--	--

Critère 1.3-12 Le patient et ses proches et/ou aidants adhèrent aux modalités spécifiques de prise en charge en HAD

Dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, une collaboration étroite entre les professionnels de santé, le patient et ses proches permet une compréhension mutuelle des objectifs de soins. Chaque patient, en fonction de sa pathologie et de ses besoins, bénéficie de modalités spécifiques de prise en charge. Ainsi, il est important que le patient et ses proches et/ou aidants adhèrent aux modalités spécifiques de prise en charge en HAD. Cette adhésion favorise non seulement l'efficacité des soins, mais également le bien-être général du patient, en lui permettant de se sentir soutenu et en sécurité dans son environnement familial. Cela 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 • Un accompagnement social et/ou psychologique et/ou logistique est proposé, en cas de besoin, aux proches et/ou aidants <i>a minima</i> 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 à l'appui de documents d'information. • Le patient et/ou ses proches et/ou aidants savent qui contacter à tout moment, y compris en cas d'urgence vitale. Professionnels • Les professionnels informent et accompagnent le patient dans sa prise en charge en HAD. • Un médecin ou une IDE peut répondre au patient en cas de besoin 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.	Patient traceur
Professionnels • Les numéros d'appel sont consignés dans un document disponible au domicile du patient.	Parcours traceur

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Chapitre 1.

Le patient

Objectif 1.4

L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement

En complément de l'engagement individuel du patient dans sa prise en charge, l'engagement du patient ou de ses représentants peut aussi être au service du collectif. Cette implication individuelle au service du collectif peut prendre différentes formes : représentants des usagers, associations de patients, groupe de pairs, patients partenaires... Y recourir renforce l'implication des patients dans leur prise en charge et concourt à l'amélioration du système de santé.

Critère 1.4-01 Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience

La prise en compte du point de vue du patient, de son ressenti et de ses impressions, permet d'améliorer la qualité de la prise en charge en jouant un rôle dans l'évolution des pratiques hospitalières et des relations entre professionnels de santé et patients. Pour ce faire, un système de recueil et d'analyse de l'expérience du patient et de sa satisfaction est mis en place. C'est dans cette optique que le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience. 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, notamment le questionnaire national e-Satis, à la tenue de réunions régulières entre patients et professionnels. Les patients peuvent déclarer un événement indésirable associé à leurs soins (EIAS) qui leur est arrivé. Ils doivent être informés de cette possibilité et des modalités de déclaration. Ils peuvent être aussi sollicités par les professionnels pour entendre leur point de vue sur un EIAS. Ces démarches permettent non seulement de recueillir des informations précieuses, mais aussi de renforcer le lien de confiance entre le patient et l'équipe médicale, contribuant ainsi à une prise en charge toujours plus adaptée.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient - Le patient sait qu'il peut exprimer sa satisfaction et son expérience durant et après son séjour (e-Satis, questionnaires internes). - Le patient sait qu'il peut faire une réclamation ou un éloge durant et après son séjour. - Le patient sait qu'un médiateur est disponible en cas de situations difficiles en matière de communication entre lui (ou ses aidants, accompagnants, proches) et les équipes. - Le patient sait qu'il peut déclarer un événement indésirable associé à ses soins (EIAS). Professionnels - L'établissement dispose de questionnaires sur l'expérience des patients dans les unités de soins ou plateaux techniques (PREMS) : e-Satis, enquêtes de satisfaction...	Patient traceur
Observations Le macaron associé au niveau de certification et les résultats des IQSS en diffusion publique, dont e-Satis, sont lisiblement affichés aux accueils de l'établissement et sur son site internet s'il existe.	Observation

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision	Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS) : e-Satis
--	---

Critère 1.4-02 La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte

Pour définir les orientations de sa politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, et sa déclinaison dans un programme d'actions, l'établissement prend en compte les résultats de la mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients. L'analyse des résultats détaillés se fait avec les professionnels et le suivi régulier des résultats permet de s'assurer de l'atteinte des objectifs d'amélioration fixés.

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation

Gouvernance • L'établissement incite les patients à participer aux diverses enquêtes internes et nationales en sollicitant le recueil des adresses mails pour e-Satis. • L'établissement suit et améliore la participation de ses patients aux enquêtes de satisfaction et d'expérience des patients : suivi des taux de remise des questionnaires internes, suivi des taux de retours des patients, suivi des collectes et transmission des adresses mails des patients pour e-Satis... • Le programme d'amélioration de la qualité intègre les actions d'amélioration issues de l'analyse des résultats de la satisfaction et de l'expérience des patients ainsi que la contribution des représentants des usagers. Professionnels • Les résultats des évaluations de la satisfaction et de l'expérience des patients, déclinés par unité sont partagés semestriellement avec les équipes de soins (résultats et verbatim e-Satis, autres dispositifs internes). • L'équipe analyse ses propres résultats et verbatim d'e-Satis, ou autres dispositifs de recueil de la satisfaction et l'expérience des patients, et met en place des actions d'amélioration. • Quand des recommandations sont proposées par la CDU, les professionnels mettent en place les actions d'amélioration proposées.	Audit système
---	----------------------

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision	Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS) : e-Satis
--	---

Critère 1.4-03 La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients

Mesurer la qualité des soins est un prérequis pour définir les actions à mettre en œuvre et objectiver les progrès pour améliorer le service rendu aux patients. Cette démarche, depuis longtemps menée par les professionnels, est aujourd'hui enrichie en intégrant la voix des patients dans l'évaluation des soins. Les initiatives utilisant les mesures de la qualité des soins perçue par les patients montrent des améliorations de la qualité des soins, notamment en pratique clinique courante, avec un impact direct pour les patients. Ainsi, la mesure des résultats rapportés par les patients, ou PROMs, aide :

- les patients à avoir une meilleure compréhension de leur maladie et de leurs symptômes, à identifier les symptômes les plus importants et à mieux les communiquer. Ils facilitent la communication avec les professionnels et facilitent l'engagement des patients ;
- les professionnels à discuter avec les patients de leurs difficultés dans le soin. Les professionnels identifient plus précocement ou davantage de symptômes, mettent en place un suivi plus efficace et proposent des prises en charge plus adaptées, ayant des impacts sur les résultats de santé (ex. amélioration de la qualité de vie des patients).

Tout l'établissement **Avancé**

Éléments d'évaluation

Gouvernance • La gouvernance soutient (information, accompagnement d'un service : choix du questionnaire adapté, formation, circuit de recueil, exploitation des résultats...) le déploiement des PROMs dans des services. • La gouvernance soutient l'implication des patients partenaires pour le choix des PROMs utilisés dans les services. • Un bilan annuel relatif à l'utilisation des questionnaires PROMs est partagé dans les instances. Professionnels • Dans les services qui utilisent des questionnaires PROMs, les équipes utilisent les résultats pour : - adapter rapidement la prise en charge des patients ; - et dans un second temps, les équipes exploitent les résultats pour améliorer les pratiques et les organisations.	Audit système
--	----------------------

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 1.4-04 Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins

La prise en compte des besoins et des attentes des patients, tout en cherchant à améliorer la qualité des soins dispensés, se fait de plus en plus en mobilisant des patients et leurs représentants dans les processus décisionnels qui affectent leur santé. Ainsi, les patients partenaires et les associations de patients apportent non seulement leurs expériences vécues, mais également leur expertise sur les enjeux pratiques et émotionnels liés à la maladie.

Tout l'établissement Standard

Éléments d'évaluation

Gouvernance - Des actions mobilisant le partenariat avec des patients sont portées par la gouvernance. - Des patients partenaires interviennent dans des démarches qui mobilisent leur expertise (éducation thérapeutique, soutien au patient, formation des professionnels, journée dédiée à la prévention...). - Des patients partenaires participent à la définition d'actions d'amélioration issues de démarches collectives d'amélioration des pratiques (RMM, CREX, chemins cliniques...).	Audit système
Professionnels L'expérience des patients sur leur maladie et leur état de santé est prise en compte pour adapter les parcours et les traitements.	Parcours traceur

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 1.4-05 Les représentants des usagers sont impliqués 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.

Tout l'établissement Standard

Éléments d'évaluation

Représentants des usagers	Audit système
• Les représentants des usagers contribuent à la définition de la politique de l'établissement en matière d'accueil et de prise en charge. • Le projet des usagers est articulé avec le projet médical et soignant. • Les représentants des usagers donnent leur avis sur des projets d'amélioration de la vie quotidienne des patients (accueils, locaux, signalétique, réhabilitation des locaux...). • Les actions de sensibilisation et d'information menées auprès des patients par les représentants des usagers et/ou les associations sont facilitées en concertation avec les équipes de soins. • Les représentants des usagers participent à l'évaluation des actions entreprises après l'analyse des plaintes et réclamations, des événements indésirables graves, des EIAS, des réponses aux questionnaires de satisfaction, des résultats d'e-Satis et des démarches collectives d'amélioration des pratiques.	

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 1.4-06 Les représentants des usagers disposent des informations utiles à leurs missions

Associer les représentants des usagers dans la vie institutionnelle, c'est avant tout partager avec eux les résultats, notamment des enquêtes de satisfaction ou les événements indésirables afin qu'ils puissent apporter leurs regards.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Représentants des usagers	Audit système
• Les résultats des enquêtes de satisfaction et des questionnaires sur l'expérience patients sont présentés à la commission des usagers et analysés avec les représentants des usagers. • La commission des usagers est informée lors de chaque réunion des événements indésirables associés aux soins, en particulier les événements indésirables graves déclarés. • Le plan d'action issu de l'analyse des EIAS, dont les presque-accidents, est présenté dans les instances chargées des relations avec les usagers. • La commission des usagers est informée du nombre de demandes d'accès à leur dossier par les patients, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.	

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Chapitre 2.

Les équipes de soins

Objectif 2.1

La coordination des équipes pour la prise en charge du patient

La coordination des professionnels garantit la qualité et la sécurité des soins. Il s'agit d'une part d'assurer l'articulation de tous les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient. 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 importants 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 2.1-01 Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation

Simplifier les parcours de soins en facilitant l'accès des patients aux services de soins externes ou de consultations ou en apportant l'aide nécessaire aux patients dans la prise de rendez-vous renforce l'approche centrée sur le patient. Cette approche est également favorisée par l'amélioration de la coordination entre les équipes de consultations et de soins externes, basée sur des échanges d'informations permettant d'assurer une prise en charge plus fluide et personnalisée, tout en garantissant aux patients un suivi adapté à leurs besoins spécifiques.

Tout l'établissement Standard

Éléments d'évaluation

Professionnels • Pendant la consultation, en cas de prescription d'examen complémentaire (imagerie, biologie...) à visée diagnostique ou thérapeutique, l'équipe accompagne le patient pour prendre le ou les prochains rendez-vous. • Les comptes-rendus de consultation sont disponibles dans le dossier médical de l'établissement et versés dans le dossier médical partagé de Mon espace santé. • Les secteurs de consultations et de soins externes mettent en œuvre des actions d'amélioration à la suite des échanges avec les autres intervenants du parcours intrahospitalier. Patient • Dans les secteurs externes (consultation, imagerie...), les patients peuvent prendre rendez-vous en ligne et par un numéro de téléphone dédié. • Pendant la consultation, en cas de prescription d'examen complémentaire (imagerie, biologie...) à visée diagnostique ou thérapeutique, le patient est accompagné pour prendre le ou les prochains rendez-vous.	Parcours traceur
---	------------------

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 2.1-02 Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté

La technologie joue un rôle de plus en plus prépondérant dans la coordination de professionnels. Les dossiers des patients électroniques offrent une vision intégrée des traitements dispensés et des interventions réalisées, permettant ainsi à chaque membre de l'équipe d'avoir accès à des informations actualisées et pertinentes. Ainsi, les professionnels de santé doivent pouvoir accéder, de manière sécurisée, aux dossiers des patients (internes et Mon espace santé) dont ils assurent la prise en charge pour prendre des décisions éclairées et personnalisées. L'interopérabilité des systèmes d'information garantit l'accessibilité de ces informations aux professionnels qui ont besoin d'un accompagnement à la prise en main de tout nouvel applicatif. Le système d'information doit permettre de tracer en temps utile tous les éléments de la prise en charge. Un système d'information performant facilite la communication et le partage d'informations entre différents intervenants, assurant ainsi une approche cohérente et intégrée des soins.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels • Tous les éléments utiles à la coordination de la prise en charge du patient (antécédents, examens cliniques, prescriptions, résultats de bilan, allergies, bactéries multirésistantes...) sont accessibles dans le dossier. • Tous les professionnels impliqués (médecins, soignants, soins de support...) tracent, en temps utile, tous les éléments nécessaires à la coordination de la prise en charge du patient (traçabilité et accès au dossier). • Le système d'information permet aux professionnels un accès simultané à l'ensemble des données utiles à la prise en charge du patient. • Les équipes sont formées à l'utilisation des logiciels métier et peuvent être accompagnées par un interlocuteur compétent pour la prise en main des outils.	Parcours traceurs
Professionnels • Les équipes médicales et paramédicales peuvent consulter le dossier médical partagé du patient.	Audit système

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 2.1-03 Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins

L'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins adapté aux besoins et préférences du patient reposent sur une communication fluide et régulière entre tous les intervenants de la prise en charge. Pour construire le projet de soins, les professionnels peuvent se référer à des correspondants experts en interne ou externe, en utilisant notamment la télésanté. La coordination pluriprofessionnelle et la coopération avec le patient sont des facteurs de qualité de mise en œuvre du projet de soins, notamment pour des modes de prise en charge ambulatoires, en hospitalisation à domicile.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels - Le projet de soins est élaboré en incluant l'ensemble des acteurs concernés par le parcours de soins (équipes de soins de support, ensemble des équipes lorsque le patient est hébergé dans une autre unité faute de places disponibles...). - Le projet de soins personnalisé intègre des activités de prévention en tenant compte des facteurs de risque de chaque patient. - Les équipes ont des correspondants experts (douleur, hygiène, antibiothérapie, soins palliatifs, addictologie, psychiatrie...) à l'intérieur ou l'extérieur de la structure. - En hospitalisation traditionnelle, la prescription d'une HAD est envisagée dans le cadre du projet de soins dès l'admission du patient et analysée avec les HAD. - En cas de maladie chronique, 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.	Parcours traceur
---	------------------

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 2.1-04 Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour des populations ciblées

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 dont le profil est à risque. 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 **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels	Traceur ciblé
- La conciliation médicamenteuse est engagée pour les secteurs et profils de patients les plus à risque (gériatrie, oncologie, patients âgés polymédicamentés, patients sous chimiothérapies...). - La conciliation médicamenteuse est programmée pour les secteurs et profils de patients les plus à risque (gériatrie, oncologie, patients âgés polymédicamentés, patients sous chimiothérapies...) dans lesquels elle n'est pas déjà réalisée. - La conciliation médicamenteuse est réalisée selon les bonnes pratiques, avec notamment : les 3 sources d'information, la rencontre du patient et/ou son entourage, l'échange médico-pharmaceutique. - Le bilan médicamenteux est accessible dans le dossier patient. - Une évaluation de la pertinence de l'activité de conciliation est réalisée (bilan de la conciliation) et les corrections apportées.	

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 2.1-05 Les équipes se coordonnent pour mettre en œuvre la démarche palliative

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 fait l'objet d'une concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.
- En cas de besoin, l'accès à une structure d'expertise en soins palliatifs est assuré, auprès de laquelle les professionnels peuvent bénéficier d'une écoute, d'un soutien ainsi que de formations spécifiques.
- Pour les situations palliatives, les proches du patient sont accompagnés (psychologue...) pour atténuer, si besoin, leurs propres souffrances.
- Pour la limitation et l'arrêt des thérapeutiques actives (LATA), les équipes recherchent les directives anticipées du patient par tout moyen, notamment dans Mon espace santé. En l'absence de directive anticipée, l'expression de la volonté du patient est recherchée ou la personne de confiance est sollicitée pour témoigner de la volonté exprimée par le patient.
- Pour anticiper toute obstination déraisonnable, les actions thérapeutiques et le mode de prise en charge font l'objet d'une analyse systématique en équipe avant le décès prévisible.

Parcours traceur

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 2.1-06 Les équipes se coordonnent pour prévenir les troubles nutritionnels des patients

Les troubles nutritionnels peuvent entraîner des répercussions significatives sur la santé physique et mentale des patients, et nécessitent une approche multidisciplinaire : médecins, diététiciens, psychologues, infirmiers, service de restauration. Une collaboration étroite entre ces professionnels permet d'élaborer des plans de soins personnalisés et adaptés aux besoins spécifiques de chaque patient. En favorisant une communication fluide et un partage d'informations, la coordination des équipes de santé contribue à une meilleure évaluation des besoins nutritionnels, à la mise en place de stratégies de prévention et à un suivi régulier des progrès réalisés. Ainsi, il est essentiel d'explorer les pratiques et les outils qui facilitent cette synergie, afin d'améliorer la qualité des soins et d'optimiser les résultats pour les patients souffrant de troubles nutritionnels.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels - Les équipes identifient les profils de patient nécessitant une prise en charge nutritionnelle spécifique qui permet de personnaliser les soins nutritionnels en mobilisant des professionnels experts (diététicien par exemple). - Pour les prises en charge le nécessitant, notamment la prise en charge de l'obésité, le dépistage de la dénutrition et de la sarcopénie, l'équipe met en œuvre les recommandations actualisées tout au long du séjour. - Les professionnels sont formés au repérage et à la mise en œuvre d'action(s) d'équilibre nutritionnel des patients.	Parcours traceur
Gouvernance L'établissement évalue les caractéristiques nutritionnelles de ses repas, y compris s'ils sont fournis par un prestataire, afin de s'assurer qu'elles correspondent aux besoins des patients.	Audit système

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 2.1-07 Les équipes des secteurs interventionnels se coordonnent pour la prise en charge des patients

Les secteurs interventionnels sont des espaces où les rôles, procédures et tâches pour un acte programmé ou en urgence sont définis et consignés dans un document charte de bloc ou règlement intérieur du secteur. Parmi les documents structurants, on trouve la programmation opératoire qui doit être établie conjointement et tenir compte des urgences et de l'organisation de la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI). 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. Le suivi d'indicateurs, notamment sur les délais de reprogrammation et la réalisation d'évaluations sur la qualité des informations transmises entre les équipes, permet de s'assurer que les patients sont pris en charge de manière sécurisée.

Chirurgie et interventionnel **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels	Traceur ciblé
- La charte de fonctionnement/règlement intérieur du bloc opératoire et des secteurs interventionnels précise les modes de fonctionnement (pilotage de l'organisation, circuits de prise en charge, les responsabilités, les ressources matérielles et humaines...). - La programmation opératoire est établie entre l'opérateur, l'anesthésiste et le chef de bloc et validée en cellule de programmation. - La programmation opératoire prend en compte l'organisation de la SSPI. - 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.	

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique « Secteurs interventionnels »

Critère 2.1-08 Les équipes de maternité accompagnent les futurs parents pour l'élaboration d'un projet à la parentalité

La période de la grossesse et l'arrivée d'un enfant constituent des étapes majeures dans la vie des futurs parents, marquées par des émotions intenses et de nombreuses interrogations. Les équipes de maternité accompagnent ces familles dans l'élaboration de leur projet de parentalité. Cet accompagnement commence dès le début des démarches de conception et l'orientation éventuelle vers les équipes spécialisées d'aide médicale à la procréation. Il prend ensuite la forme d'un dialogue privilégié entre les professionnels de santé et les futurs parents, facilitant ainsi la construction d'un projet de naissance qui répond à leurs souhaits et attentes quant au mode d'accouchement, à l'accueil du bébé, au 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. Les équipes de maternité veillent également à prendre en compte les facteurs de vulnérabilité qui peuvent influencer le parcours parental, qu'ils soient d'ordre psychologique, social ou médical. En identifiant ces spécificités, elles peuvent orienter les parents vers des ressources adaptées, que ce soit des consultations supplémentaires, des groupes de soutien ou des services de pédiatrie. Cet accompagnement global et personnalisé permet aux futurs parents de se préparer au mieux à l'accueil de leur enfant, tout en renforçant leur confiance et leur autonomie dans ce rôle nouveau. Ainsi, la maternité se transforme en un véritable espace de co-construction, où les parents sont acteurs de leur parcours parental et peuvent envisager l'avenir avec sérénité.

Maternité Standard

Éléments d'évaluation

Patient • Dès le début de la grossesse, un projet de naissance (modes d'accouchement, type d'anesthésie, allaitement...) est élaboré avec les futurs parents qui le souhaitent. • Des séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont systématiquement proposées aux parents.	Patient traceur
Professionnels • L'équipe oriente, si nécessaire, les futurs parents vers des équipes spécialisées (aide médicale à la procréation...) et des associations spécialisées, dès l'expression d'un projet à la parentalité. • Les situations de vulnérabilité (fragilisation de la personne du fait de circonstances médicales, psychiques ou sociales avec un effet cumulatif aggravant) sont dépistées à l'aide d'outils, dès le projet à la parentalité et tout au long de la grossesse. • Les situations de vulnérabilité sont partagées en staffs médico-psycho-sociaux ou staffs de périnatalité rassemblant l'ensemble des partenaires concernés. • Les entretiens (prénatal précoce et postnatal) obligatoires sont réalisés.	Parcours traceur

Pour vous accompagner

Fiches pédagogique « Maternité – périnatalité »

Critère 2.1-09 Les équipes se coordonnent pour la prise en charge du patient au domicile

L'équipe de l'HAD coordonne les différents professionnels et organise leur intervention pour assurer la continuité des soins. Le médecin traitant du patient est un acteur de la prise en charge, à ce titre, il est destinataire du protocole de soins établi pour la prise en charge HAD. L'équipe, dans les cas le nécessitant, organise la réhospitalisation des patients en ayant recours si besoin aux services du SAMU. 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 suivie 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

Professionnels	Parcours traceur
• En hospitalisation à domicile, un protocole de soins, établi à l'admission et précisant les intervenants, est communiqué au médecin traitant. • Le praticien de l'HAD coordonne une ou plusieurs réunions pluriprofessionnelles entre les professionnels hospitaliers et libéraux, pour le suivi du projet de soins. • La ré-hospitalisation des patients le nécessitant est organisée dans l'unité de soins adaptée et si besoin par recours aux services d'urgences après appel au 15. • Les professionnels appliquent et mettent en œuvre les règles de sécurité du circuit des produits de santé et des dispositifs médicaux au domicile du patient (livraison, stockage, déchets, retours éventuels...).	

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 2.1-10 En santé mentale et psychiatrie, l'accès aux soins est organisé et suivi

L'accès aux soins peut être retardé par divers facteurs. Cependant, pour les pathologies psychiques sévères, le début des symptômes représente une période essentielle où une intervention précoce et multimodale peut influencer positivement l'évolution de la maladie et améliorer les perspectives fonctionnelles et personnelles. Par conséquent, les structures ambulatoires en psychiatrie doivent établir des modalités d'accès aux soins qui prennent en compte rapidement les alertes de l'entourage, réalisent une évaluation rapide des signes d'alerte et de gravité, et offrent un éventail de soins variés et adaptés. Au cours de l'hospitalisation, certains patients peuvent connaître des épisodes de violence, nécessitant une prise en charge par l'équipe soignante, qui cherchera à utiliser différentes méthodes pour parvenir à une « désescalade ». Pour ces situations, l'élaboration d'un plan de prévention partagé, en coopération avec le patient, peut améliorer et sécuriser la gestion de ces épisodes. Pour garantir une prise en charge cohérente et coordonnée des patients, l'établissement met en œuvre des modalités de collaboration entre ses services ambulatoires en psychiatrie et la médecine générale. L'objectif est d'assurer un suivi harmonisé des troubles psychiques et des éventuelles comorbidités somatiques. En cas d'hospitalisation, la lettre de liaison à l'admission et à la sortie constitue un élément central de cette coordination, de même que le dossier médical partagé, lorsqu'il est disponible.

Santé mentale et psychiatrie **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- Dans les structures ambulatoires de psychiatrie, des dispositions structurées et connues permettent un accès précoce aux soins.
- Les structures ambulatoires de psychiatrie entretiennent avec le médecin généraliste, en accord avec le patient, les liens nécessaires à la coordination du parcours et en veillant à la prise en charge des comorbidités somatiques associées tracées dans le dossier du patient.
- Le plan de prévention partagé pour les patients le nécessitant (risque suicidaire, risque de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif, situation de décompensation de trouble psychique grave...) est rédigé conjointement avec le patient et s'il le souhaite son entourage, et est suivi en se fondant sur l'analyse des résultats cliniques.
- Le taux d'hospitalisation en situation de péril imminent est suivi et fait l'objet d'une analyse partagée avec les équipes qui adressent (SAU, SMUR...).

Parcours traceur

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 2.1-11 Les équipes de psychiatrie se coordonnent pour prévenir le passage à l'acte suicidaire tout au long de la prise en charge

La prévention du suicide est une priorité de santé publique. En population générale, le taux annuel moyen en France est proche de 20 à 25 pour 100 000 habitants pour les hommes et de 5 à 7 pour 100 000 habitants pour les femmes, avec des variations selon l'âge. L'estimation du nombre de tentatives de suicide est de l'ordre de 200 000 par an, faisant de la France un des pays européens les plus touchés par ce fléau. Ce sont dans les hôpitaux psychiatriques qu'ont lieu environ 80% des suicides hospitaliers. Aussi, les professionnels doivent être formés à la prévention, la détection des signes d'alerte et la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire. Les professionnels doivent disposer des outils adaptés nécessaires à la prise en charge. Parmi ceux-ci, le dispositif Vigilans constitue un véritable outil de suivi permettant de réduire le risque de réitération suicidaire de près de 40% pour les patients inclus dans Vigilans comparativement à un groupe de patients non inclus dans ce dispositif.

Santé mentale et psychiatrie **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- Les professionnels sont formés à la prévention, au repérage et à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire.
- Dans les structures ambulatoires de psychiatrie, les critères d'alerte (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 connus par l'équipe.
- En hospitalisation, le risque suicidaire est évalué à l'aide d'outils partagés par l'équipe soignante particulièrement lors des moments clés (entrée, 1^{re} permission, avant la sortie par exemple) et tracé dans le dossier.
- Après une tentative de suicide, l'équipe propose au patient son inclusion dans le dispositif Vigilans au moment de sa sortie.
- Tout suicide ou tentative de suicide intervenant dans le temps de la prise en charge, y compris pendant une permission, fait l'objet d'une déclaration d'évènement indésirable grave et celui-ci est analysé de manière pluriprofessionnelle.

Parcours traceur

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 2.1-12 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, réalisé dans les 24 h pour les hospitalisations sans consentement ou plus tôt pour les autres par un médecin autre que celui ayant réalisé l'évaluation mentale, donne lieu à un suivi régulier, en lien avec le médecin traitant et/ou les services spécialisés si nécessaire. Ce suivi est tracé dans la lettre de liaison.

Santé mentale et psychiatrie **Impératif**

Éléments d'évaluation

Professionnels	Parcours traceur
• Un examen somatique est réalisé dans les 24 h d'une hospitalisation complète sans consentement en psychiatrie. • Pour les patients hospitalisés en soins libres, sans passage par un service d'urgences, l'examen somatique est réalisé dans un délai adapté à leur profil (maximum 3 jours ouvrés). • Si le patient est passé par les urgences, le compte-rendu du passage aux urgences est intégré dans son dossier et les consignes de suivi sont mises en œuvre, suivies et tracées. • Le suivi somatique est réalisé tout au long de la prise en charge et tracé dans la lettre de liaison.	

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision	Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS) : Coordination et prises en charge somatiques en hospitalisation temps plein
--	---

Critère 2.1-13 Les équipes se coordonnent pour la réalisation des transports intrahospitaliers des patients

Les modalités de transport intrahospitalier (professionnels formés et matériels adaptés) sont adaptées, et les délais sont en adéquation avec une continuité de prise en charge de qualité. La continuité de l'activité est assurée pour les autres patients lorsque le transport est réalisé par un autre membre que le brancardier.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels - Les délais de transport sont adaptés au rythme de l'activité. - Lorsque le transport des patients est réalisé par un autre membre de l'équipe que le brancardier, la continuité de l'activité est assurée pour tous les autres patients du service. Patient - Les patients sont informés en temps réel des destinations et des horaires de transport internes.	Parcours traceur
Observations Les conditions de sécurité, de confidentialité et de confort du patient lors de son transport sont respectées (matériel fonctionnel, protections adéquates...).	Observation

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 2.1-14 Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soins

La lettre de liaison est un élément clé de la continuité des soins. Elle doit être remise au patient le jour de la sortie et adressée au médecin traitant. Elle résume les conclusions de l'hospitalisation et établit des préconisations de prise en charge après la sortie afin d'assurer une bonne coordination « hôpital/ville ». Par ailleurs, l'organisation des soins à la sortie doit être prévue. Ainsi, l'établissement doit s'assurer que le patient, ou sa famille, pourra se procurer les médicaments et, si besoin, les équipements et le matériel nécessaires, quels que soient l'heure ou le jour de sortie (dimanche et jours fériés). Le dossier médical partagé de Mon espace santé est mis à jour. Pour les mineurs, le carnet de santé joue ce rôle de fil conducteur de la prise en charge et de l'articulation « hôpital/ville ».

Tout l'établissement Standard

Éléments d'évaluation

Professionnels • 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, le bilan thérapeutique. Ces éléments sont aussi communiqués au patient. • Avant la sortie de l'enfant, l'équipe met à jour son carnet de santé pour les informations utiles à son suivi tout en prenant la précaution de respecter le secret médical.	Parcours traceur
Gouvernance • L'établissement suit les délais de délivrance de la lettre de liaison à la sortie et du compte rendu de consultation et apporte les améliorations nécessaires.	Audit système

Pour vous accompagner

Fiches pédagogique « Enfants et adolescents »	Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS) : Coordination à la sortie et prise en charge de la douleur
---	--

Chapitre 2.

Les équipes de soins

Objectif 2.2

La maîtrise des risques liés aux pratiques

Les pratiques professionnelles induisent des risques pour le patient : identitovigilance, circuit du médicament, risque d'infections associées aux soins, transfusion sanguine, utilisation de rayonnements ionisants... La sécurité du patient est un enjeu d'équipe mobilisant à la fois les compétences de chacun et les capacités d'appropriation collective.

Critère 2.2-01 Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge

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...). L'identification fiable et unique du patient à chaque venue et à toutes les étapes de sa prise en charge permet de relier l'identité d'une personne à un acte. Depuis le 1^{er} janvier 2021, l'utilisation de l'identité nationale de santé (INS), pour référencer les données de santé, est obligatoire. Cette INS est constituée du numéro d'identification au répertoire des personnes physiques (ou numéro identifiant attente de l'individu pour les personnes nées à l'étranger) et de cinq traits : nom de naissance, prénom(s) de naissance, date de naissance, sexe, lieu de naissance. À l'admission, l'INS doit être qualifiée par appel au téléservice INSi. Pendant le séjour, 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.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels - Chaque document papier du dossier patient est identifié (cartouche identité ou étiquette patient contenant les traits d'identité requis). - Si le patient n'a pas la capacité de décliner son identité, l'identification secondaire du patient est assurée par un dispositif d'identification adapté (bracelet ou toute autre alternative à son identification dans le respect de la confidentialité et de sa dignité).	Parcours traceur
Gouvernance - L'établissement a défini une gouvernance de l'identitovigilance : instance stratégique décisionnelle, cellule opérationnelle ou personnel opératif en identitovigilance, référent en identitovigilance disposant d'une lettre de mission ou d'une fiche de poste. - La cellule / comité d'identitovigilance et / ou le référent en identitovigilance analyse et corrige les erreurs d'identité (doublet, collision...) et gère les cas complexes de qualification de l'identité nationale de santé (INS) (discordances entre l'INS et l'identité présente sur le dispositif d'identification, réponses « aucune identité trouvée » ou « plusieurs identités trouvées » du téléservice identifiant national de santé intégré / INSi).	Audit système
Professionnels - Les règles d'identification du patient, définies par l'établissement (charte d'identitovigilance) sont appliquées : qualification de l'identité nationale de santé (INS) par du personnel habilité lors d'une première venue en présence du patient, mode dégradé (rejet du téléservice, indisponibilité du système d'information, anonymat...) ... - Les équipes déclarent les non-conformités auprès de la cellule / comité d'identitovigilance (doublets, collision, impossibilité de qualification de l'identité nationale de santé...) sur la base d'un document précisant les anomalies à déclarer et les modalités de déclaration.	

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 2.2-02 Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments

Le respect des bonnes pratiques de prescription des médicaments par les équipes médicales est essentiel pour assurer la sécurité et l'efficacité des traitements. Cela implique une prescription claire, adaptée et conforme aux recommandations, prenant en compte l'état de santé du patient, ses antécédents médicaux, ses allergies et les interactions possibles avec d'autres traitements. La prescription doit être compréhensible et lisible, afin d'éviter toute confusion lors de l'administration des traitements. Un suivi rigoureux est également essentiel pour ajuster la thérapie en fonction de l'évolution de l'état du patient.

Tout l'établissement **impératif**

Éléments d'évaluation

Professionnels • La prescription d'entrée prend en compte le traitement habituel du patient. • La prescription mentionne clairement l'identification et la signature du prescripteur, la date et l'heure, la dénomination des molécules en DCI, la posologie, le solvant et son volume (injectable), et la voie d'administration. • La capacité d'autogestion et d'autonomie du patient (hors programme PAAM) dans la prise de son traitement habituel est évaluée, réévaluée et tracée par le prescripteur. • Toute prescription conditionnelle est argumentée en référence à une valeur seuil. • Les prescriptions sont réalisées en temps utile par des professionnels habilités sans retranscription par des professionnels non médicaux.	Traceur ciblé
--	---------------

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 2.2-03 Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments

Avant la dispensation, le pharmacien effectue une analyse des prescriptions afin de vérifier leur pertinence, les doses prescrites, les interactions possibles et les contre-indications éventuelles. 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. Les équipes soignantes veillent ensuite à délivrer chaque médicament en respectant les indications du prescripteur. Ce travail collaboratif, entre médecins, pharmaciens et infirmiers, permet d'éviter les erreurs médicamenteuses et d'offrir une prise en charge adaptée et sécurisée à chaque patient.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- Le pharmacien réalise l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance en s'appuyant sur les données biologiques du patient et l'accès à son dossier.
- Les interventions pharmaceutiques sont prises en compte par les services prescripteurs.
- La délivrance des médicaments est adaptée aux besoins des services (journalier, hebdomadaire, mensuel) au regard des prescriptions.
- L'avis du pharmacien est sollicité lors des réunions de concertation pluriprofessionnelle.
- La gouvernance met à disposition des professionnels de l'établissement un(des) logiciel(s) adapté(s) pour faciliter et optimiser les analyses pharmaceutiques.
- Le choix du(des) logiciel(s) est réalisé en conformité avec le plan de maîtrise des dispositifs médicaux numériques mis en place au sein de l'établissement.

Traceur ciblé

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 2.2-04 Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé

Le respect des bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux stériles et dispositifs médicaux implantables) garantit la disponibilité, la sécurité et la qualité des traitements dispensés aux patients. Les équipes doivent suivre des protocoles rigoureux pour assurer un approvisionnement sécurisé (conteneurs sécurisés, conservation du froid, personnel habilité...), depuis la commande jusqu'à la réception, en passant par le stockage et la distribution des produits de santé (locaux et équipements adaptés, respect des températures de stockage, sécurisation et identification des stockages, rangement adapté pour les médicaments les plus à risque...). Une vigilance particulière est accordée à la gestion des stocks, aux dates de péremption et aux éventuelles ruptures d'approvisionnement pour éviter toute interruption des soins.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels • Les modalités d'approvisionnement répondent aux besoins des professionnels, notamment pour parer à tout besoin urgent de produits de santé. • Le pharmacien identifie les risques liés aux ruptures de stock, informe les prescripteurs et met en place des actions palliatives en collaboration avec les utilisateurs. • Le stockage des produits de santé se fait dans les bonnes conditions à la pharmacie à usage intérieur et dans les services de soins. • Les conditions de transport des produits de santé sont adaptées et sécurisées.	Traceur ciblé
Observations • Le contrôle du stockage des produits de santé est effectif avec retrait des périmés.	Observation

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 2.2-05 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 non récupérée à cette étape peut engendrer une erreur médicamenteuse potentiellement source de dommage au patient. Les équipes soignantes suivent les prescriptions médicales, en vérifiant l'identité du patient, la nature du médicament, la posologie, la voie d'administration et le moment adéquat pour chaque prise (règle des 5B). La préparation médicamenteuse respecte les recommandations de bonnes pratiques (extemporanée, bonnes pratiques d'écrasement selon les recommandations, identification jusqu'à son administration, utilisation d'étiquettes respectant les recommandations pour tous les produits injectables). L'administration est consignée dans le dossier du patient afin de garantir une traçabilité complète. Il convient de garantir la qualité et la sécurité de l'administration des médicaments en tenant compte de l'autonomie du patient.

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation

Professionnels	Traceur ciblé
• Les professionnels habilités respectent les bonnes pratiques de préparation en évitant les interruptions de tâches. • Les professionnels habilités respectent les bonnes pratiques d'administration. • Les situations à risque (injectables, médicaments reconstitués en pédiatrie, pousse-seringue électrique, PCA, chimiothérapies, préparations de poches de perfusion avec reconstitution, multiplicité des préparations...) devant faire l'objet de précautions particulières ont été identifiées et les bonnes pratiques mises en œuvre. • La concordance entre le produit, le patient et la prescription est systématiquement vérifiée avant l'administration par les professionnels habilités. • L'administration du médicament ou le motif de non-administration est tracé dans son dossier au moment de la prise par les professionnels habilités. • La prise de son traitement habituel par le patient autonome (hors programme PAAM) est tracée par les professionnels habilités.	

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 2.2-06 Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse

La prévention des erreurs médicamenteuses repose sur des pratiques rigoureuses et la vigilance des équipes soignantes. La formation continue des professionnels de santé joue un rôle clé, leur permettant de maîtriser les protocoles, d'anticiper les risques d'interactions et de respecter les règles de sécurité. 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. Leur liste est évolutive et prend en compte les retours d'expérience et les never events. Les préparations en atmosphère contrôlée, notamment pour les médicaments stériles et les chimiothérapies, sont essentielles pour éviter toute contamination et garantir la précision des doses. Enfin, l'analyse systématique des événements indésirables liés aux médicaments permet d'identifier les failles et de mettre en place des actions correctives.

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation

Professionnels	Traceur ciblé
• Les professionnels sont formés à la prévention du risque médicamenteux. • Les professionnels connaissent les moyens de maîtrise des médicaments les plus à risque. • Une liste des médicaments les plus à risque, établie de manière collégiale, est adaptée à l'activité et connue des professionnels. • Le circuit des préparations en atmosphère contrôlée (chimiothérapie, immunothérapie, biothérapie, nutrition parentérale, radiopharmaceutique...) est maîtrisé (prescription, analyse pharmaceutique, préparation, libération, transport, stockage et administration). • Les erreurs médicamenteuses sont analysées en équipe et font l'objet d'un plan d'action suivi.	

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 2.2-07 L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)

Cette démarche permet au patient, sous supervision médicale, de gérer lui-même ses traitements habituels. L'évolution de la réglementation concernant l'administration des médicaments apporte une réponse à l'engagement du patient dans ses soins et en particulier pour l'auto-administration de ses médicaments. Un cadre pour sécuriser cette pratique est proposé par la HAS qui publie une recommandation et une boîte à outils à destination des professionnels de santé. Les enjeux sont multiples :

- affirmer l'autonomie du patient et son engagement à la sécurité de ses soins
- renforcer le travail en équipe pluriprofessionnelle ;
- réduire les risques d'erreur lors de la sortie des patients de l'établissement
- améliorer la compréhension

Le PAAM s'inscrit dans une politique institutionnelle globale de la gestion des risques et de l'engagement du patient en tant qu'acteur de sa prise en charge médicamenteuse.

Tout l'établissement Avancé

Éléments d'évaluation

Professionnels • Les services volontaires définissent les critères de déploiement du programme « Patient en auto-administration de ses médicaments (PAAM) en hospitalisation » et les indicateurs d'évaluation de la démarche. • Les services et les patients volontaires mettent en œuvre le programme « Patient en auto-administration de ses médicaments (PAAM) en hospitalisation » en personnalisant le programme aux patients concernés. • Une évaluation de la démarche « Patient en auto-administration de ses médicaments (PAAM) en hospitalisation » est conduite collectivement et des actions d'amélioration sont mises en place.	Traceur ciblé
Gouvernance • La gouvernance soutient, au travers de sa politique globale de gestion des risques, l'engagement du patient en tant qu'acteur de sa prise en charge médicamenteuse (identification des services volontaires, formation, déploiement priorisé, équipements disponibles ...).	Audit système

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 2.2-08 Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène

Les précautions standards constituent le socle indispensable de prévention des infections associées aux soins et s'appliquent toujours pour tous les patients. Elles concernent notamment l'hygiène des mains, le port de protections individuelles (gants, masques, blouses), la gestion des excréta et des déchets, ainsi que l'entretien du matériel et des surfaces. Les équipes soignantes doivent utiliser des solutions hydroalcooliques à des moments clés : avant et après chaque contact avec le patient, avant toute procédure invasive, après un contact avec des surfaces potentiellement contaminées, et après le retrait des gants. L'absence de bijou aux mains et aux poignets améliore la qualité de la désinfection des mains. Ces gestes simples mais fondamentaux, régulièrement contrôlés et renforcés par des formations continues, permettent de réduire la propagation des agents infectieux et d'améliorer la qualité des soins.

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation

Professionnels	Traceur ciblé
• L'équipe applique les prérequis à l'hygiène des mains : zéro bijou aux mains et aux poignets, manches courtes, absence de vernis, ongles courts. • L'équipe respecte les indications d'hygiène des mains : avant et après 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 privilégie la désinfection des mains par friction hydroalcoolique. Elle connaît les rares indications du lavage à l'eau et au savon. • L'équipe applique les bonnes pratiques de gestion des excréta : respect des précautions standards lors des manipulations (notamment port des EPI), matériel adapté et en bon état (bassin et lave-bassin), maintenance des équipements assurée, et existence d'une procédure dégradée en cas de panne. • L'équipe connaît les précautions à prendre et conduites à tenir en cas d'accident d'exposition au sang. • L'équipe améliore ses pratiques en matière de précautions standards d'hygiène à l'appui de l'analyse régulière de ses indicateurs en lien avec l'équipe opérationnelle d'hygiène.	

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique « Infections associées aux soins »	Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS) : Consommation des solutions hydroalcooliques (ICSHA)
---	--

Critère 2.2-09 Les équipes respectent les précautions complémentaires d'hygiène

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. Ces mesures supplémentaires qui visent à limiter la transmission de ces micro-organismes (restrictions de mouvement, le maintien en chambre seul, porte fermée, port de protections barrières...) doivent être justifiées médicalement, expliquées au patient et s'accompagner d'aménagements facilitant leur mise en œuvre et leur acceptabilité. En parallèle, les professionnels appliquent déjà les précautions standard et respectent les bonnes pratiques de port des équipements de protection individuelle (port du masque, port des gants, port des surblouses dans la chambre du patient...). En suivant ces mesures, les équipes réduisent les risques de contamination croisée.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient Le risque infectieux, la prescription et l'utilisation des précautions complémentaires sont expliqués au patient et à ses proches.	Patient traceur
Professionnels - L'équipe connaît les situations dans lesquelles il faut adjoindre des précautions complémentaires aux précautions standards. - La mise en place des précautions complémentaires est effective, fait l'objet d'une prescription médicale ou d'un protocole validé et l'information donnée au patient est tracée dans le dossier.	Traceur ciblé
Observations L'équipe utilise les équipements de protection individuelle selon les recommandations (pas de masque médical « en collier » ou nez/bouche non inclus et/ou liens non attachés, gants (stériles ou non) éliminés immédiatement après le geste, changés entre deux patients, pas de surblouse hors des chambres...).	Observation

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique « Infections associées aux soins »	Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS) : Précautions complémentaires contact
---	--

Critère 2.2-10 Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs

La maîtrise de toutes les étapes du circuit des dispositifs médicaux invasifs permet de prévenir le risque infectieux. Les dispositifs tels que les cathéters, sondes ou drains, bien que nécessaires pour le traitement, représentent un risque élevé d'infections associées aux soins s'ils ne sont pas manipulés avec des précautions rigoureuses. Les équipes doivent respecter des protocoles stricts pour leur pose, leur entretien et leur retrait, incluant l'asepsie, la désinfection des sites d'insertion et une surveillance régulière des signes d'infection. De plus, la formation continue du personnel sur les pratiques de prévention des infections liées à ces dispositifs, ainsi que la sensibilisation des patients, sont essentielles pour limiter ces risques. Enfin, les évaluations de pratiques professionnelles identifient les éventuelles actions d'amélioration à définir en coopération avec l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- L'équipe applique les protocoles de pose et d'entretien des abords vasculaires (veineux, périphériques et centraux, et artériels), drainage urinaire et ventilation assistée.
- La date de pose ou du geste impliquant le dispositif est tracée dans le dossier.
- Pour les dispositifs invasifs qui le requièrent (abords veineux et sondes notamment), la pertinence de leur maintien est réévaluée périodiquement selon les recommandations de bonnes pratiques.
- Une surveillance des taux d'infections liés aux dispositifs invasifs est assurée en lien avec l'équipe opérationnelle d'hygiène. Les résultats sont connus des équipes.

Traceur ciblé

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique « Infections associées aux soins »

Critère 2.2-11 Les équipes maîtrisent les risques liés à la transfusion sanguine

Chaque type de transfusion (globules rouges, plaquettes ou plasma) est soumis à des protocoles spécifiques. Toutes les étapes, de la prescription à l'administration, sont encadrées, que la transfusion soit réalisée en urgence ou planifiée, cela inclut la vérification rigoureuse de la compatibilité sanguine, l'identification du patient, et le respect des conditions de conservation et de transport des produits sanguins. L'indication de la transfusion fait systématiquement l'objet d'une analyse bénéfices/risques pour chaque patient. De plus, la traçabilité des produits sanguins est essentielle pour pouvoir réagir rapidement en cas d'évènement indésirable.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- L'analyse bénéfices/risques est réalisée pour tout acte de transfusion, notamment la nuit.
- Le contrôle ultime au lit du patient est réalisé conformément aux bonnes pratiques de transfusion.
- La prévention du risque transfusionnel est conforme aux recommandations de la HAS.
- Les professionnels sont formés aux bonnes pratiques transfusionnelles.
- L'équipe améliore ses pratiques en matière de transfusion à l'appui de l'analyse régulière de ses indicateurs et des évènements indésirables déclarés.

Traceur ciblé

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 2.2-12 Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales

La prise en charge des urgences vitales repose sur une réactivité immédiate et une coordination optimale afin de préserver la vie du patient. Les professionnels de santé doivent être formés en continu aux protocoles d'urgence. Une organisation claire, incluant l'identification rapide de la situation, la communication fluide entre les équipes et la disponibilité immédiate des équipements et médicaments, est essentielle. Les procédures sont régulièrement évaluées et améliorées à travers des exercices de simulation d'urgence.

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation

Professionnels • Il existe un numéro d'appel unique et dédié, connu des professionnels, pour joindre directement un médecin habilité à intervenir en cas d'urgence vitale. • Tous les professionnels de soins sont formés aux gestes de première urgence (détection d'une urgence vitale, conduite à tenir...). • Les chariots ou sacs d'urgence sont adaptés aux patients accueillis dans l'unité et accessibles. • Les chariots ou sacs d'urgence sont contrôlés dans les unités de soins, leur vérification est tracée et un registre d'utilisation est tenu. • Les professionnels de soins réalisent des exercices de mise en situation.	Parcours traceur
Gouvernance • Une évaluation du dispositif de prise en charge des urgences vitales valide son efficacité.	Audit système

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 2.2-13 Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants

Les risques liés à l'utilisation des 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 pour le patient et les professionnels. Les équipes doivent maîtriser les bonnes pratiques, en veillant à respecter les principes de radioprotection, comme l'optimisation des doses administrées, la justification médicale des examens et la limitation de l'exposition. La formation continue des professionnels sur les techniques de protection, l'entretien régulier des équipements et le suivi des protocoles de sécurité sont essentiels. De plus, une surveillance régulière des doses de radiation et des audits de pratiques permettent de garantir la conformité avec les normes de radioprotection et de minimiser les risques liés aux rayonnements ionisants.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels - La réalisation des examens radiologiques est effectuée par des professionnels habilités (manipulateurs en radiologie, médecins, radiopharmaciens) avec du matériel connecté au système de collecte et d'archivage des données dosimétriques. - La pertinence des prescriptions de rayonnements ionisants est régulièrement justifiée et évaluée. - Pour tout acte médical faisant appel aux rayonnements ionisants, le dossier du patient contient les éléments suivants : la justification de l'acte et la procédure réalisée, le matériel utilisé et la quantité de dose reçue ou estimée par le patient au cours de la procédure. - À la sortie, la lettre de liaison intègre la mention des doses de rayonnements ionisants reçues. - 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.	Parcours traceur
Observations Dans les secteurs utilisant des rayonnements ionisants, les professionnels utilisent les équipements de protection individuels (tablier, lunettes, ...) et les dosimètres.	Observation

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique « Secteurs interventionnels »

Chapitre 2.

Les équipes de soins

Objectif 2.3

La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie, radiothérapie)

Les secteurs à risques majeurs, exposés à des situations complexes et à des prises en charge intensives, exigent des protocoles de prise en charge spécifiques et la coordination des équipes. Les professionnels de ces secteurs doivent être formés régulièrement aux pratiques et à l'utilisation du matériel qui leur sont propres. La traçabilité des actions garantit des soins sûrs. L'évaluation et l'amélioration continue des pratiques sont des facteurs clés pour maintenir un haut niveau de qualité et de sécurité dans ces environnements critiques.

Critère 2.3-01 Chaque appelant au SAMU pour un problème de santé est orienté et pris en charge grâce à une régulation médicale adaptée à sa situation

Chaque appelant au SAMU pour un problème de santé bénéficie d'une évaluation médicale immédiate, réalisée par un régulateur médical. Ce processus de régulation permet d'analyser la gravité de la situation de l'appelant, en tenant compte des symptômes décrits, des antécédents médicaux et du contexte. En fonction de cette évaluation, le patient est orienté vers la réponse la plus appropriée : conseil médical, prise en charge par un médecin de ville, envoi d'une ambulance, ou encore intervention d'une équipe médicale d'urgence (SMUR). La régulation médicale garantit une gestion rapide et adaptée des urgences, tout en optimisant les ressources disponibles. Elle permet également de prioriser les cas critiques afin de maximiser les chances de survie et de limiter les complications graves.

SAMU/SMUR Standard

Éléments d'évaluation

Professionnels	Traceur ciblé
- Les professionnels du SAMU appliquent le protocole d'organisation de la régulation médicale des appels, des rôles de l'assistant de régulation médicale (ARM) et du médecin régulateur. - L'équipe du SAMU est formée à l'accueil, l'écoute et la bonne orientation des appelants. - Toutes les communications sont tracées au sein du dossier de régulation médicale (DRM). - Les patients remarquables (HAD, femme enceinte géographiquement isolée, patient sous assistance respiratoire...) sont identifiés avec les mesures particulières de prise en charge. - L'orientation du patient au décours de la prise en charge par le SAMU est argumentée et tient compte des filières d'admission directe, et si possible, des préférences du patient. - Les équipes du SAMU analysent leurs pratiques et la pertinence des décisions, en particulier en réécoutant les enregistrements pour améliorer ces pratiques.	

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 2.3-02 Le dossier médical préhospitalier des SMUR comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient

Le dossier médical préhospitalier des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) est un outil pour assurer la continuité des soins lors de la prise en charge d'un patient en situation d'urgence. Il doit contenir l'ensemble des informations pertinentes recueillies sur le terrain, telles que l'identité du patient, ses antécédents médicaux, les circonstances de l'intervention, les symptômes observés, les gestes médicaux réalisés (intubation, perfusion...) ainsi que les traitements administrés. Ce dossier permet ainsi aux équipes hospitalières, une fois le patient transféré, de disposer immédiatement d'une vision claire et complète de la situation médicale, facilitant ainsi la poursuite des soins dans les meilleures conditions de sécurité et d'efficacité. Au-delà de son rôle dans la continuité des soins, ce dossier permet également une analyse régulière des pratiques et une évaluation de la pertinence des décisions prises sur le terrain.

SAMU/SMUR Standard

Éléments d'évaluation

Professionnels	Traceur ciblé
- La composition de l'équipe SMUR est tracée dans le planning d'intervention. - Les dossiers médicaux préhospitaliers sont complets : hypothèse diagnostique, thérapeutique mise en œuvre, surveillance réalisée, nom du médecin... - Le bilan de l'analyse régulière des dossiers par l'équipe SMUR donne lieu à des actions d'amélioration de leurs pratiques (pilotage d'activité, formation, adaptation des moyens...). - L'équipe du SMUR met en œuvre des actions d'amélioration en lien avec l'analyse régulière de ses indicateurs de prise en charge (délai moyen de sortie des SMUR, délai d'immobilisation des SMUR, délai de transmission du bilan au SAMU, délais de transfert...).	

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 2.3-03 L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge

L'équipe des urgences joue un rôle clé dans l'orientation des patients vers les circuits de soins les plus adaptés à leur état de santé. Dès l'arrivée du patient, une évaluation rapide est effectuée pour déterminer la gravité de la situation et définir la priorité de prise en charge, selon des critères d'urgence médicale. Ce processus permet de garantir que chaque patient reçoit les soins nécessaires dans des délais appropriés, qu'il s'agisse de consultations, d'examen complémentaires ou d'une hospitalisation. 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 en fonction de la situation clinique du patient. Les patients sont examinés et surveillés dans des locaux fermés et protégés. Enfin, l'organisation des urgences repose sur une coordination efficace entre les différents professionnels de santé, afin d'optimiser le parcours du patient tout en évitant les délais injustifiés.

Urgences Standard

Éléments d'évaluation

Professionnels • Dès l'accueil, le tri est réalisé par un professionnel habilité (infirmier organisateur de l'accueil (IOA) ou un médecin d'accueil et d'orientation (MAO)) formé à cette fonction et à l'aide d'une échelle de tri validée. • Les délais d'attente en temps réel sont communiqués au patient. • Un médecin de spécialité, en interne ou en externe, est facilement joignable pour avis. En cas de sollicitation, son avis est tracé dans le dossier du patient. • L'équipe des urgences a accès au dossier du patient ayant déjà séjourné ou consulté dans l'établissement ainsi qu'au dossier médical partagé de Mon espace santé. Patient • Lors de la prise en charge aux urgences, le patient est informé des étapes de son parcours de soins et, si la situation le permettait, un proche est resté à ses côtés pendant l'attente.	Parcours traceur
---	------------------

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 2.3-04 Les professionnels maîtrisent la prise en charge anesthésique des patients

Avant toute anesthésie, une évaluation du risque anesthésique est réalisée, prenant en compte l'état de santé du patient, ses antécédents médicaux et la complexité de l'intervention. Le choix de la technique anesthésique est alors justifié et adapté à chaque situation clinique. Après l'intervention, la surveillance en salle de réveil (SSPI) est assurée par des professionnels formés, avec une vérification systématique du matériel et une surveillance continue des signes vitaux. La sortie de la SSPI n'est autorisée que lorsque le patient répond aux critères de stabilité médicale. L'extubation, moment délicat, est strictement effectuée par des professionnels habilités (ayant suivi une formation spécifique et tracée, et sous réserve de disponibilité d'un médecin anesthésiste réanimateur pouvant intervenir à tout moment), assurant ainsi la sécurité du patient à chaque étape du parcours anesthésique.

Chirurgie et interventionnel Standard

Éléments d'évaluation

Professionnels Les comptes-rendus de la consultation préanesthésique et de la visite préanesthésique (réalisées dans les délais conformes, hors urgences) contiennent l'évaluation du risque anesthésique et la justification du choix de la technique.	Parcours traceur
Professionnels - Les professionnels des salles interventionnelles et de la SSPI tracent la conformité des équipements d'anesthésie à l'ouverture de la salle. - En SSPI, les bonnes pratiques d'extubation sont appliquées par des professionnels habilités. - L'aptitude à la sortie de SSPI est validée médicalement ou évaluée sous condition de score validé médicalement.	Traceur ciblé

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique « Secteurs interventionnels »

Critère 2.3-05 Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs

Les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie lors des actes invasifs préviennent les infections post-opératoires et limitent le risque de résistance bactérienne. Les équipes doivent suivre des protocoles afin d'assurer une administration appropriée des antibiotiques. Cela inclut une évaluation préalable des risques infectieux liés à l'intervention, la sélection de l'antibiotique le plus adapté, ainsi que le respect des doses, des délais et de la durée de traitement. L'antibioprophylaxie doit être administrée dans des délais précis avant l'acte invasif pour être efficace. Les équipes sont également formées à la réévaluation de la nécessité du traitement post-intervention.

Chirurgie et interventionnel Standard

Éléments d'évaluation

Professionnels

- La prescription d'antibioprophylaxie utile, systématiquement réalisée dès la consultation préanesthésique ou préopératoire, est tracée dans le dossier du patient.
- Dans les cas spécifiques (IMC élevé, portage de germe résistant aux antibiotiques...), l'antibioprophylaxie est adaptée.
- L'antibioprophylaxie est conforme au protocole en fonction du type de chirurgie et du terrain (molécule, dosage, moment de l'administration et durée de l'antibioprophylaxie) selon les recommandations de bonnes pratiques les plus récentes.
- L'équipe des secteurs interventionnels met en place des actions d'amélioration basées sur l'analyse des pratiques en matière d'antibioprophylaxie.

Traceur ciblé

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique « Secteurs interventionnels »

Critère 2.3-06 Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles

Dans les secteurs interventionnels, les équipes veillent à la rigueur des pratiques d'hygiène, à la stérilisation du matériel et à l'entretien des locaux, conformément aux normes en vigueur. Les équipements doivent être désinfectés régulièrement, et leur bon fonctionnement vérifié avant chaque intervention. Les professionnels de santé suivent des protocoles stricts pour limiter les risques de contamination, qu'il s'agisse de gestes aseptiques, de gestion des dispositifs invasifs ou de la tenue appropriée. Une attention particulière est portée aux flux de circulation dans les locaux afin de minimiser le risque d'infections croisées.

Chirurgie et interventionnel **Impératif**

Éléments d'évaluation

Professionnels • L'équipe réalise toutes les étapes de préparation du patient selon le protocole en vigueur (douche, traitement des pilosités le cas échéant), défini avec l'équipe opérationnelle d'hygiène. • Avant l'acte interventionnel, l'équipe réalise l'antisepsie cutanée selon le protocole en vigueur. • Les professionnels des salles interventionnelles tracent la conformité des équipements opératoires à l'ouverture de la salle.	Traceur ciblé
Observations • L'équipe porte une tenue et des équipements (tunique, pantalon, masque) adaptés et strictement dédiés au secteur interventionnel.	Observation

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique « Secteurs interventionnels »	Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS) : Infections du site opératoire après pose de prothèse totale de hanche Infections du site opératoire après pose de prothèse totale de genou
--	---

Critère 2.3-07 Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au circuit des dispositifs médicaux invasifs réutilisables thermosensibles

Les dispositifs médicaux invasifs réutilisables thermosensibles doivent suivre un processus de désinfection et de stérilisation spécifique, adapté à leur sensibilité thermique. Voici quelques exemples de dispositifs :

- les endoscopes ;
- les sondes d'échographie endocavitaires ;
- le matériel de microchirurgie ophtalmique.

Les équipes doivent respecter des protocoles stricts de décontamination, incluant le nettoyage manuel ou automatisé, suivi d'une désinfection à basse température ou d'une stérilisation par des procédés chimiques, pour préserver l'intégrité des dispositifs tout en éliminant les agents pathogènes. La traçabilité des étapes de traitement, la vérification du bon fonctionnement des équipements de stérilisation et les formations régulières des professionnels sont essentielles pour garantir la sécurité du circuit. La surveillance et l'évaluation des pratiques permettent de réduire les risques d'infection liés à ces dispositifs sensibles.

Chirurgie et interventionnel **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- Les professionnels qui ont la charge de la désinfection des dispositifs médicaux invasifs réutilisables thermosensibles sont formés et habilités.
- La liste du parc actif des dispositifs médicaux réutilisables thermosensibles est actualisée.
- Les conditions et circuits de désinfection et de stockage des dispositifs médicaux invasifs réutilisables thermosensibles sont conformes aux bonnes pratiques.
- Les résultats des contrôles microbiologiques des dispositifs médicaux invasifs réutilisables thermosensibles, analysés avec l'EOH, attestent de la maîtrise du risque infectieux. En cas de résultats non conformes, la conduite à tenir est respectée et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.
- La référence du dispositif médical invasif réutilisable thermosensible est tracée dans le compte-rendu de l'examen.
- Pour chaque dispositif médical invasif réutilisable thermosensible, un carnet de vie regroupe toutes les informations le concernant : actes réalisés, opérations de nettoyage-désinfection, de maintenance ou de contrôle microbiologique.

Traceur ciblé

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique « Secteurs interventionnels »

Critère 2.3-08 Les équipes sécurisent le parcours du patient en chirurgie ambulatoire

La coordination entre les professionnels permet d'optimiser la prise en charge, tout en assurant la sécurité. Ainsi, lors d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire, les équipes s'assurent que chaque étape, de la préparation préopératoire à la sortie, est maîtrisée :

- évaluation de l'éligibilité du patient à la chirurgie ambulatoire ;
- vérification des conditions médicales et sociales ;
- planification anticipée de la sortie.

La visite médicale autorisant la sortie du patient est réalisée immédiatement avant celle-ci. Une signature sous condition de score, c'est-à-dire la possibilité de faire sortir le patient sans qu'il ait revu un médecin, peut être une alternative de la visite médicale de sortie. Dans ce cas, elle s'appuie sur une méthode de scoring éprouvée et pour laquelle les paramédicaux ont été formés. Pour le retour à domicile, la sécurité post-opératoire s'appuie sur la transmission de consignes claires, explicitées au patient et rassemblées dans un document qui lui est remis ou aisément accessible.

Chirurgie et interventionnel Standard

Éléments d'évaluation

Patient • En chirurgie, le patient est informé des modalités pré, péri et postopératoires de sa prise en charge ambulatoire. Professionnels • L'équipe trace l'éligibilité à l'ambulatoire.	Patient traceur
Professionnels • La fiche d'autorisation de sortie est signée par un médecin ou sous condition de score (sur prescription) évalué par des professionnels formés. • L'équipe de chirurgie ambulatoire assure le suivi du patient par un contact téléphonique ou SMS, après le retour à domicile.	Parcours traceur

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique « Secteurs interventionnels »	Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS) : e-Satis Indicateurs de processus en chirurgie ambulatoire
--	---

Critère 2.3-09 Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient »

La check-list « Sécurité du patient », mise en place pour renforcer la sécurité des interventions chirurgicales, permet de vérifier systématiquement les éléments critiques à chaque étape de la prise en charge : identification du patient, vérification du site opératoire, contrôle des dispositifs et équipements, et validation de la procédure. En vue de faciliter son appropriation par les professionnels – meilleurs garants de l'amélioration de la sécurité du patient – la HAS encourage les professionnels à adapter la check-list pour mieux l'adopter. En analysant régulièrement les modalités de réalisation de cette check-list, les équipes peuvent identifier les écarts ou les points de vigilance, ajuster leurs pratiques et améliorer la communication entre les différents professionnels. Cette démarche d'évaluation et d'ajustement contribue à prévenir les erreurs, à optimiser la coordination et à garantir la sécurité du patient tout au long de son parcours interventionnel.

Chirurgie et interventionnel **Impératif**

Éléments d'évaluation

Professionnels	Traceur ciblé
• Une check-list, éventuellement adaptée selon les recommandations de la HAS, est systématiquement réalisée de façon exhaustive par les équipes des blocs opératoires et des secteurs interventionnels à chaque étape. • La check-list est réalisée en présence des professionnels concernés. • Des évaluations de la mise en œuvre de la check-list sont suivies par les équipes des blocs opératoires et des secteurs interventionnels (en particulier, le suivi des Go/No Go). • Les équipes des blocs opératoires et des secteurs interventionnels mettent en œuvre des actions d'amélioration sur la base de l'analyse des résultats des indicateurs de suivi des modalités de réalisation de la check-list.	

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique « Secteurs interventionnels »

Critère 2.3-10 Les équipes mettent en œuvre des mesures de prévention des risques obstétricaux majeurs

La prévention des risques obstétricaux majeurs constitue un enjeu central dans la prise en charge des femmes enceintes. Les équipes soignantes sont formées à détecter rapidement les complications potentielles, telles que l'hémorragie du post-partum, la prééclampsie ou les accouchements dystociques. Des protocoles stricts sont appliqués pour anticiper ces risques, incluant une surveillance prénatale renforcée pour les patientes à risque et une gestion efficace des urgences obstétricales. La mise en place de simulations d'urgence et une communication fluide entre les différents intervenants permettent de garantir une réactivité optimale. Grâce à ces mesures, les équipes peuvent intervenir rapidement et efficacement pour prévenir ou limiter les conséquences des complications obstétricales majeures, assurant ainsi la sécurité des patientes et de leurs nouveau-nés.

Maternité **Impératif**

Éléments d'évaluation

Professionnels	Parcours traceur
• À l'admission, l'établissement dispose de tous les éléments du dossier de la patiente recueillis en extrahospitalier et intrahospitalier, même lors des transferts en urgence. • L'équipe maîtrise l'interprétation du rythme cardiaque fœtal grâce à des formations. • L'équipe maîtrise les manœuvres obstétricales grâce à des formations. • Le matériel d'urgence vitale en cas d'hémorragie du post-partum immédiat est vérifié et conforme. • La procédure d'urgence vitale en cas d'hémorragie du post-partum est accessible en salles d'accouchement et connue des professionnels.	

Pour vous accompagner

Fiches pédagogique « Maternité – périnatalité »

Critère 2.3-11 Les équipes sécurisent la prise en charge du nouveau-né

La sécurisation de la prise en charge du nouveau-né à la naissance améliore sa santé et son bien-être dès les premiers instants de vie. Les équipes soignantes suivent des protocoles pour assurer une identification immédiate du nourrisson, la prévention des infections, ainsi que l'évaluation de ses fonctions vitales (notamment via le score d'Apgar). La surveillance continue permet de détecter rapidement toute anomalie ou complication nécessitant une prise en charge spécialisée. Les soins essentiels, comme le maintien de la température corporelle ou la gestion de l'alimentation, sont systématiquement réalisés. Enfin, une communication claire avec les parents garantit une transition en douceur, tout en favorisant un suivi attentif des premiers moments de vie du nouveau-né.

Maternité **Impératif**

Éléments d'évaluation

Professionnels	Parcours traceur
• L'ensemble des professionnels de santé prenant en charge des nouveau-nés en secteur naissance et maternité est formé par simulation à la prise de fonction et tout au long de son exercice professionnel. • Les professionnels connaissent les procédures de prise en charge du nouveau-né en secteur naissance et maternité (réanimation néonatale, infection néonatale...). • Les professionnels reportent dans le dossier patient le clampage retardé du cordon ombilical et la mise en peau à peau. Lorsqu'ils ne sont pas effectués, la raison est argumentée. • Les professionnels recueillent, dans le dossier patient, la température du nouveau-né en sortie de secteur naissance et à l'admission en unité de soins. • L'accompagnement de l'allaitement est inscrit dans une démarche qualité formalisée (formation spécifique, professionnel formé avec un temps dédié...). • Les professionnels analysent leurs résultats et définissent des mesures d'amélioration le cas échéant (par exemple : taux de clampage retardé du cordon, corticothérapie anténatale, suivi des températures du nouveau-né, durée d'hospitalisation, suivi de l'allaitement...).	

Pour vous accompagner

Fiches pédagogique « Maternité – périnatalité »

Critère 2.3-12 Les équipes des secteurs de soins critiques maîtrisent les risques en lien avec leurs pratiques

Dans les secteurs de soins critiques, les équipes pluridisciplinaires (médecins, infirmiers, réanimateurs, anesthésistes) travaillent en étroite collaboration pour prévenir et gérer les complications associées à des soins complexes, comme la ventilation mécanique, les perfusions à haut risque ou la surveillance hémodynamique. Le transport des patients, souvent critique, est encadré par des protocoles pour éviter tout incident pendant les déplacements. La surveillance visuelle et sonore continue, via des dispositifs de monitoring, permet de réagir rapidement aux anomalies vitales. Les professionnels sont également formés à reconnaître et traiter le syndrome post-réanimation, une complication fréquente chez les patients en soins critiques.

Soins critiques Standard

Éléments d'évaluation

Professionnels

- La surveillance visuelle et sonore de tous les patients en soins critiques est réalisée à l'appui d'une procédure de gestion des systèmes de surveillance (définition des seuils d'alarme, report d'alarme...) par des professionnels formés.
- Les équipes de soins critiques transportent les patients après analyse bénéfices/risques pluriprofessionnelle et dans des conditions qui garantissent la continuité de la surveillance et la sécurité.
- Les équipes de soins critiques préviennent le syndrome post-réanimation (protocole de mobilisation, dépistage et traitement du delirium...) selon les recommandations de bonnes pratiques.
- En unité de soins critiques, les décisions médicales sont explicitées en équipe lors des staffs pluriprofessionnels afin d'en favoriser la compréhension et permettre de partager les questionnements.

Parcours traceur

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 2.3-13 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 Accreditation 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).

Soins critiques Standard

Éléments d'évaluation

Professionnels

- Les équipes de soins critiques disposent d'un environnement adapté à l'entretien avec les proches (sensibilisation, espace dédié, support d'informations sur le don d'organes ...) en lien avec la coordination hospitalière de prélèvement d'organes et de tissus (CHPOT).
- Tous les patients déclarés en mort encéphalique font l'objet d'une analyse d'éligibilité au don d'organes.
- Les équipes de soins critiques savent contacter les coordinations hospitalières de prélèvement d'organes et de tissus (CHPOT).
- Les équipes de greffes d'organes ou de tissus suivent les indicateurs proposés par l'Agence de la biomédecine et mettent en œuvre les recommandations issues des audits réalisés par l'Agence de la biomédecine.
- 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, mettent en œuvre des plans d'action et sont engagées dans le programme d'accréditation JACIE.
- Les coordinations hospitalières de prélèvement d'organes ou de tissus (CHPOT) évaluent leurs pratiques avec les indicateurs proposés par l'Agence de la biomédecine dont les indicateurs Cristal Action®.

Parcours traceur

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 2.3-14 Les équipes respectent les bonnes pratiques d'isolement, qu'il soit assorti ou non de contentions, des patients hospitalisés sans consentement

L'isolement, éventuellement assorti d'une contention des patients hospitalisés sans consentement, est une pratique encadrée par des règles strictes afin de garantir le respect des droits et de la dignité des personnes concernées. Ces mesures, qui ne doivent être utilisées qu'en dernier recours, visent à prévenir un danger imminent pour le patient ou pour autrui. Les équipes soignantes doivent respecter les bonnes pratiques en la matière, en s'assurant que chaque décision est médicalement justifiée, proportionnée à la situation et régulièrement réévaluée.

Santé mentale et psychiatrie **Impératif**

Éléments d'évaluation

Professionnels	Traceur ciblé
• Dans le respect de la réglementation en vigueur et des recommandations de bonnes pratiques, la décision d'isolement prise par un psychiatre, assortie ou non d'une prescription de contention, est tracée dans le dossier du patient. La décision précise les modalités de surveillance (indications, fréquence, point de contention le cas échéant). • Un examen psychiatrique et somatique est réalisé au moment de la mise en isolement. • L'isolement se fait dans un espace dédié respectant l'intimité, la dignité et la sécurité du patient. S'il est assorti d'une contention, le patient dispose d'un moyen pour appeler les soignants. • Dans le respect de la décision, l'infirmier surveille l'état somatique et psychique du patient et le trace dans son dossier. • À la sortie d'isolement, il est proposé au patient de reprendre avec l'équipe l'épisode pour prévenir la récurrence de l'épisode de violence qui a nécessité l'indication de la mesure. Cette analyse clinique est tracée dans le dossier du patient. • L'équipe analyse des indicateurs de pratiques cliniques en lien avec l'isolement et la contention.	

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 2.3-15 Les équipes mettent en œuvre des mesures de prévention des risques liés à l'électroconvulsivothérapie

L'électroconvulsivothérapie (ECT), dont l'efficacité est reconnue pour traiter certaines pathologies psychiatriques sévères, nécessite une préparation et un suivi pour minimiser les complications. Les équipes multidisciplinaires, comprenant psychiatres, anesthésistes et infirmiers, mettent en œuvre des protocoles pour évaluer les contre-indications et surveiller les fonctions vitales avant, pendant et après chaque séance. Une évaluation préanesthésique est réalisée systématiquement pour s'assurer de la tolérance à l'anesthésie. De plus, un suivi post-ECT attentif permet de détecter d'éventuels effets secondaires cognitifs ou physiologiques. La formation continue des professionnels sur les risques liés à l'ECT et l'analyse régulière des incidents permettent d'améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge.

Électroconvulsivothérapie Standard

Éléments d'évaluation

Professionnels	Traceur ciblé
- La pertinence du recours à l'électroconvulsivothérapie est argumentée dans le dossier du patient et / ou le DMP. - Pour définir le rythme et le nombre de séances d'électroconvulsivothérapie à réaliser, l'équipe en analyse les bénéfices et les risques et les partage avec le patient. Cette analyse est tracée et réajustée en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient. - Les comptes-rendus de la consultation préanesthésique et de la visite préanesthésique (réalisées dans les délais conformes) contiennent tous les éléments nécessaires à l'évaluation du risque anesthésique en amont de la séance d'électroconvulsivothérapie. - L'acte d'électroconvulsivothérapie est réalisé au sein d'un site spécifique en présence des professionnels formés (<i>a minima</i> : le médecin psychiatre, l'anesthésiste et l'infirmier). - La surveillance du patient postinterventionnelle d'un acte d'électroconvulsivothérapie est assurée dans un environnement adapté et sécurisé. - Les équipes mettent en œuvre des actions d'amélioration sur la base de l'analyse des résultats des indicateurs et / ou l'analyse de la pertinence de l'acte d'électroconvulsivothérapie.	

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 2.3-16 Les équipes maîtrisent les risques liés aux actes de radiothérapie

La radiothérapie, utilisée pour traiter les cancers, expose les patients à des rayonnements ionisants nécessitant des protocoles pour prévenir les effets indésirables et optimiser l'efficacité du traitement. Les équipes pluridisciplinaires (oncologues, médecins, manipulateurs en radiothérapie) suivent des procédures de planification, de calibrage des appareils et de vérification des doses administrées. Chaque étape, de la simulation initiale à la séance de traitement, est contrôlée pour éviter les erreurs de positionnement ou de dosage. Une surveillance continue des équipements, associée à une formation régulière des professionnels et à une analyse des incidents, garantit une réduction des risques. Enfin, un suivi attentif des patients permet de détecter rapidement les éventuelles complications liées au traitement.

Radiothérapie Standard

Éléments d'évaluation

Professionnels

- La double vérification de l'identité du patient et du protocole de traitement, et le cas échéant du côté d'irradiation est effective avant chaque acte de radiothérapie.
- En radiothérapie, le repérage stéréotaxique du patient est défini en amont du traitement et effectif tout au long du traitement.
- Pour les actes de radiothérapie, la dose reçue dans le volume cible par le patient est tracée dans le dossier : dose par séance, dose totale cumulée, nombre de séances.
- En radiothérapie, un registre, dans lequel sont consignées toutes les opérations de maintenance et de contrôle qualité, interne et externe, est disponible pour chaque dispositif médical à visée thérapeutique (logiciels, machines et matériels dédiés).
- Les professionnels de radiothérapie sont formés pour identifier les événements à considérer comme indésirables.
- Les équipes de radiothérapie analysent les incidents ou risques d'incidents mettant en cause un dispositif médical à visée thérapeutique susceptible d'entraîner des complications graves pour la santé d'un patient ou d'un utilisateur.

Parcours traceur

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Chapitre 2.

Les équipes de soins

Objectif 2.4

La culture de la pertinence et de l'évaluation

L'objectif principal des interventions en santé est d'améliorer la santé des patients. Les démarches qualité se fondent sur cet objectif pour s'intégrer dans la pratique professionnelle et avoir du sens pour les équipes de soins. 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. Un soin est pertinent quand le bénéfice escompté pour la santé (exemple : augmentation de l'espérance de vie, soulagement de la douleur, réduction de l'anxiété, amélioration de capacités fonctionnelles) est supérieur aux conséquences négatives attendues (exemple : mortalité, morbidité, anxiété, douleur, durée d'arrêt de travail) d'une façon suffisante pour estimer qu'il est valable d'entreprendre la procédure, indépendamment de son coût. 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 pour cela il est essentiel qu'elles mesurent l'impact de leurs pratiques. 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 L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques

Gage de qualité et de sécurité pour les patients, l'utilisation de recommandations de bonnes pratiques actualisées garantit que les prises en charge minimisent les erreurs et les risques pour les patients. L'utilisation de protocoles fondés sur des bonnes pratiques favorise un environnement de travail positif, où transparence et responsabilité sont au cœur des interactions. Cela contribue à l'engagement des professionnels, qui se sentent valorisés et habilités à participer à l'amélioration continue des soins.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Gouvernance - Les instances médicales et soignantes identifient régulièrement les évolutions des recommandations de bonnes pratiques cliniques ou organisationnelles les plus importantes en regard de l'activité. Professionnels - Les recommandations de bonnes pratiques cliniques ou organisationnelles les plus importantes en regard de l'activité sont accessibles aux équipes. - Les équipes adaptent, autant que de besoin, leurs procédures (actes diagnostiques, actes thérapeutiques, prise en charge...) aux recommandations de bonnes pratiques. - L'équipe présente une démarche continue d'évaluation des résultats cliniques de ses patients sur une prise en charge sur laquelle elle a identifié un potentiel d'amélioration au regard des recommandations de bonne pratique (évaluation des pratiques professionnelles). - L'analyse d'évaluations de la pertinence des parcours, notamment par des indicateurs d'alerte dont l'équipe s'est dotée (par exemple : admissions, taux de transfert à 48h, durée de séjour, taux de réhospitalisation...) permet la mise en œuvre d'actions d'amélioration.	Audit système

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 2.4-02 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, cause de complications graves, de prolongations d'hospitalisation et même de décès. La lutte contre l'antibiorésistance passe notamment par la justification des prescriptions de traitement antibiotique et la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e heure et la 72e heure. Plus globalement, la lutte contre l'antibiorésistance s'appuie sur des éléments-clés (politique, formations des personnes ressources, ...) intégrant le suivi d'indicateurs tels que le pourcentage d'antibiotiques prescrits en conformité avec les directives cliniques, la proportion d'infections causées par des bactéries résistantes aux antibiotiques dans la population et la mise en place d'actions d'amélioration.

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation

Professionnels	Traceur ciblé
• L'établissement met en place les éléments-clés d'un programme de bon usage des antibiotiques (politique, plan de formation des personnes ressources, stratégie d'évaluation : indicateurs et programme d'évaluation). • Les praticiens sont formés au bon usage des antibiotiques, notamment ceux en cours de cursus. • Toute prescription d'un traitement antibiotique et/ou sa prolongation est justifiée dans le dossier. • Les praticiens se réfèrent à un référentiel pour l'antibiothérapie et peuvent faire appel à un référent en antibiothérapie. • Les prescriptions d'antibiotiques sont systématiquement réévaluées entre la 24e et la 72e heure. • L'EOH, les équipes, le référent en antibiothérapie, la PUI et le laboratoire de microbiologie, le cas échéant, surveillent leur consommation d'antibiotiques et les résistances aux antibiotiques.	

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision	Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS) : Taux de patients ayant une prescription d'antibiothérapie de 7 jours ou moins pour infection respiratoire basse
--	--

Critère 2.4-03 La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels) est argumentée et réévaluée

En dehors de celles relevant de la sécurité ponctuelle du patient, le recours à des mesures restrictives de liberté 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 bénéfices/risques 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 restriction de liberté, le patient et/ou sa personne de confiance a reçu une information claire et explicite.	Patient traceur
Professionnels - Au-delà d'une mesure de sécurité ponctuelle, la mesure de restriction de liberté fait l'objet d'une décision médicale précisant les modalités de mise en œuvre (points de contention, modalité de restrictions de liberté, diurnes ou nocturnes, durée, modalités de surveillance et d'évaluation). - Au-delà d'une mesure de sécurité ponctuelle, l'utilisation de mesures de restriction de liberté fait l'objet d'une analyse pluridisciplinaire bénéfices/risques tracée dans le dossier. - Au-delà d'une mesure de sécurité ponctuelle, la pertinence du maintien de la restriction de liberté est systématiquement réévaluée. - L'établissement conduit une démarche de réduction des risques par la promotion des alternatives à des mesures de restriction de liberté en particulier chez les patients à risque de chute ou de déambulation pathologique.	Traceur ciblé

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 2.4-04 Les équipes sont engagées dans une réflexion afin d'assurer des soins écoresponsables

L'écoresponsabilité en santé ne se limite pas simplement à la gestion des déchets ou à la réduction de l'empreinte carbone. Elle englobe une vision où chaque geste compte. Les équipes unissent leurs efforts pour repenser les pratiques quotidiennes et intégrer des solutions durables dans leurs activités. Cette réflexion collective se manifeste par des stratégies telles que la promotion de l'utilisation de matériaux recyclables, mais aussi par l'évaluation des pratiques à l'aune de leur impact environnemental, favorisant ainsi le développement de traitements plus verts qui tiennent compte de l'efficacité clinique et de la préservation des écosystèmes. Le travail sur les soins écoresponsables représente une opportunité pour les équipes de soigner, et de préserver l'environnement pour les générations futures. Cette démarche, portée par l'expertise et l'engagement des professionnels, marque une évolution essentielle vers un système de santé durable et résilient, en harmonie avec la planète.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Gouvernance • L'établissement informe les équipes des efforts conduits en termes de consommations d'eau, d'énergie et d'émissions de gaz à effet de serre. Professionnels • Une réflexion pluriprofessionnelle sur la réalisation de soins écoresponsables est menée afin d'identifier des actions d'amélioration au sein des services. • La révision des protocoles de soins prend en compte la dimension des soins écoresponsables (réduction des interventions inutiles, révision du matériel nécessaire...). • L'équipe évalue l'impact des actions en faveur de soins écoresponsables qu'elle met en œuvre.	Audit système
--	----------------------

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 2.4-05 La pertinence de l'admission et du séjour en SMR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe

En SMR (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. Après la première phase du séjour, la réévaluation permet de confirmer la pertinence de cette prise en charge. Les modalités de sortie sont préparées et, si besoin, ajustées dans le cadre du dialogue avec le patient, notamment en ce qui concerne les aides techniques et humaines pour le retour à domicile.

Soins médicaux et de réadaptation **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels	Parcours traceur
• Les demandes d'admission en SMR sont traitées chaque jour ouvré. • Les demandes d'admission en SMR font l'objet d'une analyse de pertinence pluriprofessionnelle au regard des informations déclarées dans VIA TRAJECTOIRE ou autre modalité (ressources professionnelles, plateau technique...). • Pour les anticiper, les besoins et les obstacles (domicile, matériel...) à la sortie sont identifiés dès l'admission en coordination avec la médecine de ville et les structures sociales. • Les équipes de SMR analysent, avec les structures d'aval, la pertinence de l'orientation à la sortie. • Les équipes analysent les indicateurs de pertinence (DMS, pertinence des journées d'hospitalisation...).	

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision	Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS) : Coordination des prises en charge et pratiques cliniques
--	---

Critère 2.4-06 Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique

Les résultats des indicateurs, dont les indicateurs de qualité et de sécurité des soins, constituent une donnée qui permet d'objectiver le niveau de qualité et de sécurité des soins pour un objectif déterminé. 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

Professionnels - Les équipes suivent des indicateurs (indicateur de pratique clinique interne et/ou IQSS) et les analysent. - Les équipes améliorent les résultats des indicateurs qui les concernent (indicateur de pratique clinique interne et/ou IQSS).	Parcours traceur
Gouvernance - Un programme d'actions d'amélioration est mis en œuvre et intègre les actions issues de l'analyse des indicateurs (indicateur de pratique clinique interne et/ou IQSS). - Les résultats d'indicateurs (indicateur de pratique clinique interne et/ou IQSS), leur analyse et leurs évolutions sont présentés aux instances (CME, CSIRMT, CDU...).	Audit système

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision	Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS) : Indicateurs de qualité et de sécurité des soins en établissements de santé
--	---

Critère 2.4-07 Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant leurs indicateurs

L'amélioration continue des pratiques dans les secteurs interventionnels repose sur l'analyse systématique des indicateurs de performance et de qualité. Ces indicateurs, qu'ils concernent la sécurité des patients, les pratiques cliniques ou la gestion des risques, permettent de mesurer l'efficacité des actions menées et d'identifier les axes d'amélioration afin d'optimiser la sécurité et la qualité des soins. Ce processus est renforcé par une culture de partage des retours d'expérience, favorisant une meilleure prise en charge des patients et une réduction des risques.

Chirurgie et interventionnel **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- Les équipes de chirurgie, d'anesthésie et des secteurs interventionnels mettent en place des actions d'amélioration basées sur l'analyse des indicateurs de fonctionnement des blocs opératoires et des secteurs interventionnels (taux d'occupation de salle, taux réel d'occupation de salle, débordement...).
- Les équipes de chirurgie, d'anesthésie et des secteurs interventionnels mettent en place des actions d'amélioration basées sur l'analyse des écarts de programmation (différence entre ce qui est programmé et ce qui est réalisé, délai de reprogrammation).
- Les équipes des secteurs interventionnels mettent en place des actions d'amélioration basées sur l'analyse des mesures de prévention des infections : port des tenues, hygiène des mains, préparation cutanée, discipline (nombre de personnes en salle, ouvertures des portes, allées et venues...).
- Les équipes des secteurs interventionnels mettent en place des actions d'amélioration basées sur l'analyse des infections du site opératoire.

Traceur ciblé

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique « Secteurs interventionnels »

Critère 2.4-08 Les équipes des secteurs de soins critiques améliorent leurs pratiques en se fondant notamment sur les modalités de prise en charge de leurs patients

Les soins critiques nécessitent une approche multidisciplinaire où chaque membre de l'équipe contribue à une prise en charge globale et personnalisée des patients. Cette collaboration interdisciplinaire permet d'améliorer la qualité des soins et d'adapter les traitements aux besoins spécifiques de chaque patient. Pour améliorer leurs pratiques, ces équipes se basent sur une évaluation constante des modalités de prise en charge, que ce soit par la mise à jour des lignes directrices thérapeutiques, l'analyse des résultats des traitements ou encore la participation à des études cliniques. Par ailleurs, le retour d'expérience et la réflexion sur les situations cliniques complexes aident à identifier les zones d'ombre et à mettre en œuvre des stratégies d'amélioration.

Soins critiques Standard

Éléments d'évaluation

Professionnels • Les équipes des secteurs de soins critiques suivent des indicateurs spécifiques au service, les analysent collectivement et améliorent la prise en charge des patients. • Les équipes des secteurs de soins critiques analysent la pertinence des séjours. • Les équipes des secteurs de soins critiques mettent en place des actions d'amélioration basées sur l'analyse des réhospitalisations à 48/72 heures.	Parcours traceur
Gouvernance • La gouvernance a anticipé le renfort des secteurs de soins critiques en cas de crise (formation des professionnels, disponibilité du matériel...).	Audit système

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 2.4-09 Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale et biologie

La coordination entre les équipes de soins et les équipes de biologie médicale et d'anatomopathologie ou 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 prélèvements respectent les bonnes pratiques, que les conditions de réalisation des examens soient conformes au référentiel des sociétés savantes d'imagerie et que les délais de rendu des examens soient adaptés aux besoins du patient.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- Le(s) laboratoire(s) interne(s) ou externe(s) est (sont) accrédité(s) par le COFRAC.
- Pour les cas difficiles ayant nécessité leur avis (oncologie, maladies infectieuses chroniques, éventuellement aux urgences...), les imageurs participent aux réunions de concertation pluridisciplinaire.
- Les équipes mettent en œuvre des actions d'amélioration pour donner suite à l'analyse collective des événements indésirables (retard, prescriptions, prélèvements non technicables...) en lien avec les activités des laboratoires.
- Les équipes mettent en œuvre des actions d'amélioration pour donner suite à l'analyse collective des événements indésirables (retard, prescriptions, qualité du cliché...) en lien avec les activités d'imagerie.

Parcours traceur

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Chapitre 3

L'établissement

Objectif 3.1

Le management global par la qualité et la sécurité des soins

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 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 La gouvernance déploie une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins fixe des objectifs d'amélioration personnalisés à l'établissement, c'est-à-dire déterminés à partir d'une analyse de l'ensemble des données disponibles : point de vue du patient et des usagers, résultats des indicateurs, risques a priori et a posteriori... Copilotées par la direction et la CME, son élaboration, sa mise en œuvre et son évaluation doivent être participatives et associer l'encadrement, les professionnels, la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (si elle existe), les représentants des usagers. Ses objectifs sont déclinés dans un programme d'actions unique, structuré, pertinent et personnalisé.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Gouvernance • La CME élabore et suit la politique qualité/sécurité des soins avec l'encadrement, les professionnels et les représentants des usagers. • Les orientations prioritaires de la politique qualité/sécurité des soins sont fondées sur une analyse de l'ensemble des indicateurs (notamment les IQSS, dont les indicateurs de l'expérience des patients), risques spécifiques à l'établissement et connaissances disponibles. • Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) prend en compte les préconisations et analyses des risques des autres autorités d'évaluation et/ou de contrôles externes : ARS, ASN, CGLPL, ABM... • Les orientations prioritaires de la politique qualité et sécurité des soins sont déclinées dans un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins structuré, pertinent, actualisé, unique et évalué chaque année. Encadrement • L'encadrement médical et paramédical connaît les principales actions du PAQSS qui le concerne pour les décliner en actions concrètes dans son secteur. Professionnels • Les professionnels connaissent des actions du PAQSS qui les concernent.	Audit système
--	----------------------

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 3.1-02 L'établissement soutient une culture qualité et sécurité auprès de ses professionnels

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. L'accréditation des médecins et des équipes médicales est un dispositif à valoriser, tout comme les rencontres de sécurité qui montrent l'engagement de la gouvernance dans la sécurité des patients et des professionnels et facilitent la communication entre la gouvernance et les professionnels des secteurs où les rencontres se déroulent.

Tout l'établissement Standard

Éléments d'évaluation

Gouvernance • L'établissement évalue régulièrement la culture qualité et sécurité des soins de l'ensemble des professionnels par une méthode définie (exemple : enquête de culture sécurité ou autre). • La gouvernance a participé à au moins une rencontre de sécurité inspirée des méthodes promues par la HAS. • La gouvernance promeut auprès des médecins éligibles le dispositif d'accréditation (information, incitation, soutien logistique et financier...). Encadrement • L'encadrement médical et paramédical connaît les résultats de l'évaluation de la culture qualité et sécurité des soins et met en place des actions d'amélioration adaptées à son secteur. Professionnels • Les professionnels participent à des activités dédiées à la qualité et la sécurité des soins organisées au sein de l'établissement. • Le dispositif d'alerte de vigilances ascendantes et descendantes et tous les signalements sont pilotés : les responsabilités sont identifiées ; les modalités de réception sont définies ; les modalités de transmission sont définies. Il existe une permanence 24 heures sur 24.	Audit système
---	---------------

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 3.1-03 Des médecins et des équipes médicales sont accrédités

L'accréditation des médecins et des équipes médicales pour les spécialités et activités dites « à risque » est l'un des programmes d'amélioration des pratiques professionnelles et de la sécurité des patients opérationnel depuis plus de 15 ans. La HAS promeut en particulier le programme d'accréditation en équipe (mono ou pluridisciplinaire), modèle particulièrement adapté au travail en établissement de santé, quel que soit son statut. 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. Ce programme permet de développer une culture sécurité au sein des équipes. Chaque programme d'accréditation comporte désormais 5 volets : amélioration du travail en équipe, des pratiques professionnelles, de la sécurité des patients, des relations avec les patients et de la santé du professionnel. L'accréditation garantit ainsi le maintien des compétences selon les exigences de la certification périodique des professionnels de santé. L'enregistrement national (HAS) des retours d'expérience (REX) permet à la HAS et 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

Professionnels Les équipes éligibles connaissent l'accréditation des médecins et en équipe.	Parcours traceur
Gouvernance - La gouvernance a identifié les médecins éligibles non engagés dans le dispositif d'accréditation et a établi avec eux un échéancier d'engagement. - Tous 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 au moins un médecin ou une équipe accrédités. - Les actions menées dans le cadre du dispositif de certification sont articulées avec la démarche d'amélioration de la qualité et sécurité des soins dans l'établissement.	Audit système

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 3.1-04 L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables, dont les presque accidents

Pour insuffler une culture bienveillante où l'erreur humaine est analysée et non pas condamnée, la gouvernance promeut la culture de la déclaration des événements indésirables et des presque accidents. En effet, les événements indésirables associés aux soins (EIAS dont les presque accidents, plaintes, erreurs cliniques, thérapeutiques ou pharmaceutiques...) et la gestion des vigilances sont 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 **Impératif**

Éléments d'évaluation

Professionnels - Les événements indésirables graves associés aux soins sont systématiquement analysés, en associant les équipes concernées, selon les méthodes promues par la HAS. - Une synthèse des facteurs contributifs (ou causes profondes) des événements indésirables associés aux soins, dont des presque accidents, et des résultats des plans d'actions mis en place sont diffusés aux professionnels et aux représentants des usagers. - Les événements indésirables graves associés aux soins sont systématiquement déclarés sur le portail de signalement des événements sanitaires indésirables. Ils font l'objet d'un volet 2 au plus tard 3 mois après le volet 1. - Les événements indésirables associés aux soins analysés et déclarés dans le cadre de l'accréditation sont aussi transmis au sein de l'établissement et les actions d'amélioration issues des analyses collectives contribuent au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.	Traceur ciblé
Professionnels Les professionnels sont formés à l'annonce d'un dommage lié aux soins.	Audit système

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 3.1-05 La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée

L'établissement a identifié les menaces susceptibles de provoquer des tensions hospitalières : afflux massif de patients, fragilisation des urgences, crises sanitaires exceptionnelles. Pour y faire face, un plan de gestion graduée a été mis en place, comprenant deux niveaux de mobilisation.

- Le niveau 1 : plan de mobilisation interne pour des phénomènes ayant un impact limité sur l'offre de soins (par exemple, une épidémie saisonnière ou une pénurie de carburant).
- Le niveau 2, ou plan blanc : événements ayant un impact majeur sur l'offre de soins. Ce plan prévoit des mesures générales à mettre en œuvre en cas de crise, telles que l'activation d'une cellule de crise, la mobilisation des ressources humaines et la communication. Des mesures spécifiques sont déclinées dans des volets adaptés aux situations, y compris un volet consacré aux risques numériques. Le plan doit être ajusté en fonction des menaces et des ressources disponibles, avec des objectifs de prise en charge fixés par l'ARS (volets ORSAN).

En cas de crise, une cellule de crise, opérationnelle dans les 45 minutes suivant l'alerte, pilote la réponse de l'établissement, organisant notamment les sorties anticipées des patients, les transferts, l'ouverture de lits supplémentaires, le renfort des effectifs dans les services d'urgence et de réanimation, ainsi que la disponibilité du matériel médical et des équipements de protection individuelle. Un volet formation complète ce dispositif pour préparer les professionnels. Cette formation intègre des exercices pratiques.

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation

Gouvernance • Les catégories de risques, dont les risques numériques, pouvant générer des tensions hospitalières ou des crises sanitaires exceptionnelles sont identifiées. • Le ou les plan(s) de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles ont été collectivement élaborés (gouvernance, instances, professionnels). • La cellule de crise, opérationnelle dans les 45 minutes suivant l'alerte, dispose des outils et procédures nécessaires à son rôle de décision et coordination (prise en charge médicale des patients, organisation de crise, sûreté/sécurité, communication, suivi des victimes et accueil des familles, fonctions support). • Les exercices ou entraînements de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles, a fortiori les activations réelles, sont suivis d'actions d'amélioration issues d'un RETEX. • Pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle, les moyens matériels et humains, les capacités de diagnostic microbiologique et de réalisation des examens de biologie médicale nécessaires pour la conduite des soins disponibles sont connus de la gouvernance et rapidement mobilisables. Ils sont suivis pour en vérifier l'opérationnalité. Professionnels • Les professionnels concernés par l'activation des plans de crise connaissent la gouvernance de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (identifiée dans l'organigramme), les modalités d'alerte et de mise en œuvre.	Audit système
 Pour vous accompagner Fiches pédagogiques en cours de révision	

Critère 3.1-06 L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs

Certaines situations cliniques, *a fortiori*, complexes, peuvent engendrer des conflits de valeurs pouvant prendre la forme de dilemmes éthiques rendant les décisions parfois difficiles par le choix qu'elles imposent aux professionnels dans la recherche de solutions les meilleures pour le patient et ses proches. Ces situations appellent une réflexion collective et interdisciplinaire conduite en temps opportun et fondée sur des modalités structurées et partagées, tant au niveau de l'établissement qu'au plus près du terrain. Ces modalités, adaptées à la nature des activités de l'établissement, associant le patient et ses proches, sont protectrices tant des droits du patient que de la pratique des professionnels. Elles peuvent prendre appui sur des ressources externes.

Tout l'établissement Standard

Éléments d'évaluation

Gouvernance • Un état des lieux des questionnements éthiques est partagé avec l'ensemble des professionnels. • L'établissement intègre, à ses questionnements éthiques, l'impact des nouvelles technologies (robotisation, intelligence artificielle, outils pour la télésanté...) qu'il utilise sur les patients et les professionnels. • Un espace de réflexion éthique, intégrant des représentants des usagers et/ou patients partenaires, se réunit à périodicité définie. Professionnels • Les professionnels sont sensibilisés au questionnement éthique. • En plus de ceux identifiés dans l'état des lieux des questionnements éthiques, les professionnels échangent, si besoin avec des ressources externes, sur les questionnements éthiques auxquels ils sont confrontés (droits du patient, état de santé, stratégie thérapeutique, soins proposés).	Audit système
---	----------------------

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 3.1-07 Les risques de sécurité numérique sont maîtrisés

Pour maîtriser le risque numérique, l'établissement doit pouvoir s'appuyer sur un système d'information sécurisé. L'établissement réalise des audits de sécurité numérique et des exercices de crise cyber pour piloter un plan d'action. Par ailleurs, l'établissement forme les professionnels sur les moyens de détecter les signes d'une attaque et sur les conduites à tenir le cas échéant. Pour détecter la crise, une veille de sécurité numérique est en place et, pour la gérer :

- le plan blanc comporte un volet sur les risques numériques ;
- il existe un plan de continuité des activités (PCA) et un plan de reprise des activités (PRA) adaptés aux activités les plus à risques ;
- les incidents significatifs ou graves de sécurité des systèmes d'information sont déclarés sans délai auprès du centre compétent. Les mesures d'urgence proposées par ce centre pour en limiter l'impact et améliorer la sécurité sont mises en œuvre.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Gouvernance • Dans ses secteurs les plus à risques, l'établissement a déployé un plan de continuité et de reprise d'activité formalisé. • L'établissement a mis en œuvre le plan d'actions correctives issu des audits Active Directory et exposition internet. • L'établissement déploie un plan de formation pluriannuel à la sécurité et l'hygiène informatique et organise des actions de sensibilisation à destination de tous les professionnels. • L'établissement a formé des référents sécurité SI en relais des équipes SI dans les secteurs de soins. • Les incidents significatifs ou graves de sécurité des systèmes d'information sont déclarés sans délai auprès de l'Agence du numérique en santé. Les recommandations et les mesures d'urgence proposées par l'ANSSI, pour limiter l'impact de ceux-ci et destinées à améliorer leur sécurité sont mises en œuvre. À défaut d'incidents significatifs ou graves ayant justifié une déclaration, l'établissement a une procédure qui permet de qualifier ce qui relève d'un incident significatif ou grave et de les déclarer. Professionnels • Les équipes connaissent les conduites à tenir en cas d'incident/d'attaque (contact du référent de la sécurité numérique, identification des mails frauduleux, modes dégradés...).	Audit système
---	----------------------

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 3.1-08 L'identification des utilisateurs et des patients dans le système d'information est sécurisée

Pour prévenir l'accès à des données de santé à caractère personnel au sens du RGPD par des personnes non autorisées, il est essentiel que l'établissement définisse des règles d'accès à son système d'information pour l'ensemble des utilisateurs (professionnels, intérimaires, étudiants, stagiaires, patients...). Par ailleurs, pour sécuriser les accès en interne, les professionnels utilisent un identifiant et un mot de passe personnels et uniques et il n'existe pas d'identifiant et mot de passe génériques connus par tous (intérimaires, étudiants...). À distance, l'accès au système d'information doit se faire par une authentification à double facteur (télétravail, Wifi « invité » de l'établissement...) pour s'assurer que les utilisateurs disposent bien des droits d'accès en leur nom propre.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Gouvernance • Les règles d'habilitation (accès, droit d'usage...) du système d'information de santé sont définies. • Pour proscrire les comptes génériques, l'établissement gère les arrivées/départs pour l'octroi des habilitations au système d'information (notamment pour les intérimaires, étudiants, stagiaires...). • L'établissement octroie un poste de l'établissement (poste professionnel) au personnel en mobilité (astreintes ou travail à distance) ou un dispositif d'ouverture de sessions à distance. • Pour les accès à distance, les identités et accès aux données de santé sont gérés par un système d'authentification renforcé avec deux facteurs. Professionnels • Le personnel en interne utilise un identifiant et un mot de passe personnels et uniques pour l'accès au système d'information et à l'ensemble des applications métiers, permettant une connexion nominative.	Audit système
--	----------------------

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 3.1-09 Les données du patient sont sécurisées

L'ouverture de Mon espace santé et les échanges entre les professionnels internes et externes appellent l'indispensable besoin de protéger les données de santé des patients en supprimant les usages non sécurisés des données de santé au profit de l'utilisation du dossier médical partagé de Mon espace santé et de messageries sécurisées de santé.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

		Audit système
Gouvernance		
• L'établissement a cartographié les échanges de données de santé non sécurisés et établi un plan de transfert vers une messagerie sécurisée de santé. • La qualité et la complétude des éléments versés dans Mon espace santé sont évaluées par l'établissement. Les résultats sont diffusés, en CME et en CDU, et donnent lieu à un plan d'actions pour améliorer le taux d'alimentation du dossier médical partagé. • En cas de fuite des données, une procédure est prévue pour informer les patients victimes de la fuite de leurs données. Le cas échéant, elle a été mise en œuvre.		
Professionnels		
• Les professionnels habilités sont formés à l'utilisation d'une messagerie sécurisée de santé ainsi qu'à l'alimentation et à la consultation de Mon espace santé. • Les professionnels sont sensibilisés au besoin d'éradiquer sur leur poste de travail la conservation de documents de santé intégrant des données médicales à caractère personnel. • Les professionnels concernés connaissent les documents du dossier du patient, définis par la réglementation, qui doivent être versés dans Mon espace santé.		

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Chapitre 3.

L'établissement

Objectif 3.2

La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

L'établissement doit assurer la répartition des compétences et des tâches pour garantir la qualité et la sécurité des soins dispensés aux patients, y compris en période de tensions liées aux flux de patients ou aux absences des professionnels. Des professionnels de santé, qualifiés et en nombre adapté, doivent répondre à des besoins de soins de plus en plus intenses du fait du vieillissement de la population, de l'évolution des pathologies, des techniques et des modes de prise en charge. Dès lors que les ressources sont insuffisantes, l'établissement doit adapter ses activités en mesurant les risques liés à la situation et les délais de retour à la normale.

Il est démontré que qualité de vie au travail et qualité et sécurité des soins sont liées. Une politique de qualité de vie dans l'établissement vise à prendre soin des salariés, concilier l'amélioration des conditions de travail et la performance collective de l'établissement. La pluridisciplinarité, le décloisonnement, le principe de subsidiarité participent de la démarche.

Les équipes 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 innovantes au bénéfice des patients, des professionnels et de l'établissement.

Critère 3.2-01 La continuité des soins est assurée pour toutes les unités de soins

La disponibilité continue des professionnels médicaux et paramédicaux est fondamentale pour que les patients reçoivent des soins rapides et appropriés tout au long de leur parcours. Elle contribue également à une meilleure gestion des situations d'urgence, à une surveillance continue des patients, et à un soutien adéquat pour les patients et leurs familles. En pratique, elle s'appuie sur des règles de présence, ainsi qu'un système de gardes et astreintes, définies afin d'assurer la permanence des soins 24 h/24.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels • L'organisation médicale permet une prise en charge conforme aux recommandations et à la réglementation. • L'organisation paramédicale permet une prise en charge conforme aux recommandations et à la réglementation. • Les soignants savent joindre un médecin à tout moment. • Des solutions sont mobilisées en cas d'absentéisme imprévisible.	Audit système
---	----------------------

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 3.2-02 L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge

En France, on distingue des secteurs de soins normés et d'autres non normés. En l'absence de normes, les besoins sont déterminés par un outil de calcul des effectifs : la maquette organisationnelle. Les organisations cibles, décrites dans la maquette organisationnelle, sont communiquées aux instances et aux personnels. Pour piloter l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge, l'établissement évalue les écarts entre les organisations cibles et les organisations réelles, particulièrement en périodes à risques. Il contractualise avec l'encadrement la feuille de route pour atteindre l'organisation cible fixée dans la maquette (formation, mobilité, planning prévisionnel des congés, pilotage de la consommation RH par service). En cas de divergence, des mesures d'adaptation sont mises en place : heures supplémentaires, intérim, voire réduction d'activité. Par ailleurs, les professionnels, notamment d'encadrement, doivent connaître le circuit de signalement de dysfonctionnements liés à l'inadéquation entre ressources et qualité/sécurité des soins.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Gouvernance

- La gouvernance suit les écarts entre un effectif cible, défini par une norme ou par des maquettes organisationnelles adaptées au fonctionnement du service, et l'effectif réellement disponible.
- Pour s'assurer de l'équilibre entre les personnels permanents présents et les personnels temporaires qui ne connaissent pas l'établissement, la gouvernance suit, pour chaque secteur, le taux d'emplois temporaires.
- Lorsque des écarts ponctuels entre effectif cible et effectif réel sont constatés des dispositions immédiates (heures supplémentaires, intérim, mode dégradé, réduction temporaire d'activité) sont mobilisées.
- Lorsque des écarts récurrents entre effectif cible et effectif réel sont constatés des dispositions (mobilité des personnels non médicaux, réduction ou suspension d'activité) sont mobilisées.
- Pour l'exercice d'une activité de soin règlementée, lorsque le nombre minimal de professionnels médicaux et paramédicaux n'est pas respecté, l'Agence régionale de santé et les instances (CME, CSIRMT, CDU...) en sont informées sans délai.
- Les nouveaux arrivants, notamment les intérimaires, internes, étudiants... ont les informations (livret d'accueil, journée d'intégration à laquelle participent les représentants des usagers, intranet, site internet...) et l'encadrement nécessaires pour accomplir leur activité et s'intégrer dans l'équipe.

Audit système

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 3.2-03 L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins

La performance des équipes repose en premier lieu sur les compétences des professionnels. Il convient que la gouvernance s'assure que les compétences techniques ou non techniques sont acquises et pérennes. Ainsi, elle s'attache à vérifier :

- les titres et compétences des professionnels pour définir leur domaine d'exercice ;
- le droit des médecins à exercer la médecine, notamment pour les médecins diplômés hors Union européenne.

Pour maintenir les compétences des professionnels et pour en acquérir de nouvelles, l'encadrement les évalue régulièrement. Si elles ne sont plus en adéquation avec les missions, l'établissement met en œuvre les actions requises : formations, programmes de maintien et de développement de compétences avec évaluations pré et post-formation...

Tout l'établissement Standard

Éléments d'évaluation

Gouvernance • L'établissement vérifie les titres des professionnels de soins pour assurer l'adéquation entre les missions et les compétences. À défaut, l'établissement met en place les actions requises. Encadrement • L'encadrement médical et paramédical dispose d'un bilan des formations continues suivies dans leur équipe. • L'encadrement médical et paramédical mène des entretiens annuels pour mettre en œuvre les actions utiles pour faire coïncider missions et compétences (formation, développement professionnel continu en conformité avec les méthodes HAS...). Professionnels • Les professionnels peuvent bénéficier de formations cohérentes avec les actions du PAQSS mises en place dans leur service. • Des programmes collectifs de maintien et de développement de compétences, avec évaluations pré et post-formation, sont suivis par les équipes (simulation d'évènements à risque dans les secteurs critiques, ateliers de bonnes pratiques, évaluation des pratiques professionnelles (EPP)...). • Les professionnels connaissent les acteurs qui peuvent les accompagner dans leurs démarches de projet professionnel, parcours de développement des compétences, bilan de compétences...	Audit système
---	----------------------

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 3.2-04 L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé

Simulation en santé et gestion des risques partagent un certain nombre de valeurs : pluriprofessionnalité, rôle pédagogique, implication des acteurs, culture positive de l'erreur, impact sur la sécurité des patients... En établissement de santé, la gouvernance (direction générale, CME, direction des soins, coordination de la gestion des risques...) doit s'impliquer afin d'impulser une démarche de gestion des risques et inscrire la simulation comme priorité institutionnelle, attribuer les ressources nécessaires et promouvoir les démarches en équipe et interprofessionnelles.

Tout l'établissement **Avancé**

Éléments d'évaluation

Gouvernance

- Un groupe de projet multiprofessionnel identifie les besoins de programme de formation par simulation.
- L'établissement, dans sa démarche de gestion des risques *a priori et a posteriori*, propose un programme de formation intégrant une méthode pédagogique par simulation à destination des professionnels.
- Les programmes de formation par simulation, construits en interne ou proposés par des organismes de formation extérieurs auxquels l'établissement fait appel, sont conformes au guide méthodologique de simulation en santé et gestion des risques de la HAS.
- S'il en dispose, l'établissement partage ses programmes de formation par simulation avec d'autres établissements (territoire, groupe...).

Audit système

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 3.2-05 Les responsables d'équipe sont formés et accompagnés dans leur mission

Pour développer la culture de la qualité et de la sécurité des soins, le leadership doit se retrouver à tous les niveaux de l'organisation. L'encadrement médical et paramédical est un acteur de la déclinaison de la politique en actions concrètes sur le terrain. Les managers doivent fédérer leur équipe, donner une vision commune, fixer des objectifs pour atteindre les résultats. Ainsi, les managers médicaux et paramédicaux sont formés au management pour acquérir les compétences et la posture nécessaires. Par ailleurs, les managers partagent leur expérience et bénéficient de coaching ou sont soutenus, notamment pour la gestion des conflits et des difficultés interpersonnelles.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Encadrement	Audit système
• La charte managériale de l'établissement prévoit l'adhésion de tout l'encadrement médical et paramédical, l'harmonisation des pratiques managériales, la lisibilité des fonctions. • L'encadrement médical et paramédical a bénéficié du parcours manager (exemple : modules suivis, outils utilisés...) ou est formé au management (exemple : prendre soin de l'équipe, repérage des situations professionnelles complexes, laïcité...). • Dans l'exercice de leur fonction d'encadrement, l'encadrement médical et paramédical bénéficie de soutien, d'ateliers de co-développement, de coaching et/ou d'un tutorat pour les faisant-fonction. • L'encadrement médical et paramédical est formé à la prévention et à la gestion des faits de discrimination, de harcèlement, de violences sexistes et sexuelles et des différends voire conflits entre agents.	

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 3.2-06 La gouvernance a une politique de santé de ses professionnels

Un professionnel en bonne santé est un professionnel présent et en mesure de fournir des soins de qualité. Pour ce faire, l'établissement :

- prévoit des dispositifs de soutien psychologique accessibles à tous les professionnels ;
- vérifie les vaccinations obligatoires, sensibilise les professionnels à l'intérêt des vaccinations recommandées, donne facilement et gratuitement accès à la vaccination, analyse les taux de couverture vaccinale et met en œuvre les améliorations ;
- met à disposition des équipements de protection que l'équipe utilise correctement : masque médical, gants, blouse, containers pour objets piquants coupants tranchants, solutions hydroalcooliques... ;
- dispose de locaux et équipements qui respectent la santé des professionnels : par exemple, pour la désinfection des endoscopes, l'usage de rayonnement ionisant (EPI, dosimètres, conduite à tenir en cas de surexposition, complication, brûlure...), la préparation des cytotoxiques.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Encadrement • Les actions de prévention des risques professionnels (physiques et psychosociaux) identifiés dans le document unique d'évaluation des risques professionnels sont mises en œuvre, notamment avec le service de santé au travail.	Audit système
Gouvernance • La gouvernance analyse le taux d'absentéisme en lien avec les maladies professionnelles et accidents du travail par service et, le cas échéant, met en œuvre des actions d'amélioration.	
Professionnels • Les professionnels sont accompagnés tout au long des campagnes de vaccination recommandées (coqueluche, rougeole, varicelle, grippe saisonnière, Covid-19...) et obligatoires (hépatite B...) : informations et réponses à l'hésitation vaccinale, référents vaccination... • Les professionnels peuvent accéder gratuitement et facilement aux vaccinations recommandées et obligatoires (service de santé au travail, équipe mobile de vaccinateurs, relais vaccinateur dans les services, adaptation pour les équipes de nuit). • Les équipes disposent de locaux et utilisent des équipements qui garantissent la prévention des risques professionnels et, finalement, leur santé (exemple : unité de reconstitution des cytotoxiques, locaux de désinfection, dosimètres, conteneurs pour objet piquants/tranchants...). • Les professionnels peuvent accéder à des dispositifs d'écoute et d'accompagnement pour un soutien psychologique.	

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision	Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS) : Prévention de la grippe en établissement de santé, indicateur de couverture vaccinale antigrippale du personnel hospitalier
--	---

Critère 3.2-07 La gouvernance a une politique de sécurité de ses professionnels

La sécurité des professionnels conditionne tout exercice professionnel, a fortiori, toute politique de qualité de vie au travail. Les violences commises à l'encontre des professionnels de santé font de la sécurisation des établissements un enjeu dont l'établissement doit maîtriser les risques en :

- recensant, avec les professionnels, dans le document unique d'évaluation des risques professionnels les situations à risque (tapage, agression, intrusion...) ;
- disposant d'un plan de sécurisation, adapté aux enjeux et aux ressources, qui définit la politique et l'organisation de sécurisation de l'établissement en temps normal et de crise ;
- mettant à disposition les dispositifs de sécurité adaptés (installations, équipements, consignes, sensibilisation et formation, accès aux secteurs protégés) ;
- évaluant l'efficacité de ces dispositifs et les faisant évoluer pour les améliorer.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Gouvernance • Les actions de prévention des risques pour la sécurité des professionnels (actes de malveillance, tapage, agression, intrusion, patients à risque...), priorisées dans un plan de sécurisation, sont mises en œuvre. • La gouvernance prépare les professionnels à faire face aux risques d'atteinte à leur sécurité (formation, outils, exercices de simulation...). Professionnels • Les professionnels connaissent les règles de sécurité, les acteurs et les solutions de sécurisation en cas de situation critique.	Audit système
Observations • L'environnement de travail contribue à la sécurité des professionnels (équipements, locaux, accès).	Observation

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 3.2-08 L'établissement a une politique de qualité de vie au travail

Il est démontré que qualité de vie au travail (QVT) et qualité, sécurité des soins et efficience sont liées. Ainsi, une politique QVT vise à prendre soin des salariés, à concilier l'amélioration des conditions de vie au travail et la performance collective. Il est attendu que l'établissement dispose d'une politique de qualité de vie au travail qui :

- est élaborée avec les professionnels et les représentants du personnel ;
- est appuyée sur un diagnostic qui émane du terrain et qui prend en compte des données propres à l'établissement : activités, métiers, environnement, organisation du travail, distribution générationnelle... ;
- fixe des objectifs : pluridisciplinarité, découplage, principe de subsidiarité ;
- est évaluée avec des indicateurs partagés avec les instances représentatives du personnel et les professionnels.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Gouvernance • L'établissement a élaboré une politique de qualité de vie au travail fondée sur des indicateurs, une étude réalisée auprès des professionnels de terrain, la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences et les risques prioritaires du document unique d'évaluation des risques professionnels. • Les instances représentatives des professionnels participent à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi de la politique de qualité de vie au travail. • La politique de qualité de vie au travail est ajustée au regard du suivi des indicateurs, de l'étude réalisée auprès des professionnels de terrain, de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences et des risques prioritaires du document unique d'évaluation des risques professionnels. Professionnels • Les professionnels ont participé à l'étude visant à élaborer la politique de qualité de vie au travail. • La communication interne permet aux professionnels de s'informer aisément sur les projets et actualités de l'établissement. • Les professionnels connaissent les rôles et responsabilités de chaque acteur, ainsi que les circuits de décision et de délégation.	Audit système
---	---

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 3.2-09 L'établissement a un environnement favorable à la qualité de vie au travail

Pour sa mise en œuvre opérationnelle de la politique QVT, l'établissement prévoit :

- des organisations permettant de mieux concilier vie personnelle et vie professionnelle ;
- un environnement de travail favorable à la qualité de vie au travail ;
- des temps pendant lesquels les professionnels peuvent s'exprimer sur leur expérience de leur travail et son organisation, et faire des propositions de solutions et innovations organisationnelles.

Tout l'établissement Standard

Éléments d'évaluation

Gouvernance • Des dispositifs sont accessibles pour mieux concilier vie personnelle et vie professionnelle (exemple : télétravail, restauration, accès en transport en commun, services de garde pour le jeune enfant, aides au logement...). Professionnels • Il existe des espaces d'expression de proximité où les professionnels discutent du travail lui-même et conçoivent des solutions pour améliorer l'organisation du travail (plannings, temps de travail...). • L'équipe, en lien avec la gouvernance, participe à la mise en œuvre de solutions pour améliorer ce qui altère la réalisation du travail (charge de travail, turnover, défaut de coordination et/ou communication...) et, <i>in fine</i>, la qualité et la sécurité des soins. • Les professionnels sont concertés dans les programmes de réhabilitation des locaux. • Les professionnels voient leur expérience valorisée pour diffuser des pratiques de soins au sein de leur équipe.	Audit système
Observations • L'environnement de travail contribue à la qualité de vie au travail (propreté, décoration, aménagements pensés par et pour les professionnels...).	Observation

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 3.2-10 La gouvernance a une politique 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 visent à préserver les relations personnelles et professionnelles et, ce faisant, la cohésion des équipes. Le management, particulièrement le management de proximité, joue ici un rôle essentiel et doit être soutenu. Ces conflits, s'ils ne sont pas prévenus ou traités, peuvent impacter durement le fonctionnement des équipes, altérer la qualité de vie au travail, nuire au travail lui-même et entraîner des répercussions dommageables sur la qualité et la sécurité des soins.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Gouvernance • En lien avec le service de prévention et de santé au travail, la gouvernance soutient des mesures d'anticipation et de prévention des difficultés interprofessionnelles et des conflits. • La gouvernance met en place un dispositif gradué de réponse et de prise en charge des professionnels (y compris ceux en formation) dans la résolution des conflits. • Les professionnels bénéficient d'un accompagnement à l'issue de la gestion d'un conflit interpersonnel. Professionnels • Les difficultés de relations professionnelles, disciplinaires, personnelles et de conflits au travail peuvent être discutées par les personnels et leur encadrement selon des modalités propres à l'établissement et connues, en sus des modalités de l'évaluation professionnelle. • Les professionnels connaissent les dispositifs de résolution des conflits à l'intérieur (conciliation) et à l'extérieur de l'établissement (médiation).	Audit système
---	----------------------

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 3.2-11 L'établissement favorise le travail en équipe

L'équipe est la clé de voûte de la qualité et de la sécurité des soins. L'engagement dans un projet commun renforce le sens du travail et favorise la motivation et la reconnaissance des membres de l'équipe. En favorisant les démarches d'amélioration, la collaboration et le partage des connaissances, la gouvernance et l'encadrement sont essentiels pour promouvoir le travail en équipe. Pour favoriser le travail en équipe :

- l'établissement soutient des démarches dédiées : mise en situation, team building, CRM santé, repérage des moments de communication critiques... ;
- des équipes développent des démarches promues par la HAS : Pacte (programme d'amélioration du travail en équipe, accréditation en équipe... ;
- le temps de travail est organisé pour synchroniser les temps médicaux et paramédicaux.

Tout l'établissement Standard

Éléments d'évaluation

Gouvernance • Dans le respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques, la gouvernance soutient la pratique avancée et les délégations de tâches entre professionnels.	
Professionnels • Des équipes développent des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe (CRM santé, Pacte, accréditation en équipe, mise en situation, consolidation d'équipe, repérage des moments de communication critiques...). • Les organisations, notamment du temps de travail, permettent de dédier du temps à des projets en équipe (analyse de pratiques à la suite d'un évènement indésirable, activités de perfectionnement des connaissances) ou à des projets qualité/gestion des risques. • Les temps médicaux et non médicaux sont synchronisés.	Audit système

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Chapitre 3.

L'établissement

Objectif 3.3

Le positionnement territorial

La qualité des soins pour les patients repose sur la totalité de son parcours jalonné de sa prise en charge dans l'établissement mais également en amont et en aval de ce passage. Il convient donc que l'établissement articule son offre de soins avec celle du territoire, qu'elle soit sanitaire ou médico-sociale, tant avec les acteurs de ville que des autres établissements.

Au-delà du soin, cette coordination est également nécessaire pour répondre aux besoins de prévention, d'enseignement et de recherche. Si ces missions ne sont pas directement portées par l'établissement, il est concerné pour la formation de ses professionnels et le développement de la recherche ; la coordination sur ces thématiques est donc attendue entre tous les établissements selon ses missions d'acteur direct ou indirect.

Critère 3.3-01 L'établissement est acteur de la coordination des parcours sur le territoire

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 acteur dans la construction et la coordination des parcours de ses patients, en collaboration avec les autres acteurs du territoire (établissements sanitaires, dont HAD, établissements et services sociaux et médico-sociaux, professionnels de ville), et des dispositifs de coordination territoriaux. Il contribue à l'amélioration de la qualité globale des filières de soins sur le territoire.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Gouvernance	Audit système
• L'établissement a identifié les filières rattachées aux parcours de ses patients. • L'établissement suit des indicateurs pour chacune de ses filières (file active, nombre de consultations, nombre de consultations avancées...). • L'établissement contribue à l'organisation de rencontres intrafilières avec les acteurs du territoire (SAMU, CPTS, PTSM, autres établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, les professionnels de ville...). • L'établissement participe à des CREX ou RMM entre partenaires de ses filières.	

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 3.3-02 L'établissement oriente le patient dans un parcours adapté

En regard de la population prise en charge et de sa position géographique, l'établissement dispose d'une cartographie de l'offre du territoire et diffuse aux partenaires territoriaux son offre. L'établissement est organisé pour éviter l'errance diagnostique et les pertes de chances par défaut d'orientation ou de prise en charge inadaptée.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels Les professionnels des établissements qui ne disposent pas de centres de compétences ou de référence connaissent les partenariats et actions possibles pour que les patients éligibles puissent y avoir accès.	Parcours traceur
Gouvernance - Pour les établissements qui en disposent, les centres de compétences ou de référence (notamment pour les maladies rares) sont facilement identifiables sur leur site internet et leur rapport d'activité. - Les établissements qui ne disposent pas de centres de compétences ou de référence identifient les partenariats et actions possibles pour que les patients éligibles puissent y avoir accès. - Pour lutter contre l'errance diagnostique, l'établissement évalue son activité de prise en charge et/ou orientation de ses patients vers des filières adaptées (centres de maladies rares, centres spécialisés...). - Pour lutter contre des hospitalisations non pertinentes, l'établissement réalise un RETEX sur les difficultés relatives à l'orientation vers des parcours adaptés.	Audit système

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 3.3-03 L'établissement est acteur du 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. 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 ;
- 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.

Acteur au sein du PTSM, l'établissement contribue à l'amélioration des parcours de santé mentale.

Santé mentale et psychiatrie Standard

Éléments d'évaluation

Gouvernance	Audit système
• Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, conformément aux bonnes pratiques professionnelles (diagnostic des TDAH par exemple), sont mesurés à l'aide d'indicateurs pilotés par la gouvernance. • 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 orientations du PTSM trouvent une déclinaison dans les projets de services afin de favoriser les parcours de santé et de vie des personnes présentant des troubles psychiques sur le territoire et un accès précoce aux soins. Des engagements concrets sont définis et suivis en matière, par exemple : - d'accès précoce aux soins psychiatriques ; - d'aide à domicile ; - d'inscription dans des activités de travail et/ou de loisirs adaptées ; - de suivi somatique en ambulatoire ; - d'aide aux aidants ; - ... • Un temps d'évaluation partagé est organisé annuellement sur la base du résultat des indicateurs (délais d'entrée dans les soins, nombre d'orientations vers les structures alternatives à l'hospitalisation, nombre d'orientations vers des structures d'hébergement adapté...).	

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 3.3-04 L'établissement organise les prises en charge non programmées

L'efficacité des filières spécialisées de prise en charge des urgences préhospitalières et astreintes à une mission de permanence des soins (urgences cardiaques, urgences neurovasculaires, 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. 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.

Tout l'établissement Standard

Éléments d'évaluation

Gouvernance

- Une co-construction et une coopération territoriale entre les établissements de santé, avec ou sans structures d'urgence, la médecine de ville et les services et établissements médico-sociaux (notamment les EHPAD) sont formalisées et déclinées pour les filières de prises en charge non programmées.
- Les modalités de priorisation des admissions non programmées sont définies par spécialité.
- L'établissement permet, dans ses plages de consultation, de prendre en charge le non-programmé.
- La situation en temps réel des lits disponibles pour une prise en charge non programmée est connue des professionnels concernés.
- L'établissement a identifié les périodes de tension probables (épidémie, événements culturels, sportifs, tourisme...) et a déployé des actions d'adaptation.
- Selon les quatre filières possibles de prises en charge non programmées (consultations, télémedecine, urgences et admissions directes), l'établissement améliore ses résultats d'indicateurs (exemples : satisfaction des patients, délais de prise en charge médicale, délais de transfert...).

Audit système

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 3.3-05 L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées

Pour limiter les passages évitables des personnes âgées de plus de 75 ans 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 télémedecine.

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation

Gouvernance	Audit système
• Les services de spécialité (cardio, pneumo, psychiatrie, médecine interne, gastro, neuro...) participent, avec les services de gériatrie et le service des urgences à la prise en charge des patients âgés non programmés : une organisation des acteurs est en place. • Les établissements susceptibles de recourir à un avis permettant d'éviter le transfert non programmé d'un patient âgé ont identifié l'établissement de recours à contacter. • Les établissements susceptibles de recourir à une prise en charge non programmée de personnes âgées ont des outils qui permettent une liaison en télémedecine (consultation et/ou avis). • Chaque service de spécialité de l'établissement de recours propose des solutions de télémedecine aux correspondants du territoire qui demandent un avis pour éviter le transfert de leurs patients âgés. • Des indicateurs sont mesurés : - nombre total de passages aux urgences des patients âgés de 75 ans et plus suivis d'une hospitalisation ; - nombre total de séjours PMSI MCO de patients âgés de 75 ans et plus ; - nombre total de passages aux urgences des patients âgés de 75 ans et plus non suivis d'une hospitalisation ; - nombre total de passages aux urgences de la population adulte. • L'établissement établit un programme d'amélioration en fonction de ses résultats d'indicateurs de prise en charge non programmée des patients âgés.	

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 3.3-06 L'établissement est aisément joignable tant par les usagers que par les professionnels correspondants

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

- Le site internet de l'établissement, permet facilement aux usagers de prendre rendez-vous (par téléphone avec des plages horaires définies et/ou internet).
- Sur les convocations et sur le livret d'accueil, les numéros ou contacts utiles sont mentionnés.
- L'établissement a mis en place des numéros téléphoniques dédiés aux « adresseurs » dans le cadre de filières de prise en charge.
- L'établissement s'assure de sa joignabilité et de l'accès à ses numéros ou contacts utiles auprès de ses partenaires et « adresseurs », par une évaluation périodique de leur satisfaction dans ce domaine.
- Une messagerie sécurisée de santé permet un accès rapide aux échanges d'informations (données sensibles, résultats d'examen...) entre les professionnels du territoire contribuant à la prise en charge des patients.

Audit système

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 3.3-07 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	Audit système
• <i>A minima</i>, la gouvernance repère les professionnels et les patients partenaires 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 et/ou des patients partenaires désireux de s'y engager, les réponses aux appels à projets 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. • Lorsqu'il existe un émargement au système d'interrogation de gestion et d'analyse des publications scientifiques (SIGAPS), au système d'information et de gestion de la recherche et des essais cliniques (SIGREC), aux brevets, aux subventions... il est identifié et valorisé pour les équipes contributrices. • L'établissement soutient les partenariats favorisant l'inclusion dans des essais cliniques de patients éligibles en son sein ou dans des centres du territoire.	

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 3.3-08 L'établissement participe à la mission d'enseignement sur son territoire

Le développement de l'enseignement dans les établissements de santé est un levier pour l'amélioration de la qualité des soins. L'établissement décline sa politique de formation de ses personnels en cohérence avec ses missions répondant au projet de son territoire. L'établissement en capacité d'enseigner, formation théorique et/ou formation pratique, partage avec son territoire son offre.

Tout l'établissement Standard

Éléments d'évaluation

Gouvernance	Audit système
• L'établissement a construit une politique de formation en lien avec les besoins du territoire. • L'établissement diffuse aux établissements du territoire les formations qu'il organise. • L'établissement diffuse aux établissements du territoire les programmes d'éducation thérapeutique qu'il organise. • La politique et l'offre de stage sont formalisées et évaluées. • Le projet de stage des étudiants en santé est formalisé et un carnet de stage leur est proposé pour leur suivi et leur évaluation. • La satisfaction des étudiants est recueillie et un plan d'actions d'amélioration de l'accueil et de l'encadrement des étudiants en santé est intégré au PAQSS.	

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Chapitre 3.

L'établissement

Objectif 3.4

L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques

Face aux défis environnementaux et technologiques à court et moyen terme, l'établissement a une politique lui permettant de se préparer et s'adapter à ces évolutions. Ses adaptations doivent lui permettre de pérenniser et améliorer son offre de soins.

Critère 3.4-01 L'établissement entretient ses locaux et ses équipements

La qualité des biens immobiliers et mobiliers est un prérequis de la qualité des soins et des conditions nécessaires à l'exercice des pratiques. La formation des professionnels à l'utilisation des équipements, notamment du fait de leur évolution technologique forte, est le garant de pratiques maîtrisées.

Tout l'établissement Standard

Éléments d'évaluation

Observation • Les locaux sont entretenus et propres.	Observation
Gouvernance • L'établissement suit, dans un plan d'actions, les conclusions des rapports de contrôle de sécurité. • L'établissement dispose d'un plan de maintenance de ses locaux et de ses équipements, conformément aux règles de maintenance. • L'établissement fonde son plan de gestion de ses équipements en adéquation avec les besoins de son activité et les besoins exprimés par ses professionnels. Professionnels • L'établissement forme ses professionnels à la bonne utilisation de ses équipements.	Audit système

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 3.4-02 L'établissement s'engage dans des soins écoresponsables

La démarche de développement durable présente de nombreux intérêts pour un établissement :

- développement d'une culture du développement durable et solidaire partagée par l'ensemble des acteurs ;
- cadre d'engagement des professionnels ;
- implication des usagers ;
- développement d'une dynamique partenariale et d'une ouverture sur l'extérieur ;
- projets fédérateurs et approche pluridisciplinaire par une pédagogie de projet.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Gouvernance • Le projet d'établissement intègre une stratégie développement durable partagée avec les partenaires territoriaux. • L'établissement a mis en œuvre des procédures favorisant les achats écoresponsables. Professionnels • Tous les services ou, <i>a minima</i>, les pôles développent une action en faveur du développement durable. • Le référent développement durable accompagne les professionnels dans la mise en œuvre des projets « développement durable » au niveau des unités et des services. • Les équipes sont sensibilisées aux soins écoresponsables et à l'impact environnemental de leurs pratiques (gestion des déchets, consommation de ressources (matériels, produits, eau, électricité...)).	Audit système
---	----------------------

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 3.4-03 L'établissement agit pour la transition écologique

Selon l'Agence de la transition écologique (ADEME), le secteur de la santé représente 2% de la consommation énergétique nationale et pèse pour 8% des émissions de gaz à effet de serre françaises. Tout établissement doit contribuer à réduire l'impact du secteur hospitalier sur l'environnement, agir pour garantir la soutenabilité du système de santé et assurer sa pérennité. Les actions doivent couvrir l'ensemble des champs : médicaments, soins éco-responsables, bâtiments et consommation d'énergie, traitement des déchets, mobilité durable...

Tout l'établissement Standard

Éléments d'évaluation

Gouvernance • L'établissement ajuste sa stratégie aux risques environnementaux auxquels il est exposé. • L'établissement favorise la mobilité durable pour ses professionnels et ses patients. • L'établissement réduit ses déchets à la source. • Une filière adaptée est en place pour chaque type de déchets et suit la procédure de traçabilité. • L'établissement met en œuvre un plan de rénovation de ses locaux.	Audit système
Observation • Le tri des déchets est opérationnel (poubelles de tri pour les différents types de déchets, faciles d'accès et des affiches expliquant les règles de tri).	Observation

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques en cours de révision

Critère 3.4-04 L'établissement utilise la télésanté pour améliorer le parcours du patient

La télésanté est une modalité de prise en charge des patients à distance qui répond aux mêmes exigences que l'exercice en présentiel. La télésanté regroupe la télémedecine (incluant téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance médicale, téléassistance et régulation médicale) réalisée par les professionnels médicaux, et le télésoin réalisé par les pharmaciens ou les auxiliaires médicaux.

La mise en place d'organisations de télésanté, au sein de l'établissement, peut faciliter l'accès aux soins, notamment en permettant aux patients d'être soignés au plus près de leur lieu de vie et en leur évitant des déplacements vers l'établissement ; elle peut également l'offre de soins, par exemple en facilitant le recours à un avis spécialisé dans le cadre d'une téléexpertise ; elle peut également contribuer à réduire les délais de prise en charge.

L'établissement peut proposer une prise en charge à distance à un patient qu'il soit suivi ou non par un professionnel de l'établissement, dans le but de faciliter l'accès aux soins. Parallèlement, l'établissement peut également solliciter des professionnels extérieurs pour la prise en charge de ses patients par télésanté. Qu'il soit requérant ou pourvoyeur, l'établissement organise son activité et adapte le parcours du patient afin d'améliorer la qualité de prise en charge.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels - Les équipes qui pratiquent la télésanté organisent cette activité : critères d'éligibilité, identification des professionnels pouvant être sollicités pour la téléexpertise, organisation du parcours du patient (avant, pendant et après l'acte de télésanté), traçabilité dans le dossier du patient selon les exigences applicables. - Les professionnels impliqués dans l'activité de télésanté sont formés et connaissent les outils, les procédures et les protocoles cliniques adaptés à l'établissement.	Parcours traceur
Gouvernance - L'établissement a identifié les situations de prise en charge éligibles à la télésanté et mis en place les organisations qui permettent le déploiement effectif. - L'établissement met à la disposition des professionnels des outils conformes aux exigences applicables pour les activités de télésanté. - Pour la télésurveillance médicale, l'établissement déclare son activité et son organisation à l'ARS au préalable. Les médecins libéraux non salariés se déclarent individuellement à l'ARS. - L'établissement évalue ses activités de télésanté pour les piloter et améliorer ses pratiques.	Audit système

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique « Télésanté »

Critère 3.4-05 L'établissement pilote l'usage des dispositifs médicaux numériques à usage professionnel, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle

Les dispositifs médicaux numériques (DMN) à usage professionnel sont des outils numériques ayant une finalité médicale, utilisés par des professionnels de santé comme aide au dépistage, aide au diagnostic, aide à la décision médicale et aide à la décision thérapeutique (exemple : aide à l'interprétation de radiographies visant à identifier des fractures osseuses ou nodules pulmonaires, délimitation d'une tumeur en vue d'une radiothérapie, aide à l'interprétation d'ECG pour le diagnostic d'une arythmie, analyse pharmaceutique...). Ces DMN peuvent correspondre à des systèmes d'intelligence artificielle.

De nombreux DMN à usage professionnel sont aujourd'hui utilisés dans le cadre de soins courants. Pourtant, leur utilité ou leur pertinence par rapport à l'arsenal existant ne sont pas toujours établies ou connues. De ce fait, les professionnels de santé peuvent utiliser des dispositifs médicaux numériques dans le cadre d'un acte médical sans être pleinement éclairés sur leurs performances ou leurs limites ou, *a contrario*, être réticents à leur utilisation pour ces mêmes raisons.

L'établissement doit piloter l'usage des DMN à usage professionnel, notamment via la réalisation d'une cartographie de leur utilisation, la mise en place d'une organisation structurée pour l'acquisition et la mise en place d'un processus qualité pouvant impliquer, le cas échéant, un processus de contrôle humain des résultats. La connaissance par les utilisateurs des performances, conditions d'usage et des limites du DMN à usage professionnel ainsi que la bonne information du patient sont des éléments clés.

Tout l'établissement Standard

Éléments d'évaluation

Gouvernance

- L'établissement établit et met à jour, au moins une fois par an, une cartographie de l'ensemble des dispositifs médicaux numériques à usage professionnel et, le cas échéant, analyse les risques et l'impact de chacun (transmission de données, réutilisation par l'industriel...).
- Pour répondre aux besoins des équipes de soins, l'établissement dispose d'une organisation structurée pour l'acquisition des dispositifs médicaux numériques qui implique les services compétents, notamment les équipes informatiques et juridiques.
- L'établissement organise la formation des professionnels utilisateurs d'un dispositif médical numérique afin que ces derniers en connaissent les performances, les conditions d'usage et les limites.
- Dans le contexte de soins, pour les dispositifs médicaux numériques à usage professionnel, l'établissement se dote d'un processus de contrôle qualité impliquant, le cas échéant, un contrôle humain des résultats donnés par les dispositifs médicaux numériques en situation réelle d'utilisation.
- Conformément à l'organisation de l'établissement et à la réglementation en vigueur, les utilisateurs déclarent les dysfonctionnements potentiels des dispositifs médicaux numériques à usage professionnel (événements indésirables associés aux soins, pour les dispositifs médicaux numériques événements de matériovigilance...).

Professionnels

- Lorsque les professionnels utilisent un dispositif médical numérique d'aide à la décision impliquant un traitement de données algorithmiques, notamment à visée diagnostique ou thérapeutique, ils s'assurent que la personne concernée en a été informée et qu'elle est, le cas échéant, avertie de l'interprétation qui en résulte.

Audit système

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique « DMN et outils technologiques »

Critère 3.4-06 L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle

Les innovations dans le champ de l'organisation des soins, des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) et du numérique sont une opportunité d'amélioration de la prise en charge des patients et contribuent à l'efficacité des parcours de santé. Encourager leur développement est une question d'équité entre les patients et les territoires et un enjeu d'efficacité. La bonne utilisation est néanmoins conditionnée à une utilisation raisonnée par des professionnels formés et vigilants sur sa maîtrise. L'implémentation de ces dispositifs doit faire l'objet d'une évaluation systématique permettant de garantir qu'ils ne génèrent pas de nouveaux risques, comme l'intensification du travail ou la perte de sens ou une dérive non contrôlée pour leurs usages et sur la prise en charge des patients.

Tout l'établissement **Avancé**

Éléments d'évaluation

Gouvernance

- L'établissement maîtrise l'acquisition de ces outils en associant les équipes informatiques et juridiques.
- L'établissement se dote d'un processus de contrôle qualité pour ce type d'outils, dès lors qu'il s'agit de technologies dont le fonctionnement repose sur un système d'intelligence artificielle.
- Les professionnels qui les utilisent sont formés à l'utilisation de ces technologies, aux conditions d'usage et à leurs limites.
- L'établissement évalue l'impact de l'utilisation des outils technologiques innovants sur l'organisation des soins : substitution permettant des temps de proximité avec le patient, un impact positif sur leur prise en charge.

Audit système

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique « DMN et outils technologiques »

Lexique

Libellé	Définition
Accréditation des médecins et des équipes médicales	L'accréditation est la reconnaissance de l'engagement des professionnels exerçant une spécialité dite « à risques » en établissement de santé dans une démarche d'amélioration continue de leurs pratiques et de gestion des risques. C'est un label de qualité des pratiques professionnelles.
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...), avant ou pendant une chirurgie, après une infection pour en éviter la récurrence, 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 maîtrise 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 <i>a minima</i> 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 sursurveillance est faible du point de vue du chef d'établissement.
Bienveillance	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'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance.
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, venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, 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 inscrit 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 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 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	Concept qui vise à répondre aux besoins du présent 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 leur hospitalisation. La perte 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. C'est pourquoi 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.
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. Un espace est prévu dans Mon espace santé pour notifier ses directives anticipées.
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.

Libellé	Définition
Dispositifs médicaux numériques à usage professionnel	Dispositifs médicaux numériques ayant une finalité médicale et utilisés par des professionnels de santé comme aide au dépistage, aide au diagnostic, aide à la décision médicale et aide à la décision thérapeutique (par exemple : aide à l'interprétation de radiographies visant à identifier des fractures osseuses ou nodules pulmonaires, délimitation d'une tumeur en vue d'une radiothérapie, aide à l'interprétation d'ECG pour le diagnostic d'une arythmie, analyse pharmaceutique...). Ces DMN peuvent embarquer de l'intelligence artificielle/apprentissage automatique.
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.
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 (DRM)	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.
Évènement 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.
Évènement indésirable associé aux soins (EIAS)	Évènement inattendu au regard de l'état de la santé et de la pathologie du patient et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent, y compris une anomalie ou une malformation. Cet événement est consécutif aux actes de prévention, de diagnostic ou de traitement.
Évènement 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 français de mesure de la satisfaction et de l'expérience du patient hospitalisé. L'indicateur e-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 QualiScope – le service d'information en ligne de la HAS , ce qui constitue aussi un levier d'amélioration.
Expérience patient	Demander aux patients d'évaluer des aspects objectifs de leur prise en charge ou interroger les patients sur une prestation de soin.

Libellé	Définition
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 (GMT) 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 de 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 du conseil médical et direction des soins.
HOP'EN « Hôpital numérique ouvert sur son environnement »	Plan d'action stratégique qui s'inscrit dans le soutien à l'évolution des systèmes d'information hospitaliers français. 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 découplage 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.
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...) 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.

Libellé	Définition
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. La lettre de sortie 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 », remise 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	Il y a maltraitance d'une personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action, compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux, et/ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non ; leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations.
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 respecter des règles spécifiques concernant la publicité.
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 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.

Libellé	Définition
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 sociale). 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 complètera ainsi son évaluation.
Patient Reported Experience 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 visant les résultats de soins évalués par les patients. Les PROMS génériques sont des instruments mesurant des dimensions du résultat des soins qui sont applicables à toutes les situations cliniques. 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 patients (patient atteint d'un 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 en situation de vulnérabilité	La vulnérabilité est liée à des facteurs individuels et/ou des facteurs environnementaux. Eu égard à la maltraitance, une personne se sent ou est en situation de vulnérabilité lorsqu'elle se trouve en difficulté voire impossibilité de se défendre ou de faire cesser une maltraitance à son égard, ou de faire valoir ses droits du fait de son âge (dans le cas d'un mineur), de son état de santé, d'une situation de handicap, d'un environnement inadapté ou violent, d'une situation de précarité ou d'une relation d'emprise. Des facteurs individuels relatifs au genre, à l'orientation sexuelle, à la race, l'ethnie ou à la nationalité peuvent constituer un risque accru de vulnérabilité.
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.

Libellé	Définition
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 cellule de crise 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.
Précautions complémentaires contact (PCC)	Les PCC 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. Ces mesures supplémentaires qui visent à limiter la transmission de ces micro-organismes (restrictions de mouvement, le maintien en chambre seul, porte fermée, port de protections barrières, ...) doivent être justifiées médicalement, expliquées au patient et s'accompagner d'aménagements facilitant leur mise en œuvre et leur acceptabilité.
Prévention	Ensemble des moyens médicaux, médicosociaux et sanitaires destinés à prévenir la survenue d'une maladie (prévention primaire) ou à en empêcher la 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.
Presqu'accident	Un « presqu'accident » est défini comme un EIAS qui n'a pas provoqué de dommage. Le « presqu'accident » est parfois également appelé « presqu'atteinte » car les actes réalisés auraient pu causer un événement indésirable si des mesures correctives n'avaient pas été prises à temps.
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.
Projet personnalisé de soins (PPS)	Plan d'action concernant les personnes âgées en situation de fragilité et/ou atteintes d'une ou plusieurs maladies chroniques, 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. En cancérologie, le programme personnalisé de soins est un document de synthèse, qui doit être remis au patient à la suite de la discussion sur la proposition thérapeutique issue de la RCP. Il contient le programme thérapeutique comportant les différents traitements anticancéreux (chirurgie, traitements médicaux, radiothérapie, radiologie et endoscopie interventionnelle...) ainsi que les soins de support programmés après évaluation des besoins entre le patient et l'équipe de soins. Ce PPS présente ainsi l'accompagnement du patient et sa chronologie dans le temps.

Libellé	Définition
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...
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.
Représentant 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.
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'expérience (REX)	Démarche visant à détecter et analyser les anomalies, les écarts et tout évènement, 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 évènement 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.

Libellé	Définition
Revue de pertinence	Méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques 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
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.
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.

Libellé	Définition
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 maîtrise 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	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. La télésanté regroupe la télémedecine, réalisée par les professionnels médicaux, et le télésoin réalisé par les pharmaciens ou les auxiliaires médicaux.
Télémedecine	La télémedecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport un professionnel médical avec un ou plusieurs professionnels de santé, entre eux ou avec le patient et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients. Cinq catégories d'actes font partie de la télémedecine : la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance, la téléassistance et la régulation médicale.
Téléassistance médicale	Acte de télémedecine qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.
Téléconsultation	Acte de télémedecine qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues (...) peuvent également être présents auprès du patient.
Téléexpertise	Acte de télémedecine qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient.
Télésurveillance médicale	Acte de télémedecine qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé.
Télésoin	Le télésoin est une forme de pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Il met en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux dans l'exercice de leurs compétences.
Urgence vitale	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 entre dans ce cadre.
Vigilances réglementaires sanitaires	Concernent l'utilisation des produits de santé (pharmaco-, addicto-, hémato-, matéro-, 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 standardisés de données portant sur des événements sanitaires, indésirables. Elles ont une finalité d'alerte, de gestion et de prévention des risques.

Sigles

ADEME	Agence de la transition écologique
ARS	Agence régionale de santé
CDU	Commission des usagers
CHPOT	Coordination hospitalière des prélèvements d'organes et de tissus
CME	Commission médicale d'établissement
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CREX	Comité de retour d'expérience
CSIRMT	Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique
DCI	Dénomination commune internationale
DMN	Dispositifs médicaux numériques
DMP	Dossier médical partagé
DMS	Dispositifs médicaux stériles
ECT	Électroconvulsivothérapie
Ehpad	Établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
EIAS	Évènement indésirable associé aux soins
EOH	Équipe opérationnelle d'hygiène
EPI	Équipement de protection individuelle
EPP	Évaluation des pratiques professionnelles
e-Satis	Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés plus de 48 heures
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
IAO	Infirmier organisateur de l'accueil
IMC	Indice de masse corporelle
IQSS	Indicateurs de qualité et de sécurité des soins
JACIE	<i>Joint Accreditation Committee-International Society for Cellular Therapy</i>
LATA	Limitations et arrêt des thérapeutiques actives
MAO	Médecin d'accueil et d'orientation
ORSAN	Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles

PAAM	Patient en auto- administration de ses médicaments
PACTE	Programme d'amélioration continue du travail en équipe
PAQSS	Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
PCA	Plan de continuité de l'activité
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRA	Plan de reprise de l'activité
PREMS	<i>Patient Reported Experience Measures</i>
PROMS	<i>Patient Reported Outcome Measures</i>
PTSM	Projet territorial de santé mentale
PUI	Pharmacie à usage intérieur
QVT	Qualité de vie au travail
RGPD	Règlement général de protection des données
RH	Ressources humaines
RMM	Revue de mortalité et de morbidité
SAMU-SMUR	Service d'aide médicale urgente-service mobile d'urgence et de réanimation
SAU	Service d'accueil et de traitement des urgences
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
SMR	Soins médicaux et de réadaptation
SSPI	Salle de surveillance post-interventionnelle

Remerciements

La Haute Autorité de santé remercie tout particulièrement M^{me} Catherine Geindre, membre du Collège de la HAS et présidente de la commission de certification des établissements de santé et le Dr Amélie Lansiaux, directrice de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins pour leur soutien dans l'élaboration de ce 6^e cycle. La Haute Autorité de santé salue l'engagement de M^{mes} Anne Chevrier, Anne-Claire Duval et Isabelle Dorléans, MM. Patrick Méchain et Loïc Keribin qui ont piloté la démarche de développement de la certification des établissements de santé pour la qualité des soins.

Les personnes remerciées ci-après sont celles qui ont contribué à l'élaboration de la nouvelle version du référentiel de certification pour la qualité des soins.

Membres du Collège de la Haute Autorité de santé

Pr Lionel Collet, président de la Haute Autorité de santé
M^{me} Karine Chevreul
M^{me} Catherine Geindre, présidente de la commission de certification des établissements de santé

Pr Pierre Cochat
M^{me} Claire Compagnon
Pr Anne-Claude Crémieux
Dr. Jean-Yves Grall
M. Christian Saout

Comité de pilotage de la certification

M^{me} Anne Chevrier, cheffe du service certification des établissements de santé
M^{me} Corinne Collignon, cheffe du service, mission numérique en santé
M^{me} Isabelle Dorléans, cheffe de projet, service certification des établissements de santé
M^{me} Anne-Claire Duval, cheffe de projet, service de certification des établissements de santé
Dr Mounir El Mhamdi, chef de projet, 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 et chef de service évaluation des pratiques jusqu'à octobre 2024
M^{me} Catherine Geindre, présidente de la commission de certification des établissements de santé

M. Loïc Keribin, adjoint à la cheffe du service certification des établissements de santé
Dr Amélie Lansiaux, directrice de la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
M. Patrick Mechain, adjoint à la cheffe du service certification des établissements de santé
Dr Laetitia May-Michelangeli, cheffe du service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins
Dr Morgane Lebail, cheffe du service évaluation des pratiques depuis octobre 2024
M^{me} Christine Vincent, secrétaire générale

Commission de certification des établissements de santé

M^{me} Catherine Geindre, présidente de la commission de certification des établissements de santé

M. Pascal Bonafini, directeur, clinique mutualiste de Grenoble

D^r Laurence Bozec Le Moal, oncologue, institut Curie – hôpital René-Huguenin

D^r Emmanuel Bolzinger, gynécologue-obstétricien, hôpital privé Natecia

D^r Enrique Casalino, directeur médical, GH Paris Nord de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris

M^{me} Chantal Cateau, représentante des usagers, union régionale des associations agréées du système de santé Centre-Val-de-Loire, association Le Lien

M^{me} Marie Citrini, représentante des usagers

D^r Anne Curan, directrice du service de santé universitaire de Cergy

M^{me} Olivia Deschamp, directrice générale adjointe UGECAM Nord Est

D^r Christian Favier, médecin anesthésiste réanimateur, CHU de Nice

D^r Amandine Grain, pharmacienne, centre hospitalier de Saint-Marcellin

Bertrand Guidet, médecin chef de service médecine intensive et réanimation, Assistance publique-Hôpitaux de Paris

D^r Hassan Hida, pharmacien, centre hospitalier de Valence

M^{me} Jeanne Loyher, directrice générale des sociétés de dialyse Océan Indien, groupe Clinifutur

M^{me} Fabienne Marion, coordinatrice des soins, centre hospitalier universitaire de Nîmes

M. Stéphane Michaud, coordonnateur général des soins, centre hospitalier universitaire de Poitiers

Dr. Évelyne Ragni, médecin urologue et coordonnatrice médicale, Assistance publique – Hôpitaux de Marseille

M. Jean-Pierre Richard, représentant des usagers et membre du conseil de surveillance du centre hospitalier de Montfavet

M. Pascal Rio, directeur du centre hospitalier des Portes de l'Oise

Dr. Élisabeth Sheppard, psychiatre, centre hospitalier Guillaume Régnier

M^{me} Michèle Torres, directrice des soins, secteur privé

Groupe de travail thématiques

M^{me} Isabelle Alquier, cheffe de projet, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins, HAS

Dr. Thomas Baum, pharmacien, centre hospitalier de Lunéville

M. Laurent Beaumont, cadre de santé centre hospitalier spécialisé le Vinatier

M^{me} Meriem Bejaoui, cheffe de projet, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins, HAS

M^{me} Anne Bencteux, cadre supérieure de santé, ARS Val de Loire

M^{me} Izia Berger, référente régionale en identitovigilance, GRADeS e-santé Centre-Val de Loire

D^r Emmanuel Bolzinger, gynécologue-obstétricien, hôpital privé Natecia

M. Pascal Bonafini, directeur de la clinique mutualiste de Grenoble

M^{me} Zoé Boudry référente régionale en identitovigilance, GRADeS Hauts-de-France,

M. Philippe Boulogne, directeur adjoint, hôpital Foch

M. Charles Bourdeaud'huy, chef du bureau des politiques sociales, du dialogue social et de la QVT, direction générale de l'Offre de soins

M^{me} Catherine Bourgneuf, cheffe de projet, service de certification des établissements de santé, HAS

M^{me} Mathilde Bruneau, cheffe de projet, service de l'engagement des usagers, HAS

M. Aurélien Cadart, directeur des soins, centre hospitalier de Calais, secrétaire adjoint de l'Association française des directeurs de soins

D^r Enrique Casalino, directeur médical, GH Paris Nord de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris

M^{me} Chantal Cateau représentante des usagers, union régionale des associations agréées du système de santé Centre-Val-de-Loire, association Le Lien

M. Philippe Charpentier, sous-directeur des ressources humaines du système de santé, direction générale de l'Offre de soins

M^{me} Élodie Chaudron, directrice de programme, Agence du numérique en santé

M^{me} Anne Chevrier, cheffe du service certification des établissements de santé, HAS

M^{me} Marie Citrini, représentante des usagers

M. Emmanuel Corbillon chef de projet, service des bonnes pratiques, HAS

M^{me} Marie Cosniel, cheffe de projet, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins, HAS

M^{me} Ghislaine Couespel, assistante, service de certification des établissements de santé, HAS

M^{me} Anne Curan, directrice du service de santé universitaire de Cergy

M^{me} Olivia Deschamps, directrice générale adjointe UGECAM Nord-Est

M. Antoine Deutsch, chef de projet, service de certification des établissements de santé, HAS

M^{me} Claire Devienne, médecin référente en AMP, direction procréation embryologie génétique humaines, Agence de biomédecine

M^{me} Camille Devroedt, experte immobilier et développement durable, Agence nationale d'appui à la performance, pôle DD

M^{me} Isabelle Dorléans, cheffe de projet, service de certification des établissements de santé, HAS

M. Thierry Durand, ingénieur technologie et ingénierie médicale, Centre Léon Bérard

M^{me} Anne-Claire Duval, cheffe de projet, service de certification des établissements de santé, HAS

D^r Valérie Ertel-Pau, adjointe à la cheffe de service, service des bonnes pratiques, HAS

D^r Mounir El-Mhamdi, chef de projet, service de certification des établissements de santé, HAS

D^r Jean-Marc Fauchoux, praticien hospitalier, centre hospitalier d'Agen – Nérac, Fédération hospitalière de France

D^r Christian Favier, médecin anesthésiste réanimateur, centre hospitalier universitaire de Nice

Mme Christine Feisthammel, directrice des soins, maternité catholique Provence L'Étoile

M^{me} Betty Fumel, référente régionale en identitovigilance, GRADeS ESEA de Nouvelle Aquitaine

D^r Pierre Gabach, directeur adjoint, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, HAS

M^{me} Marie Gloanec, cheffe de projet, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins, HAS

M^{me} Soizick Gouy, référente régionale en identitovigilance, GRADeS e-santé Pays de la Loire

D^r Amandine Grain, pharmacienne, centre hospitalier de Saint-Marcellin

D^r Bertrand Guidet, médecin chef de service médecine intensive et réanimation, l'Assistance Publique -Hôpitaux de Paris

M. Félix Hausfater, chef de projet, service de certification des établissements de santé, HAS

D^r Ghada Hatem (EV), gynécologue-obstétricienne, secteur public

M^{me} Vanessa Hernando, cheffe de projet, mission numérique en santé, HAS

D^r Hassan Hida, pharmacien, centre hospitalier de Valence

M^{me} Marie Huet, cheffe de projet, service de certification des établissements de santé, HAS

M^{me} Isabelle Jaffrennou, gestionnaire des risques SRA Île de France

Remerciements

M-C Jouan, cadre supérieur de santé, Assistance publique -Hôpitaux de Paris

D^r Yves Jouchoux, praticien hospitalier, urgentiste, centre hospitalier universitaire d'Amiens

M. Loic Keribin, adjoint à la cheffe du service certification des établissements de santé, HAS

M^{me} Leslie Lecaudey, cheffe de projet, service de certification des établissements de santé, HAS

D^r Corinne Lejeune-Fremond, pharmacienne gestionnaire des risques, centre hospitalier de Troyes

D^r Pierre Liot, chef de projet, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, HAS

M^{me} Chantal Klein, responsable qualité, secteur privé

M^{me} Florence Martel, directrice adjointe, direction de la qualité, de la gestion des risques et des relations avec les usagers, centre hospitalier universitaire de Dijon Bourgogne

M^{me} Clothilde. Masson, pôle développement durable, Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale

M. Patrick Méchain, adjoint à la cheffe du service certification des établissements de santé, HAS

M^{me} Florence Méchain-Guegan, cadre supérieure de santé, secteur public

D^r Hervé Mentec, chef de projet, service des bonnes pratiques, HAS

M. Stéphane Michaud, coordonnateur général des soins, centre hospitalier universitaire de Poitiers

Mme Xenia Michelson, responsable pôle AMP, Agence de biomédecine

Mme Louisa Milia, référent régionale en identitovigilance, GRADeS Martinique

M. Louis Miralles, directeur adjoint, centre hospitalier d'Ardèche méridionale

M^{me} Florence Millorit, déléguée à la protection des données, centre hospitalier Eure-Seine

M^{me} Laure Misrahi, cheffe de projet, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins, HAS

D^r Pascal Monteil, praticien hospitalier, neurochirurgien, centre hospitalier universitaire de Bordeaux

M^{me} Clara Morlières, directrice de projets TF Hôpital, délégation au numérique en santé

M. Victor Noblet, chef de projet programme Care /TF cyber, Agence du numérique en santé

M^{me} Christelle Nozière, référente régionale en identitovigilance, GRADeS ESEA de Nouvelle-Aquitaine

M^{me} Miryam Petit, sage-femme, polyclinique de l'Europe

D^r Manuela Oliver, directrice de projet, référente régional en identitovigilance, coordinatrice du GRIVES

M^{me} Sophie Ollivier, cheffe de projet, service de certification des établissements de santé, HAS

M^{me} Marie-Hélène Painchaud, responsable qualité gestionnaire des risques, groupe hospitalier Paris Saint-Joseph

M^{me} Anne-Françoise Pauchet Traversat, cheffe de projet, service des bonnes pratiques, HAS

Nathalie Perreaud, référente régionale en identitovigilance, GRADeS ESEA de Nouvelle-Aquitaine

M^{me} Marilyn Praud, référente régionale en identitovigilance, GRADeS Normandie

M^{me} Amélie Prigent, cheffe de projet, service des bonnes pratiques, HAS

D^r Évelyne Ragni, médecin urologue et coordonnatrice médicale, Assistance publique – Hôpitaux de Marseille

M^{me} Éléna Rauch, cheffe de projet, service de certification des établissements de santé, HAS

M. Simon Renner, chef de projet, mission numérique en santé, HAS

M. Jean-Pierre Richard, représentant des usagers et membre du conseil de surveillance du centre hospitalier de Montfavet

M. Yvon Richir, directeur, secteur public

M. Pascal Rio, directeur du centre hospitalier des Portes de l'Oise

D^r Chloé Rousselière, pharmacienne, centre hospitalier universitaire de Lille,

M^{me} Christine Saglietto, référente régionale en identitovigilance, GRADeS PACA Innovation e-santé SUD

M^{me} Yasmine Sami, cheffe de projet, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins, HAS

D^r Albert Scemana, chef de projet, service des bonnes pratiques, HAS

M^{me} Hélène Tiriau, adjointe au chef de bureau organisation des politiques humaines, direction générale de l'Offre de soins

M^{me} Michèle Torres, directrice des soins, secteur privé

Pr Pierre Tourneux, praticien hospitalier, pédiatre, centre hospitalier universitaire Amiens Picardie

D^r Dominique Vallet, médecin psychiatre, HIA Sainte Anne Toulon

D^r Valérie Valot, médecin, association hospitalière de Bourgogne Franche-Comté

D^r David Veillard, praticien hospitalier, centre hospitalier universitaire de Rennes

Groupe de travail dispositif

M. Pascal Bonafini, directeur de la clinique mutualiste de Grenoble

M^{me} Catherine Bourgneuf, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS

M^{me} Anne Chevrier, cheffe du service certification des établissements de santé, HAS

M^{me} Marie Citrini, usagère, formatrice en qualité de membre de la CEESP

M^{me} Isabelle Dorléans, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS

M^{me} Anne-Claire Duval, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS

M. Félix Hausfater, chef de projet, service certification des établissements de santé, HAS

D^r Yves Jouchoux, praticien hospitalier, urgentiste, centre hospitalier universitaire d'Amiens

M. Loïc Keribin, adjoint à la cheffe du service certification des établissements de santé, HAS

Mme Marie Level, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS

M. Patrick Méchain, adjoint à la cheffe du service certification des établissements de santé, HAS

M. Stéphane Michaud, coordonnateur général des soins au centre hospitalier universitaire de Poitiers

M. Louis Miralles, directeur adjoint, centre hospitalier d'Ardèche méridionale

D^r Simone Nérôme, médecin praticienne hospitalière, hôpital Beaujon, Assistance publique – Hôpitaux de Paris

D^r Évelyne Ragni, praticienne hospitalière, urologue, présidente du comité qualité sécurité des soins, Assistance publique – Hôpitaux de Marseille

Fédérations, associations et autres organismes concertés

Agence de la biomédecine

Agence nationale d'appui à la performance

Agence régionale de santé

Association des représentants des usagers dans les cliniques, les associations et les hôpitaux

Association française des directeurs des soins

Association française des experts visiteurs de la HAS

Bureau de l'assurance qualité et de l'information médico-économique de l'hospitalisation privée

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

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 privé à but lucratif

Conférence des présidents de CME de CH

Conférence des présidents de CME de CHS

Conférence des présidents de CME de CHU

Contrôleur général des lieux de privation de liberté

Défenseur des droits

Direction générale de la Santé

Direction générale de l'Offre de soins

Fédération de l'hospitalisation privée

Fédération de l'hospitalisation privée – médecine, chirurgie obstétrique

Fédération de l'hospitalisation privée – psychiatrie

Fédération de l'hospitalisation privée – soins de suite et de réadaptation

Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux pour l'Amélioration des Pratiques et organisations en santé

Fédération hospitalière de France

Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile

Fédération Unicancer

Remerciements

Et l'ensemble des membres du service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins, du service des bonnes pratiques professionnelles, de la mission numérique en santé, 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

M ^{me} Aurélie Baude, assistante de gestion	M ^{me} Samira Haraiche, assistante de gestion
M ^{me} Christine Belinga-Bayo, cheffe de projet	M. Félix Hausfater, chef de projet
M ^{me} Nora Ben Hamidouche, assistante de gestion	M ^{me} Marie Huet, cheffe de projet
M ^{me} Naima Benzaïm, assistante de gestion	M. Loïc Kéribin, adjoint au chef de service
M ^{me} Frédérique Blarel, cheffe de projet	M ^{me} Mona Krichen, directrice de projet
M ^{me} Catherine Bourgneuf, cheffe de projet	M ^{me} Leslie Lecaudey, cheffe de projet
M ^{me} Betty Bressan, assistante de gestion	M ^{me} Magali Leclerc, assistante de gestion
M ^{me} Florence Bulte, cheffe de projet	M. Daniel Lemoigne, assistant de gestion
M. Frédéric Capuano, chef de projet	M ^{me} Marie Level, cheffe de projet
M ^{me} Ella Chabanne, assistante de gestion	M. Mohammed Makhoukh, chef de projet
M ^{me} Anne Chevrier, cheffe de service	M ^{me} Laura Malvoisin, assistante de gestion
M ^{me} Élise Costeja, assistante de gestion	M. Patrick Méchain, adjoint au chef de service
M ^{me} Ghislaine Couespel, assistante de gestion	M. Frédéric Micouin, chef de projet
M ^{me} Tien Danh, cheffe de projet	M ^{me} Sophie Ollivier, cheffe de projet
M. Antoine Deutsch, chef de projet	M ^{me} Christine Otelé, cheffe de projet
M ^{me} Isabelle Dorléans, cheffe de projet	M ^{me} Véronique Peirac, assistante de gestion
M ^{me} Anne-Claire Duval, cheffe de projet	M. Thomas Pinna, chef de projet
M ^{me} Naïma El Asri, assistante de gestion	M ^{me} Vanessa Polonia, assistante de gestion
Dr Mounir El Mhamdi, chef de projet	M ^{me} Florence Pouvesle, cheffe de projet
M ^{me} Diane Fillet, cheffe de projet	M ^{me} Patricia Prouvay, assistante de gestion
M. Clarence Firpion, chef de projet	M ^{me} Saïda Quénault, cheffe de projet
M ^{me} Anna Goar, cheffe de projet	M ^{me} Eléna Rauch, cheffe de projet
M ^{me} Céline Grimeau, assistante de gestion	M ^{me} Nathalie Rivet, assistante de gestion
M ^{me} Yasmina Hagag, assistante de gestion	M ^{me} Katell Rochefort Smida, cheffe de projet
M ^{me} Audrey Hagège, cheffe de projet	M ^{me} Christiane Rossatto, conseillère technique
M ^{me} Fatoumia Hakim, cheffe de projet	M. Wesley Zelphin, assistant de gestion

Conseil pour l'engagement des usagers HAS

M. Christian Saout, président	M ^{me} Francine Laigle, usagère des systèmes de soins sociaux ou médico-sociaux
M. François Blot, médecin en réanimation médicale	M ^{me} Sylvie Le Moal, directrice adjointe de l'accueil et des relations avec les usagers en établissement de santé
M ^{me} Julia Boivin, usagère des systèmes de soins sociaux ou médico-sociaux	M. Cyril Martin, usager des systèmes de soins sociaux ou médico-sociaux
M ^{me} Agnès Bourdon-Busin, usagère des systèmes de soins sociaux ou médico-sociaux	M. Étienne Minvielle, médecin de santé publique, directeur de recherche en gestion et management des organisations de santé
M. Nicolas Brun, usager des systèmes de soins sociaux ou médico-sociaux	M ^{me} Fabienne Ragain-Gire, usagère des systèmes de soins, sociaux ou médico-sociaux
M ^{me} Véronique Cornu, directrice d'établissement médico-social	M. Thomas Sannié, usager des systèmes de soins sociaux ou médico-sociaux
M. Christophe Demonfaucon, usager des systèmes de soins sociaux ou médico-sociaux	M. Claude Séverac, usager des systèmes de soins sociaux ou médico-sociaux
M ^{me} Ève Gardien, enseignante-chercheuse, sociologue	M. Patrick Vuattoux, médecin généraliste en maison de santé pluriprofessionnelle
M ^{me} Olivia Gross-Khalifa, enseignante-chercheuse en sciences de l'éducation	
M ^{me} Julie Haesebaert, médecin de santé publique	
M. Arnaud Lacquit, infirmier en établissement de santé spécialisé en psychiatrie	

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

